

Лекція №3

Тема : Профілактика основа сімейної медицини.

1. Первинна та вторинна профілактика. Основна мета профілактики
2. Диспансеризація «Д загальна», «Д пацієнтів з відхиленнями у здоров'ї». Диспансерні групи. Роль диспансеризації у ранньому виявленні онкології та туберкульозу.
3. Участь сімейної медичної сестри у формуванні здорового способу життя, профілактиці захворювань. Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри.
4. Загальнодержавний характер санітарно-освітньої роботи в Україні. Форми санітарної пропаганди.
5. Гігієнічне виховання дітей та підлітків, статеве виховання підлітків. Актуальність проблеми профілактики паління, наркоманії, токсикоманії, алкоголізму.
6. Геронтологія як наука. Геронтологічна класифікація, середня тривалість життя.
7. Проблеми пацієнтів похилого та старечого віку, множинність патологій, психосоматичні захворювання, участь медсестри в профілактиці, геродіета.
8. Пропаганда активного довголіття.

Актуальність теми: Прагнення бути здоровим притаманне кожній людині. Але для того, щоб бути здоровим, потрібно вести здоровий спосіб життя. Це починається із здоров'я майбутньої матері коли вона очікує дитину, із здоров'я в дитинстві та юності.

Профілактика захворювань – це найбільш ефективний шлях досягнення мети – бути здоровим. Участь медичної сестри в проведенні профілактики через диспансеризацію як її основу є значною.

Первинна та вторинна профілактика. Основна мета профілактики.

Профілактика - цілісна система заходів, які проводять не тільки щодо первинних причин захворювань, а й для запобігання розвитку захворювань.

Розрізняють первинну та вторинну профілактику, суспільну та індивідуальну.

Первинна профілактика направлена на збереження здоров'я людей, недопущення негативної дії на людину чинників соціального і природного середовища, здатних спричинити хворобливі зміни.

Соціальні, медичні, гігієнічні та виховні заходи з арсеналу первинної профілактики спрямовані, по-перше, на запобігання захворюванням шляхом усунення причин і умов їхнього виникнення, по-друге, на підвищення стійкості самого організму до дії несприятливих чинників природного середовища.

Вторинна профілактика спрямована на припинення чи послаблення патологічного процесу, що вже виник в організмі.

На ділянці сімейної медицини проводять санітарно-протиепідемічну роботу, профілактичні огляди всіх вікових груп, диспансеризацію.

Найефективнішим шляхом профілактики є формування здорового способу життя і диспансеризація населення.

Диспансеризація. Диспансерні групи. Роль диспансеризації в ранньому виявленні онкології та туберкульозу.

Диспансеризація – активний метод динамічного спостереження різних категорій пацієнтів.

Категорії пацієнтів:

1. Здорові пацієнти, що об'єднанні за загальними фізіологічними особливостями або умовами праці;
2. Хворі, що страждають на хронічні захворювання, які найчастіше призводять до тимчасової непрацездатності, інвалідності, смертності, а також хворі, що перенесли деякі гострі захворювання;
3. Особи з чинниками ризику з метою активного раннього виявлення їх і своєчасного проведення лікувально-оздоровчих заходів.

Мета диспансеризації:

Збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості життя людей і підвищення продуктивності їхньої праці шляхом систематичного спостереження за станом їхнього здоров'я, вивчення і оздоровлення умов праці й побуту, широкого проведення комплексу санітарно-економічних, санітарно-гігієнічних, профілактичних та лікувальних заходів.

Диспансеризація здорових осіб має забезпечувати правильний фізичний розвиток, зміцнювати здоров'я, виявляти й усувати чинники ризику виникнення різних захворювань шляхом широкого проведення суспільних та індивідуальних соціальних і медичних заходів.

Диспансеризація хворих повинна активно виявляти і лікувати хворих на початкових стадіях захворювання, вивчати й усувати причини, які сприяють їх виникненню, запобігати загостренню процесу і його прогресуванню на основі постійного динамічного спостереження та проведення лікувально-оздоровчих і реабілітаційних заходів.

За ступенем участі в диспансеризації населення медичні заклади поділяють на три рівні.

1. Амбулаторно-поліклінічні заклади, які обслуговують населення за виробничим або територіальним принципом (ФАП, сімейна амбулаторія, медико-санітарна частина, поліклініка, дитяча та жіноча консультації).
2. Спеціалізовані диспансери(онкологічний, шкірно-венеричний, протитуберкульозний, психоневрологічний, наркологічний та ін).
3. Обласні, республіканські лікарні, спеціалізовані центри, клініки медичних та науково-дослідних інститутів.

Фази здійснення диспансеризації:

1. Облік та обстеження всього населення з метою активного виявлення захворювань на ранніх стадіях, а також чинників ризику;
2. Проведення необхідних профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів;
3. Динамічне спостереження за станом здоров'я кожного індивіда та оцінки ефективності проведених заходів.

Алгоритм участі медичної сестри в диспансеризації населення дільниці:

1. Функції медичної сестри при плануванні оглядів:

- Облік чисельності населення на дільниці і заповнення паспортної частини картки диспансерного обліку;
- Визначення вікового, статевого та соціального складу населення;
- Виділення осіб, що їх спостерігають в інших закладах;
- Інформування населення про медичні огляди.

2. Функції медичної сестри при проведенні оглядів:

Для виявлення контингенту, що підлягає диспансеризації і спостереженню, медична сестра проводить антропометрію, термометрію, вимірює артеріальний тиск, внутрішньо очний тиск, гостроту зору і слуху, проводить збір біоматеріалів для лабораторних досліджень, готує документацію, здійснює патронаж хворих.

3. Функції медичної сестри в динамічному диспансерному спостереженні:

У процесі активного динамічного спостереження середні медичні працівники запрошують осіб диспансерної групи на прийом до лікаря, ведуть картотеку взятих на облік, в якій фіксують своєчасність відвідування. Беруть участь в періодичних оглядах. Щомісячно інформують лікаря і поповнюють картотеку на осіб, які перебувають під спостереженням лікарів різних спеціальностей та в інших закладах.

Групи диспансерного обліку:

1. Здорові
2. Практично здорові
3. Особи, які перенесли деякі гострі захворювання (ангіна – 1міс., пневмонія – 12 міс., гострий гломерулонефрит – 2 роки)
4. Особи з хронічними захворюваннями в стадії компенсації
5. Особи з хронічними захворюваннями в стадії декомпенсації

Окремо виділяють осіб, які часто і тривало хворіють (понад 30 днів).

Онкопатологія.

У нашій країні зберігається тенденція зростання захворюваності населення на злоякісні новоутворення і смертності від них. Це: рак легенів, шлунка, шийки матки, гемобластози.

Для сучасної діагностики злоякісної пухлини найважливіше значення мають рівень знань фахівців загальної практики – сімейної медицини та доступність сучасних методів дослідження (рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукових, морфологічних).

Ранньому виявленню онкопатології сприяє проведення під час профілактичних оглядів таких обов'язкових процедур:

- Збирання анамнестичних даних;
- Огляд шкірних покривів для виявлення пухлинних уражень шкіри;
- Огляд зовнішніх статевих органів хлопчиків і чоловіків для виключення пухлини яєчка;
- Огляд і пальпація грудних залоз;
- Пальцеве дослідження прямої кишки, передміхурової залози;
- Гінекологічний огляд у жінок із взяттям мазків на цитологічне дослідження;
- Призначення флюорографії, а жінкам віком понад 35 років – мамографії тощо.

За потреби до консультації залучають вузьких спеціалістів, призначають цілеспрямовані методи дослідження для виявлення онкопатології різної локалізації. Медсестра дільниці сімейної медицини повинна навчити пацієнта правильно підготуватись до цих обстежень, навчити пацієнтів правилам самообстеження (напр. самообстеження молочних залоз у жінок).

Чим раніше виявлена онкопатологія, тим більше шансів зберегти життя і здоров'я пацієнта.

Первинна та вторинна профілактика туберкульозу.

У структурі смертності від інфекційних захворювань туберкульоз складає понад 80%. Щогодини в Україні на туберкульоз занедажують четверо, а один хворий помирає.

З 1995 року туберкульоз в Україні має статус епідемії. Серед тих, хто вперше захворів на туберкульоз 50% - хворі на алкоголізм та наркоманію, 20% - колишні в'язні, 10% - мігранти, переселенці, позбавлені нормальних умов життя, 2% - особи без певного місця проживання. Тому у 80% з них діагностують запущений туберкульоз.

Протитуберкульозні заходи – комплекс медико-соціальних, санітарно-гігієнічних, діагностичних, реабілітаційних і організаційних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення хворих, їхнє лікування та профілактику, локалізацію та ліквідацію вогнищ туберкульозної інфекції.

Функції медичних працівників дільниці сімейної медицини:

- Складання і реалізація планів боротьби з туберкульозом;
- Ведення картотеки хворих на туберкульоз та осіб, які потребують туберкуліодіагностики і флюорографічного обстеження;
- Направлення на консультацію до фтизіатра всіх пацієнтів з кашлем упродовж 3 тижнів і більше, іноді самостійне 3-разове взяття мокротиння і мікроскопічне дослідження на наявність мікобактерій туберкульозу за методом Циля-Нільсона;
- Проведення туберкуліодіагностики і ревакцинації дітей вакциною БЦЖ;
- Амбулаторне долікування хворих, проти рецидивне лікування та хіміопротифілактика;
- Організація заходів у вогнищах туберкульозу разом із фтизіатром та епідеміологом;
- Санітарно-просвітня робота;

- Проведення протитуберкульозних заходів разом із сільськогосподарськими підприємствами.

Робота сімейної медсестри в туберкульозному осередку.

На дільниці сімейної медицини дуже важлива роль медсестри в родинях, де є хворі на туберкульоз. Залежно від масивності бактерiovиділення, наявності в родині дітей і підлітків, санітарно-гігієнічних умов, в яких проживає хворий і його родина, виділяють 3 групи осередків туберкульозної інфекції:

1 група – осередки, де проживають хворі з масивним або мізерним бактерiovиділенням, але в родині є діти і підлітки або існують обтяжливі обставини (алкоголізм, погани житлові умови). Медична сестра відвідує такий осередок не рідше 1 разу на місяць.

2 група – осередок, де проживає хворий з мізерним бактерiovиділенням і всі члени родини дорослі або хворий формальний (бактерiovиділення припинилось, але хворий ще перебуває під контролем), але в сім'ї є діти чи підлітки або один з обтяжливих чинників. Відвідування 1 раз на 2 місяці.

3 група – вогнища, де крім формального хворого, проживають лише дорослі та нема обтяжуючих обставин. Сюди відносять родини, в особистому господарстві яких є худоба, хвора на туберкульоз. Відвідування 1 раз на півроку.

Якщо хворий перебуває в осередку, члени його родини здійснюють **поточну дезінфекцію**. Цього їх навчає медична сестра, надалі контролюючи їх проведення. У хворого окремі посуд, рушники, постільна білизна, дві кишенькові плювальниці для збору та знезараження мокротиння. Осіб, що контактували з хворим обстежують: дорослих – 2 рази на рік, дітей – 4 рази.

Специфічна профілактика туберкульозу полягає у проведенні вакцинації, ревакцинації БЦЖ, хіміопротифілактиці.

Первинна вакцинація – всі здорові доношені діти на 3 – 7-й день життя. За наявності протипоказань щеплення роблять через 1 – 6 місяців після одужання на дільниці сімейної медицини. Якщо дитині виповнилось 2 місяці і більше, перед імунізацією роблять пробу Манту. Вакцинують дітей з негативною пробю Манту. Ревакцинацію проводять у 7 і 14 років.

Хіміопротифілактика протитуберкульозними препаратами призначається здоровим людям, якщо є підвищений ризик їхнього зараження.

Методи профілактики.

Активні (флюорографічне обстеження всіх осіб віком понад 15 років не рідше ніж 1 раз на 2 роки).

Пасивні (флюорографічне обстеження осіб, які звернулись на прийом з патологією органів дихання, і дослідження мокротиння на виявлення мікобактерій туберкульозу).