

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринское дело

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ**

Дипломная работа
студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051508
Кореньковой Анны Викторовны

Научный руководитель
преподаватель Самсонова А.В.

Рецензент
Степченкова В.В. врач гематолог,
терапевтического отделения ОГБУЗ
«Городская больница №2 г. Белгорода»

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	6
1.1. Понятие, этиология, и классификация железодефицитной анемии	6
1.2. Клиническая картина железодефицитной анемии.....	10
1.3. Организация сестринской лечебно-диагностической и профилактической помощи пациентам с железодефицитной анемией.....	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	23
2.1. Особенность работы ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»	23
2.2. Результаты собственного исследования профессиональной деятельности медицинской сестры при железодефицитной анемии	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ	42
ПРИЛОЖЕНИЯ	43

ВВЕДЕНИЕ

Анемия – это патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина и количества эритроцитов в единице объема крови.

На сегодняшний день обширное распространение анемии отмечено по всему миру. По данным Всемирной Организации Здравоохранения от анемии разной уровня выраженности страдает около 1,8 млрд. человек на Земле. А в Российской Федерации железодефицитной анемией и скрытыми формами дефицита железа страдает 50-80% жителей.

Актуальность этой темы весьма велика, так как анемии – распространенные заболевания, связанные с различными причинами. Ионы железа в организме человека входят в состав белков, производящих перемещение кислорода, цитохромов и железосеропротеинов, железосодержащих ферментов. Поэтому нехватка железа в организме может привести ко многим негативным последствиям. Анемия может проявляться во все периоды человеческой жизни не только при различных заболеваниях, но и при некоторых физиологических состояниях, например, при беременности, во время усиленного роста, лактации. Серьезное социальное значение имеет проблема анемий у детей малого возраста, поскольку анемия в этом возрасте может привести к нарушениям физического развития и к изменениям в обмене железа в организме. Медицинская сестра должна уметь объяснить симптомы анемии, дать рекомендации по питанию, по режиму дня и так же должна объяснить профилактику осложнений заболевания. Роль медицинской сестры в уходе и профилактике анемии очень велика. От качества выполнения сестринских обязанностей зависит результаты лечения пациента.

Цель исследования: особенности работы медицинской сестры при сестринском уходе в лечебно – диагностическом процессе и профилактике при железодефицитной анемии.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

- провести теоретический анализ данных и изучить современное видение железодефицитной анемии;
- охарактеризовать аспекты лечения железодефицитной анемии;
- охарактеризовать диагностические и профилактические мероприятия;
- провести анализ статистических данных распространенности заболевания железодефицитной анемии в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»
- подготовить анкеты для пациентов;
- провести интервьюирование;
- провести анализ анкет;
- подготовить рекомендации для самохода и медицинским сестрам для организации улучшения сестринского ухода.

Объект исследования: пациенты ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинских сестер по уходу и профилактике пациентов с железодефицитной анемией.

Методы исследования:

- научно – теоретический анализ медицинской литературы и источников;
- сравнительный метод;
- социологический: интервьюирование;
- библиографический;
- психодиагностический;
- статистический;

База: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Время: 2018 – 2019 год.

Практическая значимость данной работы заключается в разработке для пациентов рекомендаций по уходу и улучшения самохода и для медицинских сестер для организации сестринского ухода и профилактике железодефицитной анемии.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

1.1. Понятие, этиология, и классификация железодефицитной анемии

«Анемия – патологический процесс в организме, характеризующееся уменьшением концентрации гемоглобина (<130 г/л – для мужчин и <120 г/л – для женщин) и в большинстве случаев числа эритроцитов в объеме крови» [1, с. 213].

Развитие анемии может быть связано с подростковым периодом, во время климактерического периода, гормональными сбоями, характером питания, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени, почек, нарушениями всасывания, аутоиммунными состояниями, оперативным вмешательством и другими состояниями.

Едиными признаками для всех форм анемий, появление которых связано с гипоксией, является бледность кожи и слизистых оболочек, одышка, усиленное сердцебиение, головокружение, головные боли и шум в ушах, неприятные ощущения в области сердца, быструю утомляемость и общую слабость. В легких формах заболевания общие симптомы могут отсутствовать, потому что компенсаторные механизмы восполняют физиологическую потребность организма в кислороде. При тяжелых случаях в крови возможно появление патологических форм эритроцитов. Иногда анемия оказывается симптомом тяжело диагностируемого заболевания, которое длительное время не обнаруживается. Во многих случаях анемия утяжеляет течение основного заболевания. При продолжительной анемии могут происходить нарушения функций паренхиматозных органов, появляющихся в следствии дистрофических процессов, обусловленных

хронической гипоксией. При этом зачастую изменения функций различных органов и систем выражены признаками основного заболевания, симптомами которого является анемия.

«Железодефицитная анемия – заболевание, связанное с дефицитом железа в крови и недостаточности железа костном мозге, в результате чего нарушается синтез гемоглобина и возникают трофические расстройства в тканях» [2, с. 150].

Этиология.

1. Хронические кровопотери, превышающие регенеративные возможности организма:

- меноррагии (менструации длительностью 6 –7 дней, обильные, либо со сгустками любой длительности)
- геморроидальные кровотечения
- желудочно-кишечные кровотечения при эрозивных и язвенных поражениях

2. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, особенно при пониженной секреторной функции желудка, приводящие к нарушению всасывания пищевого железа

3. Недостаточное питание (голодание, анорексия и др.)

4. Гипер- и гипотиреозные состояния

5. Беременность, лактация, ранний детский возраст

6. Длительный неконтролируемый прием некоторых медикаментов, особенно нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен, диклофенак и др), анальгина, бисептола» [3, с. 158].

Основными факторами риска железодефицитной анемии являются:

1. Хронические кровопотери
2. Беременность
3. Тяжелые инфекционные заболевания
4. Тяжелые воспалительные заболевания
5. Опухолевые заболевания

6. Плохое усвоение железа при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

7. Не правильное питание.

«Классификация железодефицитной анемии.

Общепризнанной классификации железодефицитной анемии не существует. Есть клиническая классификация анемии и классификация по стадиям и степеням тяжести протекания анемии.

Клиническая классификация железодефицитной анемии:

Название анемии	Причины анемии
Постгеморрагическая	Развиваются на фоне вторичных кровопотерь.
Связанная с желудочно-кишечным трактом	Возникают после гастрэктомии, после обширных резекций тонкой кишки, и тяжелые нарушений функций всасывания железа в двенадцатиперстной кишке.
Анемии беременных	Обусловлены дисбалансом питания, передачей железа к плоду от матери и периодом лактации.
Вторичные анемии	Проявляются из-за инфекционных и онкологических заболеваний пациента.
Ювенильная анемия	Появляется у девушек (реже у юношей). Данная форма связана с фенотипическими и генетическими факторами.
Эссенциальная	Характеризуется особой формой нарушения всасывания железа.
Анемия сложного генеза	В данную группу входят алиментарные анемии.

«Железодефицитная анемия также группируют по стадиям и тяжести протекания.

Стадия	Тяжесть
1 стадия - потеря железа превышает его поступление, постоянное истощение запасов. Увеличение компенсаторного всасывания в кишечнике.	Легкая (содержание НЬ – 90 –120 г/л)
2 стадия – истощение запасов железа в организме, эритропоэз начинает падать.	
3 стадия – развитие компенсированной анемии, незначительно снижен цветной показатель.	
4 стадия – выраженная анемия, явно снижено насыщение эритроцитов гемоглобином.	средняя (70 – 90 г/л)
5 стадия – явная гипоксия и циркуляторные нарушения.	тяжелая (менее 70 г/л)

«В зависимости от стадии болезни классификация анемии строится на таких признаках:

1. Прелатентная. Для нее характерна недостаточность накопления железа, а также уменьшение его количества исключительно в костном мозге. Данное заболевание не имеет клинических симптомов.

2. Латентная. Для нее характерно начало нехватки железа, при котором пока нет клиники анемии. Латентная анемия характеризуется дефицитом этого микроэлемента в сыворотке крови.

3. С развернутой клинической картиной. В этом случае возникают симптомы, которыми обычно сопровождается гипохромная анемия» [4, с. 420].

1.2. Клиническая картина железодефицитной анемии

В зависимости от стадии заболевания клинические проявления будут различны:

1. Анемия легкой степени – пациента ничего не беспокоит.
2. Анемия умеренной степени – сочетает в себе общую слабость, высокую утомляемость, бледность слизистых оболочек.
3. Анемия тяжелой степени – сопровождается головными болями, головокружениями, одышкой, шумом в ушах, изменениями сна, потерей аппетита, учащением сердцебиения, бледностью кожи, частыми простудами, истончением ногтей, воспалением языка и губ, усиливающейся чувствительностью к холоду.
4. Анемическая прекома – возникает бледность кожи и слизистых оболочек с синюшным оттенком, одышка в состоянии покоя, тахикардия, повышенная сонливость и вялостью, психические нарушения,
5. Анемическая кома – наблюдается отсутствие рефлексов на конечностях, понижается артериальное давление, возникает рвота и потеря сознания, возникает непроизвольное мочеиспускание

Симптомы железодефицитной анемии:

Усталость, снижение работоспособности, беспричинная усталость, сердцебиение, головокружение, одышка, звон в ушах, извращение вкуса, нарушение обоняния, уменьшение восприимчивости к инфекциям, ломкости и истончение ногтей, заболевания ротовой полости.

«Клиническая картина железодефицитной анемии складывается из 2 –х основных синдромов: анемического и сидеропенического. Неспецифический

анемический синдром, обусловленный гемической гипоксией органов и тканей, характеризуется появлением немотивированной слабости, быстрой утомляемостью, головокружений, синкопальных и предсинкопальных состояний, одышки и сердцебиений при слабой физической нагрузке, повышенной раздражительности, плаксивости. При объективном исследовании у пациентов устанавливается бледность кожных покровов и видимых слизистых, тенденция к снижению артериального давления, тахикардия, функциональный систолический шум над сердцем. О тяжести течения болезни судят обычно по уровню Hb. Легкая степень анемии характеризуется снижением Hb до 120 – 90 г/л; средняя степень – от 89 до 70 г/л; тяжелая – 69 г/л и ниже.

Сидеропенический синдром, представляет собой тканевый дефицит железа, нередко выявляемый даже при нормальном уровне Hb, приводит к снижению активности многих ферментов, в состав которых входит железо. Это приводит к весьма характерным симптомам – извращению вкуса и обоняния. У лиц с дефицитом железа возникает желание поедать мел, уголь, глину, песок, сырое тесто, фарш, крупу, лед, а также пристрастие к неприятным запахам (бензин, ацетон, запах лаков, красок, гуталина и т. д.). Кроме того, у пациентов с дефицитом железа отмечается выраженная мышечная слабость и утомляемость, атрофия мышц и снижение мышечной силы в связи с дефицитом миоглобина и ферментов тканевого дыхания. При объективном исследовании определяются сухость кожи, истончение, ломкость и поперечная исчерченность ногтей, койлонихии, ангулярный стоматит, глоссит («лакированный» язык), а также атрофические изменения слизистой оболочки пищевода (сидеропеническая дисфагия), желудка и кишечника (атрофический гастрит, энтерит). Возможно повышение температуры тела до субфебрильных цифр («сидеропенический субфебрилитет»)» [5, с. 242].

«На более поздних этапах постгеморрагическая и другие виды болезни имеют следующие проявления: у человека появляются беспричинные признаки усталости, учащается сердцебиение, возникает одышка. Такое состояние может возникать даже при незначительных физических нагрузках. Еще зачастую

бывают замечены беспричинные головокружения, обморочные состояния, шум в ушах, болевые ощущения. Часто люди с таким диагнозом жалуются на повышенную раздражительность, нарушения сна, рассеянность. Поскольку кровотоки в коже уменьшаются, появляется высокая чувствительность к холоду. Помимо незначительных симптомов, могут появляться отклонения в функционировании органов пищеварения, потеря аппетита, постоянная тошнота, проблемы со стулом. У девушек подросткового периода нередко появляются сбои в менструальном цикле. При этом у них могут наблюдаться чересчур обильные или очень скудные выделения. Одним из ведущих проявлений этого недуга является бледная кожа. Однако этому симптому подвержен не только эпителий. Бледность может возникать в ротовой полости, на ногтевых пластинах. Нередко появляется конъюнктивит. При недостатке железа в организме часто появляются извращенные вкусовые пристрастия. Человек может есть мел, лед или грязь, нередко таким людям нравится запах краски или лака. Данное состояние сопровождается трещинками в уголках рта, на языке, появляется повышенная ломкость и деформация ногтей. Слабеет иммунная система, а потому человек в большей степени становится подвержен простудам. Это лишь усугубляет ситуацию» [6, с. 210].

1.3. Организация сестринской лечебно-диагностической и профилактической помощи пациентам с железодефицитной анемией

При постановке диагноза железодефицитная анемия весомый смысл имеет данные лабораторных исследований.

«Наиболее характерный лабораторный признак железодефицитной анемии – гипохромная анемия. Хотя она имеется не только при недостатке, но иногда и при завышенном содержании железа, железодефицитная анемия – самая частая форма гипохромной анемии» [7, с. 20].

Содержание гемоглобина при железодефицитной анемии может колебаться от 20 – 30 до 110 г/л в зависимости от дефицита железа. Содержание эритроцитов может быть нормальным или сниженным до $1,5 - 2 \cdot 10^{12}/л$.

Понижается цветовой показатель или уменьшается концентрация гемоглобина.

Кроме гипохромии, железодефицитная анемия вызывает анизоцитоз эритроцитов, т. е. неодинаковую их величину со склонностью к уменьшению диаметра. При дефиците железа эритроциты бывают самой различной формы.

«При железодефицитной анемии снижено содержание не только лишь гемоглобина, но и эритроцитов. Имеются данные о некотором уменьшении продолжительности жизни эритроцитов при железодефицитной анемии. Тем не менее, основным в генезе анемии остается нарушение образования гемоглобина, поэтому цветовой показатель при железодефицитной анемии низкий» [8, с. 358].

Содержание ретикулоцитов при железодефицитных анемиях может быть в границах нормы (до 2%), но временами несколько повышено. Следует помнить, что увеличения значения ретикулоцитов может быть тогда, когда пациенты получали до исследования ретикулоцитов препараты железа. Повышение уровня ретикулоцитов может говорить также о значительные кровопотери.

Содержание лейкоцитов при железодефицитной анемии имеет тенденцию к снижению.

Содержание тромбоцитов в большинстве случаев при железодефицитной анемии оказывается в пределах нормы, реже увеличено, особенно при выраженной кровопотере.

«В костном мозге при железодефицитной анемии существенных патологических признаков определить не удастся. Железодефицитная анемия, так же, как и другие формы гипохромной анемии, нарушает процесс наполнения предшественников эритроцитов гемоглобином. Количество мегакариоцитов в пределах нормы или увеличено при выраженных

кровотечениях. Характерной чертой костного мозга при железодефицитной анемии является снижение количества сидеробластов – предшественников эритроцитов, содержащих гранулы железа. В норме 20 –40% предшественников эритроцитов в костном мозге содержат единичные гранулы. Исследование сидеробластов костного мозга помогает в диагностически трудных случаях» [9].

Следует обратить внимание на два очень важных обстоятельства. Во – первых, кровь необходимо брать в специальную пробирку, пропаренную либо тщательно вымытую несколько раз дистиллированной водой, при этом вторая перегонка воды должна быть проведена с использованием стеклянного оборудования. Обычная дистиллированная вода, перегоняемая через металлический дистиллятор, имеет частицы металла; при подогревании в кислой среде он может стать ионизированным и превысить результаты исследования. Во – вторых, больной, у которого берут на анализ железо сыворотки, не должен принимать препараты железа не меньше 5 дней.

«Нормальное содержание железа сыворотки – 70 – 170 мкг%, или 12,5 – 30,4 мкмоль/л. Содержание железа сыворотки при выраженной железодефицитной анемии снижается до 10 – 30 мкг% (1,8 – 5,4 мкмоль/л), при нетяжелой – до 40 – 60 мкг% (7,2 – 10,8 мкмоль/л).

Кроме исследования сывороточного железа, для изучения запасов железа принято определять железосвязывающую способность сыворотки. В норме около 30% трансферрина насыщено железом, а 65% его свободны и могут присоединять значительное количество железа. Под железосвязывающей способностью сыворотки имеется в виду количество железа, которое может связываться с трансферрином. В норме общая железосвязывающая способность сыворотки колеблется от 170 до 470 мкг% (30,6 – 84,6 мкмоль/л)» [10].

При лечении больных с железодефицитной анемией важное значение имеет сестринский уход. Медицинская сестра должна обеспечить: контроль за общим состоянием пациента, за внешним видом его, контролировать пульс, дыхание, и артериальное давление. Следить за четким и вовремя выполненными врачебными назначениями, своевременный и правильный

прием лекарственных средств, контроль побочных эффектов от препаратов. Обеспечивает готовность системы для переливания крови, сывороток для определения группы крови. Ухаживает за ротовой полостью пациента, за его кожей и слизистыми оболочками, половыми органами после физиологических отправок. Также она проводит: беседы о значении систематического и правильного приема антианемических препаратов, о диете, контроля частоты дыхательных движений и пульса.

«Режим при анемии назначается свободный, диета – высокобелковая, витаминизированная, включающая продукты, богатые железом (говядина, телятина, печень). Предусматривается лечение основного заболевания. Всем больным назначаются препараты, содержащие железо: гемостимулин, гемофер, ферроплекс, конферон, ферамид, ферроцерон, ферроградумент, тардиферон, железа лактат, железа закисного сульфат, феррокаль, сироп алоэ с железом, таблетки «Каферид». «Бло», фитоферролактол, гемофер, дурулес, фенюльс, сорбифер, фенотек, которые принимаются после еды 2 – 3 раза в день.

Препаратами выбора следует считать ретард – формы, в которых содержится достаточная доза железа и добавки, стимулирующие его всасывание. Тардиферон (гипотардиферон для беременных). Назначается по 1 – 2 табл. в сутки, строго после еды. Содержит мукопротеазу, защищающую слизистую оболочку желудка, имеет высокую биодоступность.

Гипотардиферон содержит необходимую беременным фолиевую кислоту. Сорбифер. Назначается по 1 табл. 2 раза в день, после еды. Хорошо переносится, содержит аскорбиновую кислоту, облегчающую всасывание препарата.

Ферроплекс. Назначается по 2 табл. 4 раза в день. В сравнении с вышеописанными ретард – формами малоэффективен, но прекрасно переносится, почти не дает побочных эффектов. Возможно назначение при анемиях беременных.

Все препараты железа принимаются строго после еды. Нельзя запивать молоком препараты. Так как молоко приводит к связыванию железа и снижается эффективность данных препаратов.

При нарушении всасывания железа в ЖКТ или плохой переносимости препаратов парентерально вводят феррум – лек, фербитол, ферковен или венофер (Швейцария). Феррум – лек вводится по 1-2 мл в/м через день или содержимое одной ампулы растворяется в 10 мл физиологического раствора и вводится медленно в/в. Перед введением феррум-лек необходимо проверить его переносимость путем постановки внутрикожной пробы. Фербитол вводится по 2 мл в/м ежедневно № 15-30. Ферковен вводится в/в медленно в течение 8 – 10 мин 1 раз в день № 10 – 15, первые 2 инъекции – по 2 мл, остальные – по 5 мл в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия. При тяжелой анемии по жизненным показаниям проводится переливание цельной крови, эритроцитарной массы» [11].

Правила лечения железодефицитной анемии препаратами железа:

- помочь только коррекцией питания невозможно! Всегда необходимо применение препаратов железа;

- всегда препараты железа следует принимать внутрь, но дозу двухвалентного железа следует увеличивать постепенно, начиная с четвертой части назначенной;

- средняя суточная терапевтическая доза железа составляет 2 – 3 мг/кг (средняя профилактическая доза равна половине терапевтической – 1–1,5 мг в сутки);

- суточную дозу делят на 3 приема, а более – менее точное соблюдение интервалов имеет очень огромное значение: костный мозг наиболее хорошо реагирует именно на постоянное поступление железа, поэтому регулярный прием лекарства резко повышает эффективность лечения;

- уровень гемоглобина начинает повышаться, как правило, после 3 – 4 недель лечения, хотя улучшение самочувствия может быть гораздо раньше;

– гемоглобин повышается со средней скоростью около 10 –14 г/л в неделю. Длительность лечения во многом определяется выраженностью анемии на момент начала использования препаратов железа, но в большинстве случаев на восстановление нормальных показателей гемоглобина требуется 1 – 2 месяца;

– нормализация значения гемоглобина в крови не является основанием для остановки лечения: следует продолжать использование препаратов железа в профилактической дозе еще в течение 1,5 – 3 месяцев для создания запасов железа в организме;

– парентеральное введение препаратов железа, как правило,

– осуществляется не ежедневно, а 1 раз в 2 – 3 дня;

препараты двухвалентного железа следует принимать на пустой желудок, то есть за 1–2 часа до еды;

– всасывание препаратов железа усиливается в присутствии аскорбиновой кислоты, но риск побочных эффектов увеличивается.

Клиническое улучшение при проведении лечения начинается как правило прежде возрастания количества гемоглобина, которое начинается через 2 – 3 недели с момента начала лечения.

Фитотерапия: ягоды шиповника измельчить и залить кипятком из расчета 1 стакан кипятка на 1 ст. л. ягод, дать настояться 20 – 30 мин. Употреблять в течение дня. Противоанемический сбор: крапива, череда, лист смородины, лист земляники смешать поровну, залить холодной водой (1 стакан воды на 1 ст. л. смеси) на 2 – 3 часа, затем поставить на огонь, кипятить 5 – 7 мин, остудить, процедить. Выпить в течение дня.

Обучение:

1. Пациенты должны знать, что начинать лечение железодефицитной анемии препаратами железа надо с момента выявления заболевания. Можно использовать диету – и фитотерапию как самостоятельный метод, однако в случае его неэффективности в течение одного месяца необходима помощь врача.

2. Организовать лечебное питание с доминированием мясных продуктов и натуральных источников витаминов (черная смородина, лимоны, облепиха). Женщинам с обильными месячными показаны гранаты и орехи.

3. Прогноз сомнительный, если не происходит лечение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, почек, геморроя или фибромиомы матки с упорными кровотечениями.

4. Исключить хронические бытовые, профессиональные и, по возможности, медикаментозные интоксикации (бензин, красители, нестероидные противовоспалительные препараты, прием бисептола).

Главные правила лечебного питания при железодефицитной анемии: употреблять чай, кофе, какао через час-два после еды; включать в питание соки, клубни, капусту, морковь, цветную капусту; молочные продукты употреблять между приемами пищи; пищу, содержащую ингибиторы абсорбции железа целесообразно употреблять с продуктами с низким содержанием железа (например, хлеб, кукурузные хлопья с чаем или молочными продуктами). Улучшают всасываемость негемового железа: аскорбиновая кислота (фрукты, соки, картофель, овощи); ферментация (брожение как процесс приготовления) пищи, проращивание зерна снижают количество фитатов, увеличивают биодоступность железа; тепловая обработка (варка, тушение, жарение) существенно увеличивает высвобождение железа из овощей. Ингибиторы абсорбции железа (ухудшают всасывание): фитаты (в злаковых отрубях, крупах, бобовых, орехах, семечках); пища с высоким содержанием инозитола (арахисовое масло, цельные зерна, молоко, дрожжи, мускусная дыня, цитрусовые); фенолические соединения, связывающие железо (в чае, кофе, какао, в некоторых приправах (орегано), красном вине, ягодах, яблоках); кальций в значительных количествах (молоко более 1 л в день, молочные продукты); газированные напитки.

Особенности профилактики и лечения железодефицитной анемии в группах риска.

Профилактика и лечение железодефицитной анемии у женщин фертильного возраста. Все небеременные женщины репродуктивного возраста должны быть обследованы на наличие анемии по крайней мере один раз между 15 и 25 годами. Женщины фертильного возраста теряют 12 – 79 мг железа за 1 менструальный цикл (в среднем 15 мг). При наличии факторов риска (плохое питание, большие менструальные потери крови, донорство и др.) или имеется в анамнезе диагноз железодефицитная анемия требуется более частый скрининг (каждый год). Для небеременных женщин фертильного возраста анемия определяется на уровне гемоглобина ниже 120 г/л. С целью профилактики железодефицитной анемии на фоне меноррагий рекомендуется профилактическая терапия препаратом железа в половинной терапевтической дозе в течение 5 – 7 дней после очередной менструации. При снижении концентрации гемоглобина ниже границы более чем на 20 г/л, женщина должна получать терапевтическую дозу элементарного железа – 60 мг два раза в день (общая доза 120 мг железа), необходимо обучение правильному питанию. При получении положительного результата лечения (увеличение гемоглобина больше 10 г/л), терапия должна продолжаться до достижения концентрации гемоглобина 120 г/л, впоследствии доза железа может быть уменьшена до половинной от терапевтической и продолжаться в течение полугода.

Профилактика и лечение железодефицитная анемия у беременных женщин. Анемия имеется почти у 70% беременных женщин. Потери при каждой беременности, в родах и за время лактации – от 700 мг до 1 г. Женщинам, имеющим завышенный риск железодефицитной анемии и планирующим беременность, следует начинать профилактику за три месяца до пришествия беременности. Всех беременных женщин нужно исследовать на присутствие анемии при первом пренатальном посещении врача и, хотя бы один раз в следующие триместры ее беременности. Врач обязан начинать лечение анемии у беременной женщины при уровне гемоглобина менее 110 г/л.

При естественных показателях обмена железа рекомендовано проводить профилактику железо дефицита путем назначения поливитаминных препаратов

для беременных и кормящих, содержащих не менее 20 мг железа в дневной дозе.

При латентном дефиците железа помимо поливитаминных препаратов с макро – и микроэлементами (одна таблетка или капсула в сутки), в течение шести недель показан прием 50 – 100 мг элементарного железа в сутки перорально. Рекомендуются препараты железа²⁺ по 50 мг элементарного железа в сутки или препараты железа³⁺ по 100 мг элементарного железа в сутки. При снижении гемоглобина менее 110 г/л с профилактической целью необходимо назначить 120 мг элементарного железа в сутки.

При концентрации гемоглобина ниже 90 г/л или недостаточном приросте гемоглобина на фоне лечения необходима консультация гематолога и гинеколога с целью уточнения диагноза. Неэффективность лечения анемии у беременных при пероральном приеме железосодержащих препаратов может быть связана с нарушением всасывания железа в кишечнике, с неадекватной продукцией эритропоэтинов или наличием хронического воспалительного процесса.

В послеродовом периоде препараты железа назначаются в течение 4 – 6 недель как женщинам, имевшим признаки анемии во время беременности, так и тем, кто относится к группе риска (большая кровопотеря во время родов или одномоментное рождение нескольких детей)

Особенности железодефицитной анемии у пожилых лиц. Диагностические исследования у лиц пожилого и старческого возраста направлены на определение причины железо дефицита: микрокровотечений из желудочно-кишечного тракта (эрозии и язвы желудка, полипоз, геморрой и др.), онкологической патологии в кишечнике, дисбактериоза, дивертикулеза (конкурентное потребление железа бактериями), алиментарного недостатка железа, нарушения всасывания (например, при хронических панкреатитах), кровопотери из ротовой полости из-за проблем с зубными протезами.

«Профилактика и лечение железодефицитной анемии при хронической болезни почек. Назначение терапии железом у пациентов с болезнью почек

затруднено относительно невысокой диагностической ценности сывороточного ферритина и насыщения трансферрина сыворотки в оценке дефицита железа и в предсказании ответа гемоглобина на терапию железом. На уровень сывороточного ферритина влияет воспаление, он является «реактантом острой фазы», поэтому его величину надо интерпретировать с осторожностью у пациентов с хронической болезнью почек, особенно – диализных, у которых может присутствовать субклиническое воспаление.

Для пациентов терапия препаратом железа рекомендуется при насыщении трансферина сыворотки ниже 30% и концентрации ферритина ниже 500 мкг/л. У пациентов с воспалительным процессом коррекция воспалительного статуса часто приводит к увеличению гемоглобина в крови» [12].

Таким образом, можно сделать вывод, что железодефицитная анемия – это недостаток железа, ведущий к нарушению образования гемоглобина в крови и последующим нарушениям во всем организме человека.

Основными признаками, ведущими к развитию железодефицитной анемии, являются: кровопотери, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, недостаточное питание, у женщин длительные и обильные менструации, беременность и период лактации.

Анимию подразделяют на несколько степеней:

- 1) легкая – проявлений не имеет
- 2) умеренная – общая слабость и бледность кожных покровов
- 3) тяжелая – головные боли, шум в ушах, частые простуды
- 4) анемическая прекома – одышка в состоянии покоя, психические нарушения
- 5) анемическая кома – рвота, потеря сознания, отсутствие рефлексов на конечностях

Основными клиническими симптомами железодефицитной анемии является: головокружение, одышка, слабость, бледность кожных покровов, извращение вкуса, истончение и ломкость ногтей.

При железодефицитной анемии назначается – высокобелковая, витаминизированная, включающая продукты богатые железом, диета. Препараты, содержащие железо. При тяжелой форме анемии по жизненным показателям проводится переливание цельной крови и эритроцитарной массы. Так же назначается фитотерапия.

Медицинская сестра должна обучить пациентов своевременному и правильному приему лекарственных средств, содержащих железо в своем составе; особенностям лечебного питания при железодефицитной анемии (с преобладанием белков и витаминов). Провести беседу, что следует проводить полное и достаточное лечение заболеваний провоцирующей анемию (заболевания желудочно-кишечного тракта, геморроя, почек, гинекологические заболевания), так как без их устранения прогноз у лечения анемии будет сомнительным. Так же порекомендовать исключить все профессиональные, бытовые, химические и по возможности медикаментозные интоксикации. Настоятельно рекомендует отказаться от курения и алкоголя; проводить достаточно времени на свежем воздухе; заниматься адекватной физической нагрузкой.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

2.1. Особенности работы ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» является многофункциональным современным медицинским учреждением. В медицинском учреждении работают только квалифицированные специалисты.

Медицинский центр включает в себя все условия для современной диагностики различного спектра заболеваний, а также своевременного консервативного и хирургического лечения.

На сегодняшний момент областная клиническая больница Святителя Иоасафа занимает лидирующую позицию среди медицинских учреждений, участвующих в оказании медицинской помощи.

В данном медицинском учреждении имеется база для оказания помощи населению Белгородской области и жителям других регионов.

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» включает в себя: поликлинику на 600 посещений, 23 отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 523 койки, центр реабилитации, диагностические корпуса.

Ежегодно около 170 тысяч граждан получают медицинскую помощь, выполняется 40 тысяч оперативных вмешательств, принимается около 5 тысяч родов.

На сегодняшний момент штат сотрудников насчитывает 3057 сотрудников, на базе медицинского учреждения функционируют 6 кафедр НИУ БелГУ.

Больница работает по следующим направлениям: кардиология, неврология, гастроэнтерология, гематология, неврологическое онмк, нефрология, пульмоно – аллергология, ревматология, эндокринология, кардиохирургия, колопроктология, нейрохирургия, ожоговое, пластическая хирургия, гравитационная хирургия, микрохирургия глаза, рентгенохирургия, сосудистая хирургия, хирургические инфекции, челюстно-лицевая хирургия, отоларингология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, хирургия печени и поджелудочной железы, трансплантология, акушерство и гинекология, неонатология.

Гематологическое отделение располагается в областной клинической больнице с 1967 года, рассчитано на 30 коек, располагается в 5 лечебно-диагностическом корпусе на 2 этаже.

За год в отделении оказывается помощь около 800 пациентов, из них 84% с лейкозами и депрессиями кроветворения. Более 90% пациентов выписываются с улучшением.

В настоящее время материально-техническая база — медикаментозное оснащение, диагностические возможности, прекрасные условия пребывания для пациентов, высокий уровень профессионализма сотрудников отделения — позволяет на современном уровне оказывать все виды специализированной гематологической помощи при заболеваниях системы крови:

- лейкозах;
- депрессиях кроветворения;
- анемиях;
- наследственных коагулопатиях и др.

В арсенале гематологов имеются современные методы диагностики:

иммунофенотипирование;

иммуногистохимические исследования;

широкий ряд сложных цитологических и гистологических методов.

Принадлежность гематологического отделения к областной клинической больнице, дает возможность пациентам получить весь спектр современной диагностики, включая сложные эндоскопические методы, современные методы лучевой и компьютерной диагностики, широкий спектр лабораторных исследований, а также консультативной помощи всех специалистов.

Применение в схемах терапии онкогематологических больных современных дорогостоящих специфических препаратов позволило проводить в гематологическом отделении БОКБ лечение больных по Национальным и Международным стандартам терапии. Применение дорогостоящих современных препаратов (флудара, кэмпас, гливек, мабтера, атгам, рекормон, нейпоген, новосэвен и др.) позволяет проводить терапию рецидивов заболеваний, резистентных форм лейкозов, преодолевать химиорезистентность онкогематологических заболеваний, добиваться молекулярных ремиссий даже у хронических гематологических больных, что полностью соответствует тенденциям мировой гематологии. Это значительно снизило летальность, улучшило качество жизни больных и прогноз заболеваний.

2.2. Результаты собственного исследования профессиональной деятельности медицинской сестры при железодефицитной анемии

При прохождении преддипломной практики, было проведено практическое исследование работы медицинской сестры с пациентами при железодефицитной анемии. В ходе проведённого исследования были собраны данные о пациентах в возрасте от 18 до 50 лет, 36 человек (женщины – 19, мужчины – 17).

Для сбора информации было использовано анонимное анкетирование пациентов, в анкете были прописаны вопросы (21 вопрос), цель которых была получить информацию о проблемах пациентов, и о информированности о своем заболевании

В проведённом мной анкетировании приняли участие 62 % (19 человека) респондентов женского пола, и 39 % (17 человек) мужского (Рис.1).

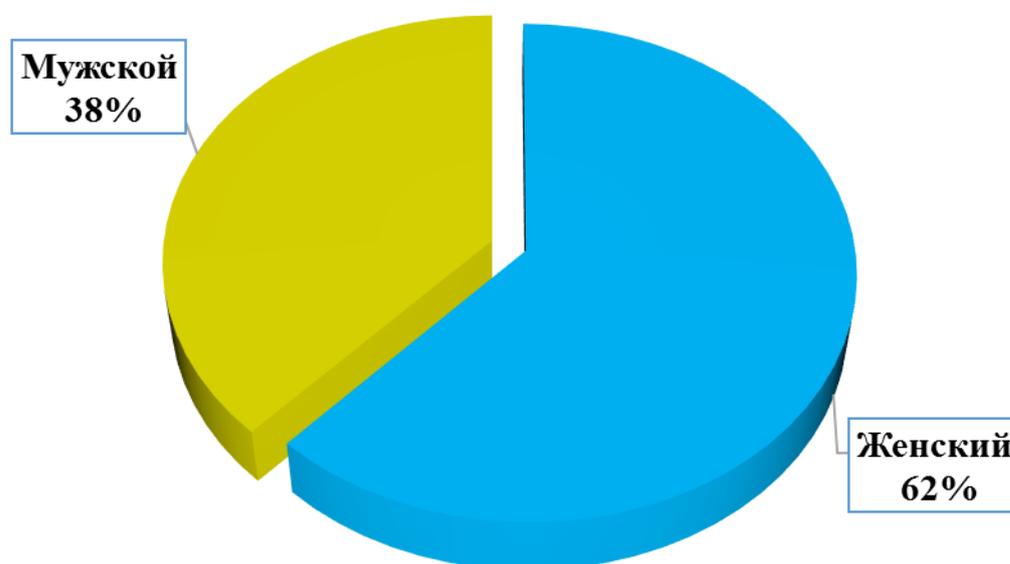


Рис.1. Пол

По возрастному признаку респонденты разделились следующим образом: 16 % (6 человек) 18 – 25 лет, 22 % (8 человек) 25 – 35 лет, 62 % (23 человека) 35 – 50 лет (Рис. 2.).

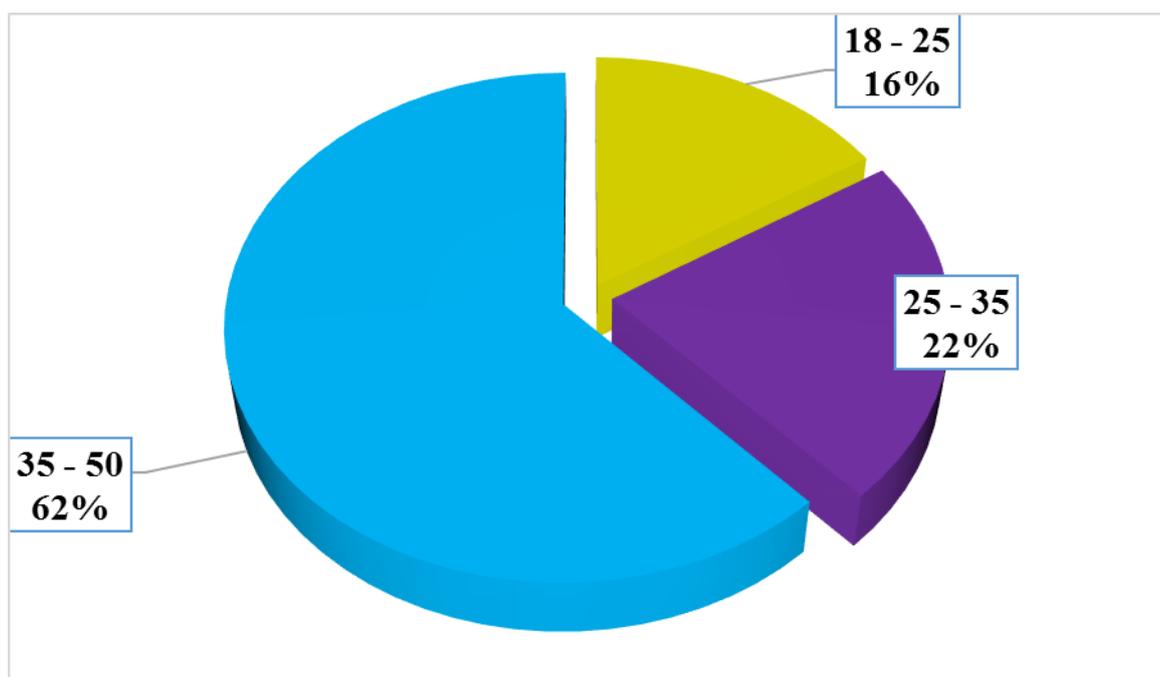


Рис. 2. Возраст

В ходе исследования было выяснено, что большая часть респондентов нашего исследования 35 % (13 человек) проживают в городской местности, остальные 65 % (24 человека) проживают в сельской местности (Рис. 1).

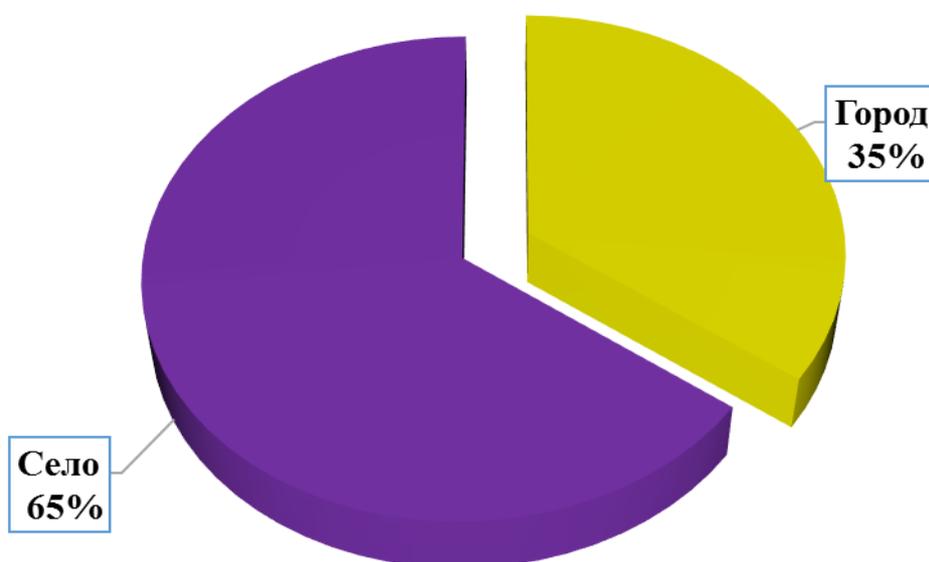


Рис. 1. Место жительства

На развитие патологических состояний может оказывать воздействие профессиональная деятельность человека. С этой целью респондентам в анкете

был задан вопрос о связи их работы, 16 % (6 человек) ответили, что они пенсионеры, 35 % (13 человек) ответили с умственным, 45 % (16 человек) выбрали профессиональные вредности, другое выбрали 5 % (2 человека) (Рис. 2).

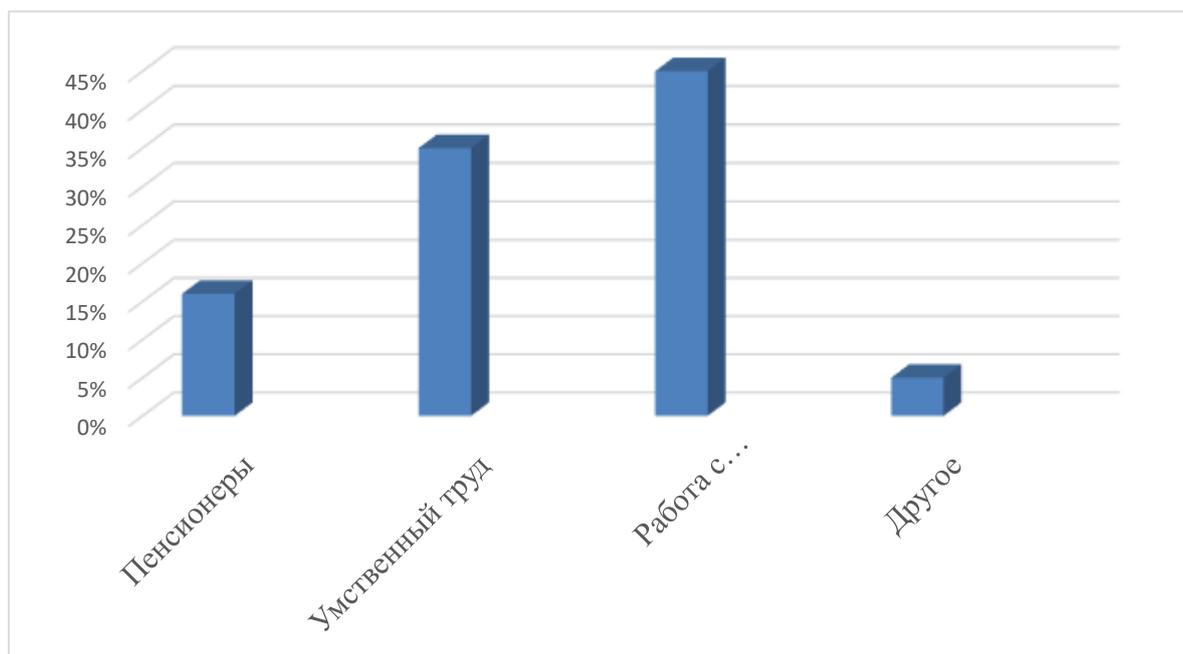


Рис. 2. Профессиональная деятельность

Как известно железодефицитная анемия связана с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в ходе исследования мы решили проверить данную взаимосвязь. Как выяснилось 70 % (26 человек) респондентов имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, 30 % (11 человек) отрицают наличие патологий со стороны желудочно-кишечного тракта (Рис. 3).

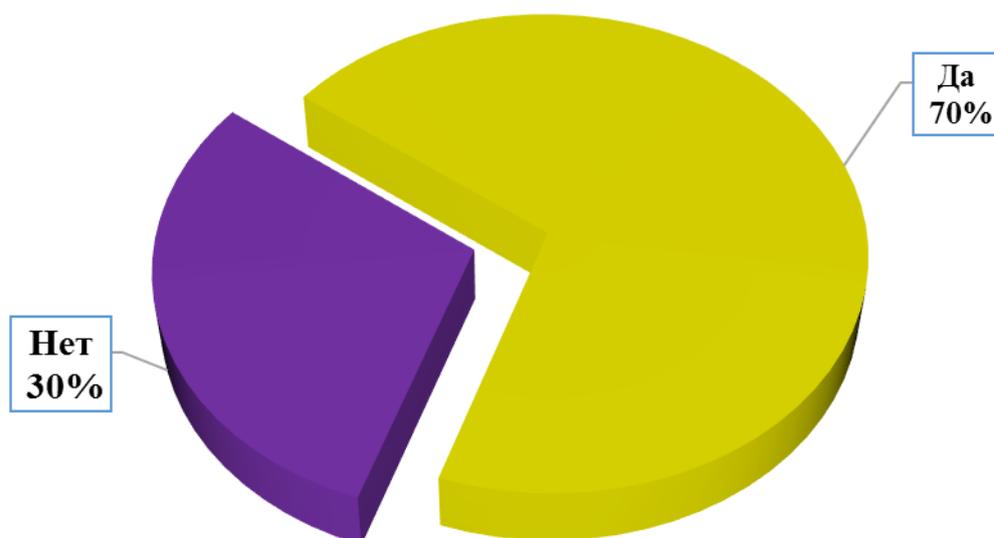


Рис. 3. Заболевания желудочно-кишечного тракта

При снижении гемоглобина в крови возникают признаки нехватки кислорода, это проявляется головокружением, усталостью. На наличие данных признаков указали 92 % (34 человека), 8 % (3 человека) отрицают наличие данных симптомов (Рис. 4).

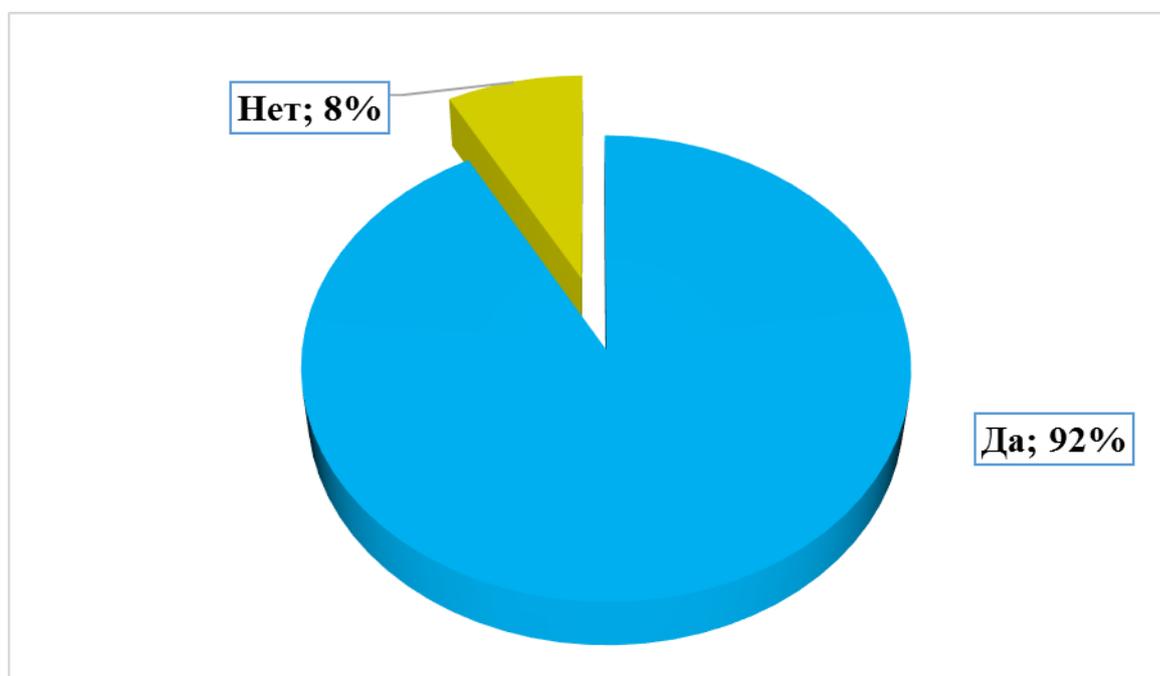


Рис. 4. Наличие усталости, головокружения

Наличие кровотечений отмечается у 68 % (25 человек), 32 % (12 человек) наличие данного признака не отмечают у себя (Рис. 7).

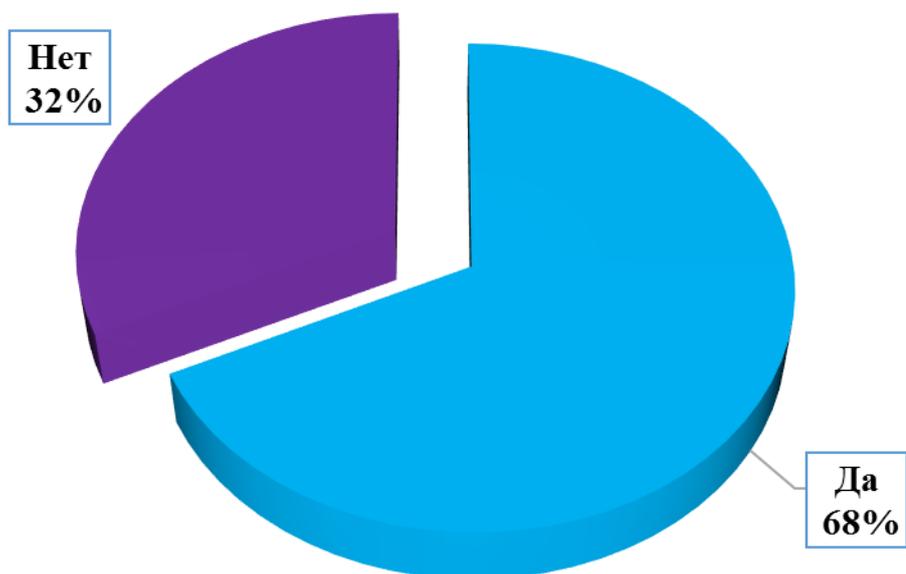


Рис. 7. Наличие кровотечений

Мясо является единственным источником железа в доступной для усвоения форме. Как известно нехватка красного мяса в рационе может привести к развитию железодефицитной анемии. 59 % (22 человека) всегда включают в свой рацион красное мясо, 41 % (15 человек) респондентов данный продукт не любят (Рис. 8).

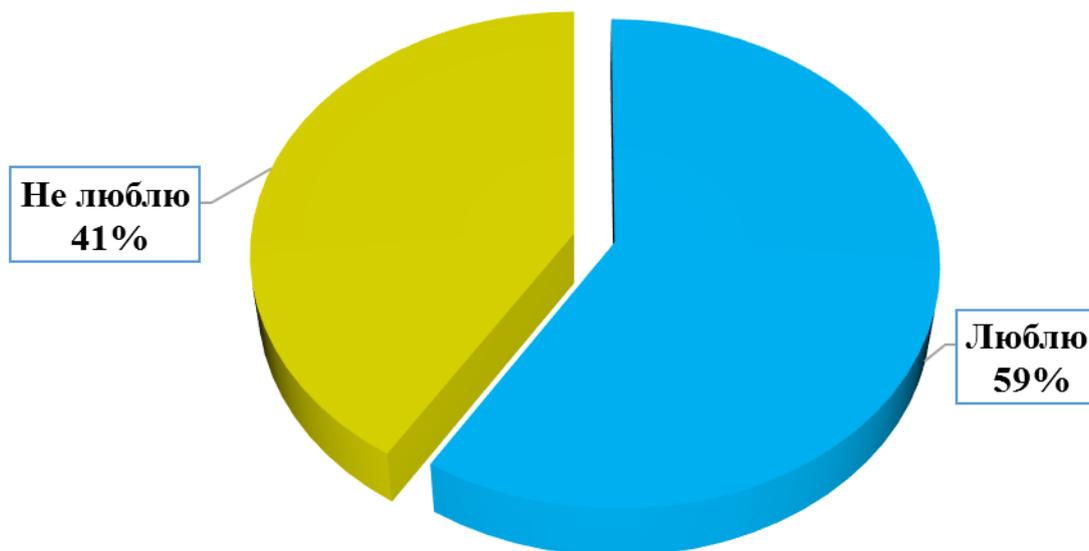


Рис. 8. Употребление мяса

70 % (26 человек) респондентов отмечают у себя наличие одышки, 30 % (11 человек) наличие данного признака не отмечают (Рис. 5).

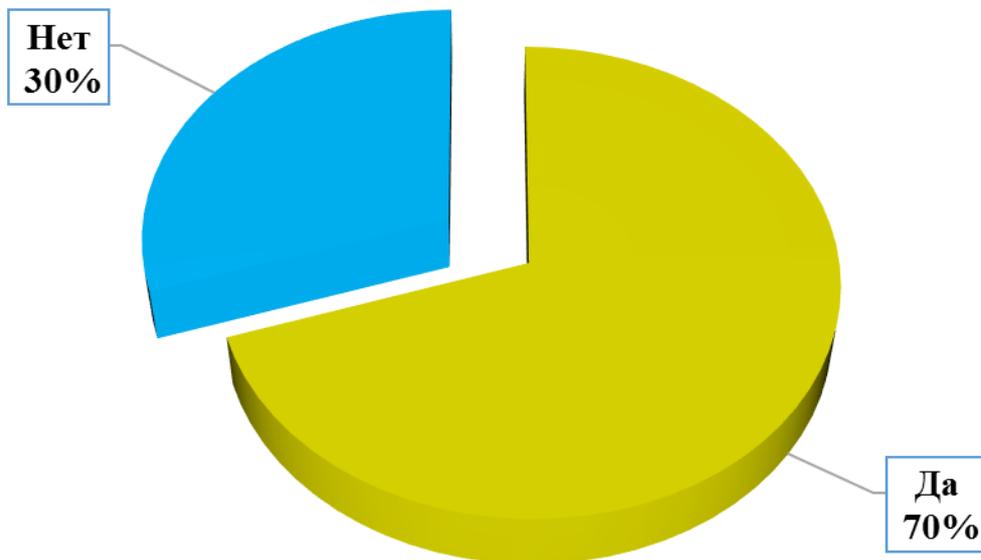


Рис. 5. Наличие одышки

Парорексия (извращение вкуса) данный признак возникает при длительной нехватке железа в организме. В данном случае люди могут употреблять в пищу сырые продукты, мел, песок. 35 % (13 человек) отмечают

иногда у себя наличие данного симптома, 65 % (24 человека) респондентов ответили, что никогда не сталкивались с данным симптомом (Рис. 6).

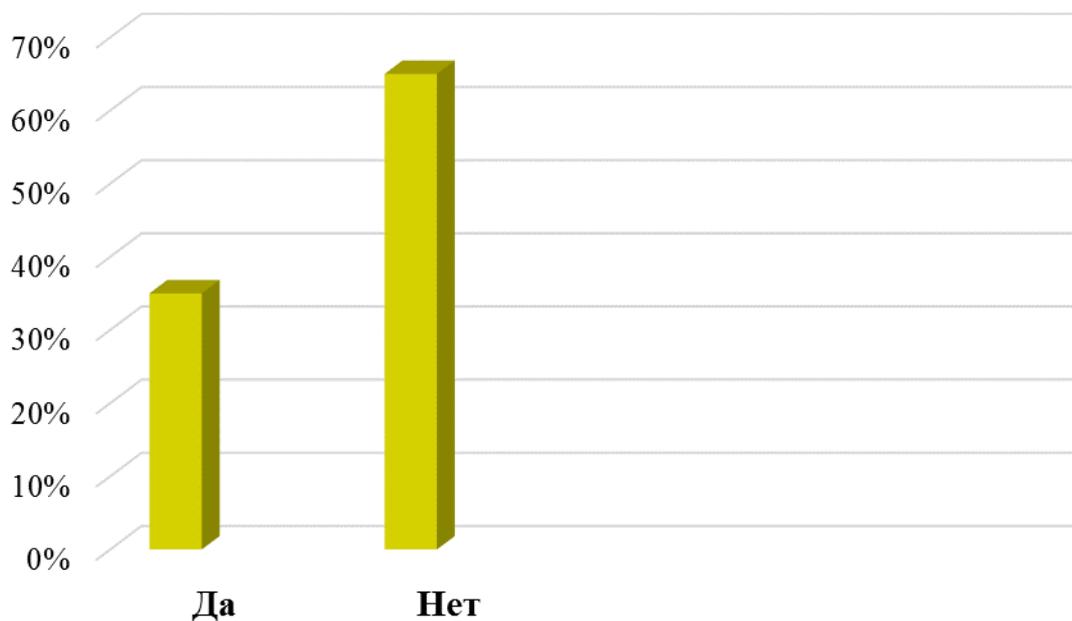


Рис. 6. Извращение вкуса

92 % (34 человека) в анкете – опроснике ответили, что знают как проявляется железодефицитная анемия, 8 % (3 человека) не знают как проявляется данное заболевание (Рис. 7).

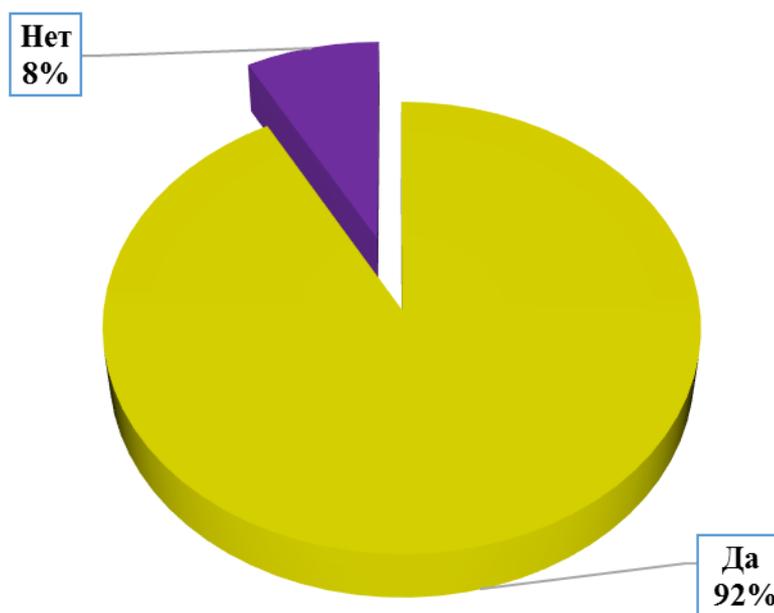


Рис. 7. Знание железодефицитной анемии

В профилактических целях используют продукты богатые железом, такие как красное мясо, печень, сухофрукты, морская капуста, орехи. 94 % (35 человек) респондентов ответили, что знают о наличие таких продуктов, которые употребляются в профилактических целях железодефицитной анемии, 6 % (2 человека) не знали о таких продуктах (Рис. 8).

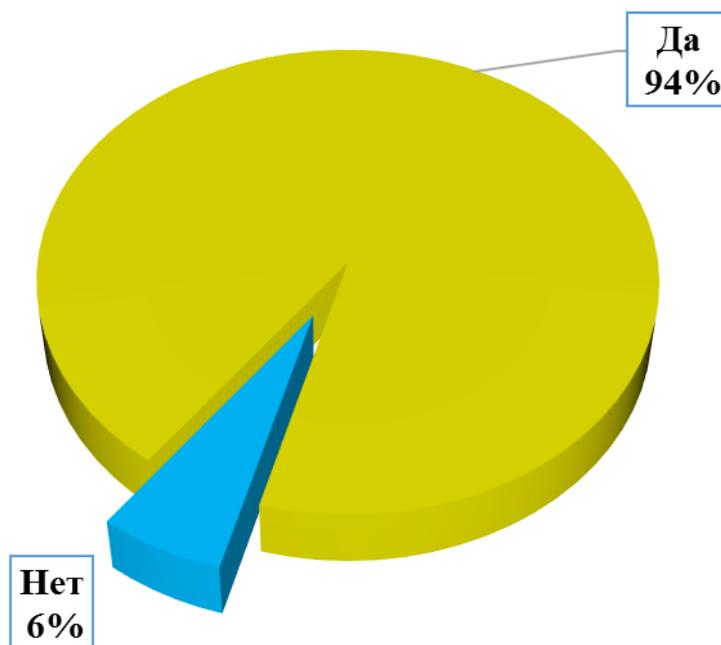


Рис. 8. Знание о продуктах богатых железом

Основной целью при лечении железодефицитной анемии выступает возмещение дефицита железа в организме пациента и устраниения причин возникновения железодефицитной анемии.

Основным при лечении железодефицитной анемии является употребление препаратов железа. Большая часть респондентов 59 % (22 человека) при лечении железодефицитной анемии, выбрали приём препаратов железа, 24 % (9 человек) выбрали приём витаминов, 16 % (6 человек) выбрали соблюдение диетотерапии (Рис. 9).

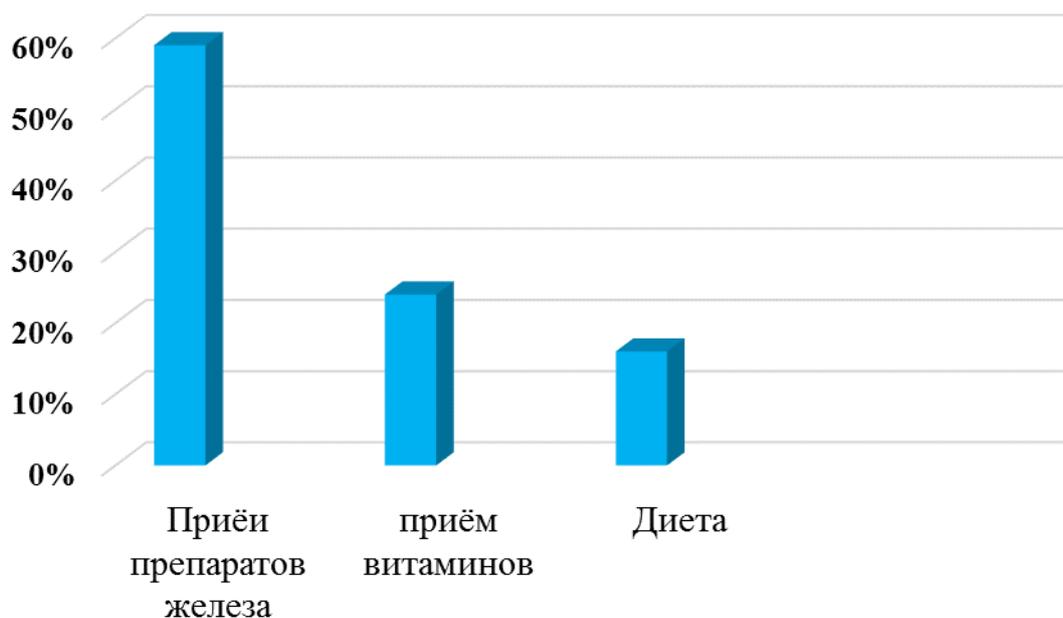


Рис. 9. Основные принципы лечения железодефицитной анемии

70 % (26 человек) ответили, что им хватает знаний про данное заболевание, 30 % (11 человек) респондентов ответили, что знаний о железодефицитной анемии им не хватает и им бы хотелось узнать что-то новое о этом заболевании

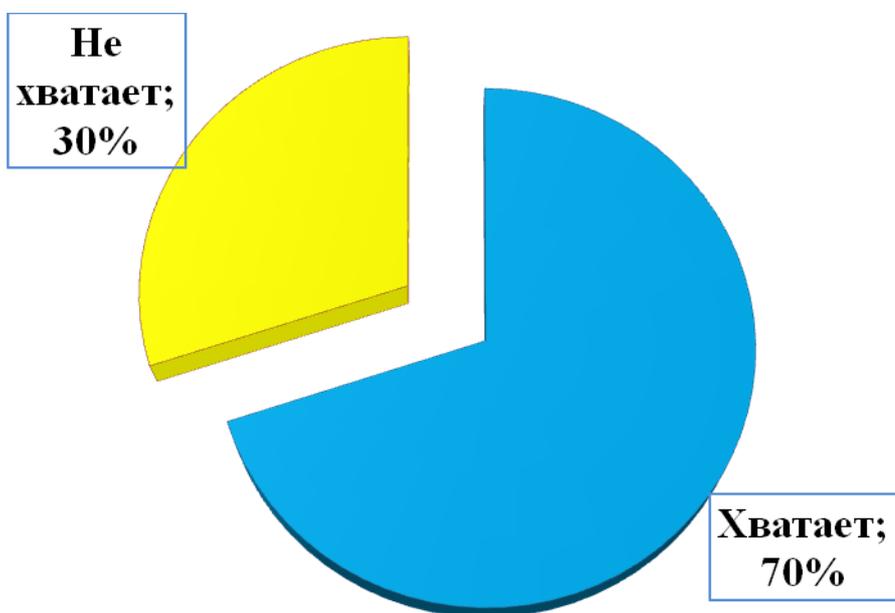


Рис. 10).

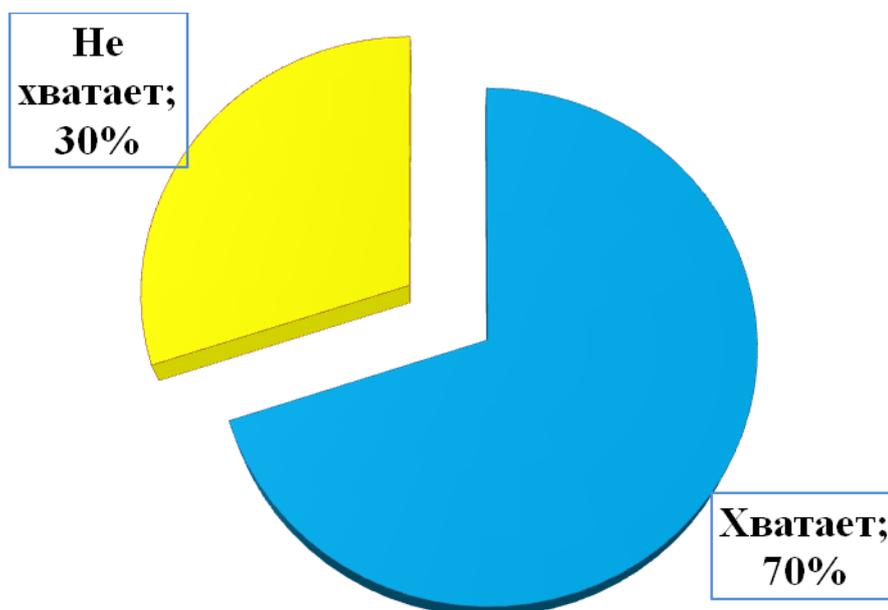


Рис. 10. Достаточность знаний о заболевании

Диспансеризацию из 100 % (37 человек) проходят 59 % (22 человека), оставшиеся 41 % (15 человек) респондентов дали отрицательный ответ на данный вопрос (Рис. 11).

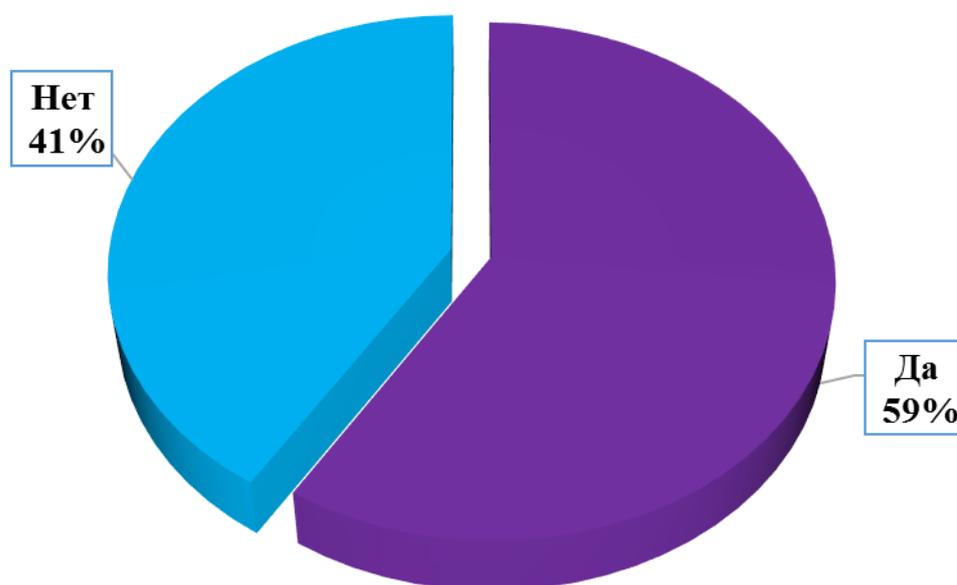


Рис. 11. Прохождение диспансеризации

62 % (23 человека) исследуемых находятся на диспансерном наблюдении, 38 % (14 человек) не состоят на диспансерном наблюдении (Рис. 12).

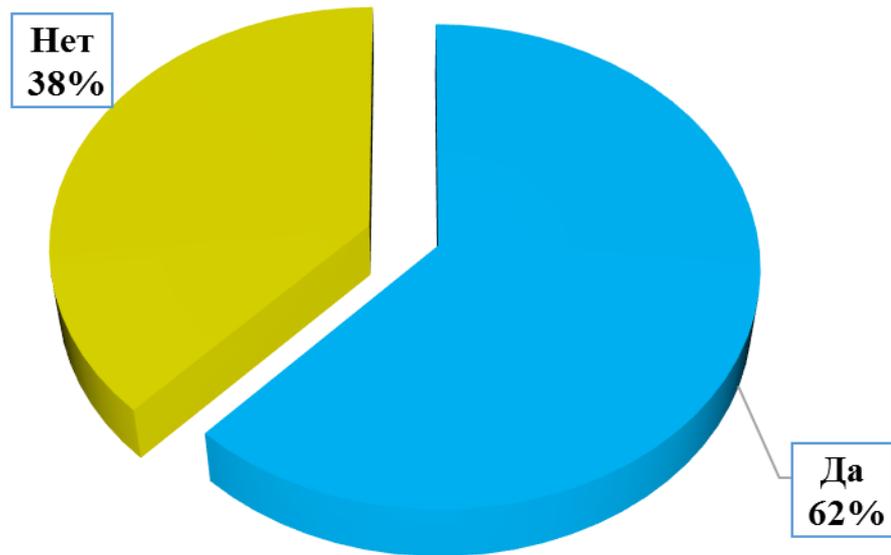


Рис. 12. Нахождение на диспансерном наблюдении

70 % (26 человек) респондентов в анкетировании указали, что хотели бы посещать школу здоровья, 30 % (11 человек) ответили, что не нуждаются в посещении данного учреждения (Рис. 13).

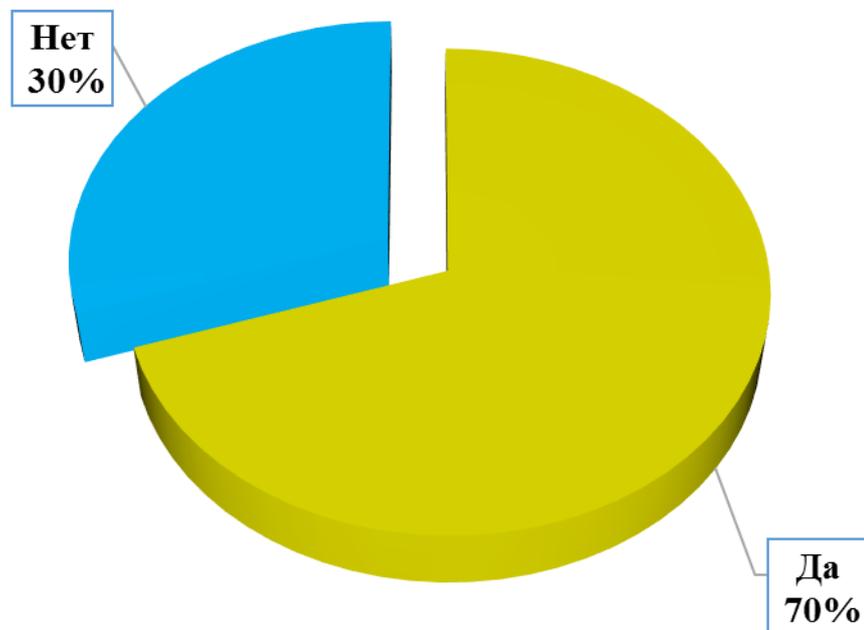


Рис. 13. Посещение школы здоровья

Для оценки профессионального качества профилактической деятельности медицинских сестёр респондентам были заданы вопросы. В ходе сбора

информации было выяснено, что профилактическую беседу о железодефицитной анемии медицинские сёстры проводили только с 70 % (26 человек), с 30 % (11 человек) данную беседу не проводили (Рис. 14).

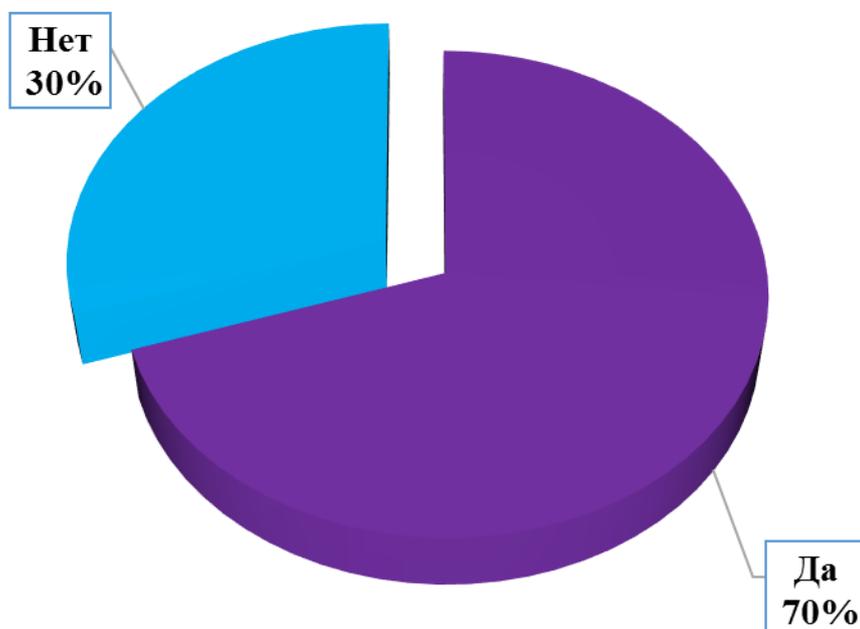


Рис. 14. Проведение профилактических бесед о заболевании медицинскими сёстрами

Работой медицинских сестёр были довольны 70 % (26 человек) респондентов, 30 % (11 человек) респондентов ответили, что не довольны качеством работы или затруднились при ответе (Рис. 15).

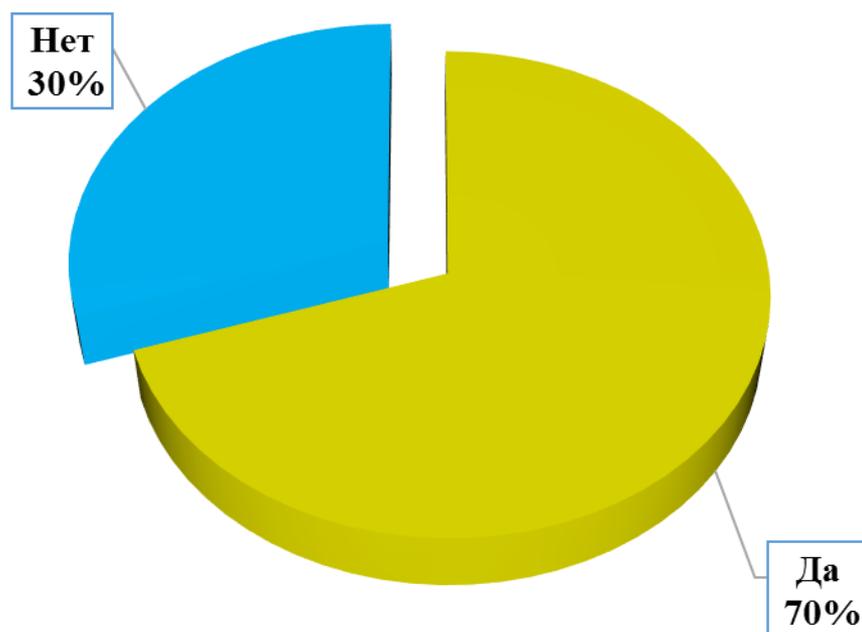


Рис. 15. Удовлетворённость работой медицинских сестёр

В результате проведённого нами исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Уровень знаний о железодефицитной анемии взрослых пациентов составил – 92 %. Большинство из респондентов 94 % знают о продуктах, применяемы для профилактики железодефицитной анемии. 62 % респондентов проходят диспансерное наблюдение. 70 % респондентов посещают или хотели бы посещать школы здоровья. 70 % респондентов ответили, что им хватает знаний о данном заболевании.

2. В ходе нашего исследования была подтверждена связь между заболеваниями желудочно-кишечного тракта и железодефицитной анемии. Так как большинство респондентов с железодефицитной анемией имеют патологии со стороны желудочно-кишечного тракта.

3. Большинство клинических проявлений имеются у исследуемых пациентах: извращение вкуса у 65 %, отдышка у 70 %, кровотечения у 68%, усталость и головокружение у 92 %.

4. Профилактическая работа медицинской сестры развита хорошо, так как профилактические беседы были проведены только с 70 % респондентов.

5. Удовлетворённость работой медицинской сестры находится на среднем уровне, 70 % респондентов полностью удовлетворены работой.

Рекомендации

Для пациентов:

1. Своевременно и правильно принимать лекарственные препараты.
2. Лечение хронической заболеваний
3. Соблюдение диетотерапии (достаточное употребление белка и витаминов)
4. Исключить все профессиональные, химические и медицинские интоксикации.
5. Отказаться от табака и алкоголя.
6. Проводить достаточно времени на свежем воздухе.
7. Заниматься умеренной физической нагрузкой
8. Проходить диспансеризацию.
9. Находиться на диспансерном учете.
10. Посещать школу здоровья по своему заболеванию.

Для медицинских сестер:

1. Обучать пациентов и его родственников уходу и самоуходу.
2. Контролировать состояние пациентов.
3. Обучить правилам приема препаратов железа.
4. Рекомендовать лечить хронические заболевания.
5. Рассказать о диетотерапии.
6. Рекомендовать исключить факторы риска.
7. Посоветовать вести здоровый образ жизни.
8. Настоятельно рекомендовать находиться на диспансерном учете.
9. Проводить беседы о железодефицитной анемии.
10. Посоветовать посещать школу здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анемия является патологическим состоянием, при котором происходит уменьшение содержания гемоглобина в крови.

Данное патологическое состояние может быть следствием кровотечения, понижением функции красного костного мозга, недостаточным поступлением необходимых веществ.

Анемия может возникать в любом возрасте и не только при заболеваниях. Анемия может быть, как самостоятельным заболеванием, так и сопутствующим симптомом.

В ходе проведённой работы я могу сделать следующие выводы:

- Основным средством при лечении железодефицитной анемии является применение препаратов, содержащих железо.
- Правильный уход при анемии поможет значить улучшить и приблизить выздоровление пациентов.
- Основным средством в профилактике железодефицитной анемии является сбалансированное питание.
- Своевременная и правильная диагностика поможет выбрать правильный и положительный результат.

По статистике всемирной организации здравоохранения в мире около 2 миллиардов человек, болеющих данным заболеванием, большинство — это женщины, подростки. Эта проблема является актуальной и для Российской Федерации.

Медицинская сестра – это именно тот сотрудник, который значительную часть времени проводит с пациентом. Медицинская сестра является связующим звеном между пациентом и врачом, она выполняет не только мероприятия по лечению пациентов, но и так же по профилактике заболеваний, она проводит с пациентами профилактические беседы, даёт профилактические рекомендации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Белошевский В.А., «Анемии» [Текст] / Белошевский В.А., Минаков Э.В., - Воронеж: Изд. им. Е.А. Болховитинова, 2015. - 213 с.
2. Воробьев П.А. «Анемический синдром в клинической практике» [Текст] - М.: Ньюдиамед, 2018. – 168 с.
3. Денисов И.Н., «Общая врачебная практика: внутренние болезни – интернология » [Текст] / Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2016. - 496 с.
4. Елисеев Юрий Юрьевич., «Заболевания крови. Полный справочник» [Текст] / Елисеев Юрий Юрьевич, Дроздова М. В., Дроздов Алексей Александрович., Эксмо, 2017. - 608 с.
5. Лычев В. Г., «Основы сестринского дела в терапии» [Текст] / Лычев В. Г., Карманов В.К. - Ростов-на-Дону Феникс, 2016. – 307 с.
6. И.И. Чукаева, проф. Б.Я. Барта. «Поликлиническая терапия» [Текст] - Кнорус Москва 2017 – 696 с.
7. Протокол ведения больных «Железодефицитная анемия» [Текст] М.: Нью-диамед, 2015. – 43 с.
8. «Руководство по гематологии» [Текст] : В 3 т. / Под ред. А.И. Воробьева. - 3-е изд., перераб. и дополн. - М.: Ньюдиамед, 2016-2018 – 488 с.
9. Закиров. И. И. «Диагностика анемии» [Электронные ресурсы] - Режим доступа: <https://medportal.ru/>
10. Курганская. С. Н. «Инструментальные исследования анемии» [Электронные ресурсы] – Режим доступа: <https://auram.ru/>
11. Исаева. Т. Н. «Анемия» [Электронные ресурсы] – Режим доступа: <https://medi.ru/>
12. Царева. В. Г. «Профилактика анемии» [Электронные ресурсы] – Режим доступа: <https://www.rmj.ru/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Уважаемые респонденты!

С целью Выяснения причины и провоцирующих факторов развития сахарного диабета, просим Вас принять участие в анкетировании, которое мы проводим на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Заранее Вам благодарны.

АНКЕТА

1. Ваш пол?

А) Мужской

Б) Женский

2. Ваш возраст?

А) 18-25 лет

Б) 25-35 лет

В) 35-50 лет

Г) Старше 50 лет

3. Ваше место жительства?

А) город

Б) сельская местность

4. С чем связана ваша работа?

А) с умственным трудом

Б) тяжелая физическая

В) с химическими агентами

Г) другое

5. Любите ли вы мясо?

А) да

Б) нет

6. Есть ли у вас хронические заболевания ЖКТ?

А) да

Б) нет

7. Отмечаются ли у вас кровопотери?

А) да

Б) нет

8. Есть ли у вас слабость?

А) да

Б) нет

В) иногда

9. Бывают ли у вас головокружение?

А) да

Б) нет

В) иногда

10. Есть ли у вас одышка?

А) да

Б) нет

В) иногда

11. Бывает ли у вас извращение вкуса (желание есть мел, уголь)?

А) да

Б) нет

В) иногда

12. Знаете ли вы чем проявляется анемия?

А) да

Б) нет

В) не знаю

13. Знаете ли вы о продуктах для профилактики анемии?

А) да

Б) нет

14. Знаете ли вы как правильно принимать препараты железа?
- А) да
 - Б) нет
15. Что является основным при лечении ЖДА?
- А) препараты с железом
 - Б) продукты богатые железом
 - В) витамины
 - Г) не знаю
16. Хватает ли вам знаний про анемию?
- А) да
 - Б) нет
17. Проходите ли вы диспансеризацию?
- А) да
 - Б) нет
18. Находитесь ли вы на диспансерном наблюдении?
- А) да
 - Б) нет
19. Необходима ли вам школа здоровья?
- А) да
 - Б) нет
 - В) не знаю
20. Довольны ли вы работой медицинских сестер?
- А) да
 - Б) нет
 - В) не вполне
21. Проводили ли с Вами профилактические беседы на тему вашего заболевания?
- А) да
 - Б) нет