Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»

МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Выпускная квалификационная работа

по специальности 34.02.01 Сестринское дело

Особенности работы медицинской сестры в детской больнице при выхаживании недоношенных

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире случаи преждевременного рождения младенцев становятся все более частым явлением. «Экстремально недоношенные» появляются на свет весом менее 1 кг. Задача сохранения жизни недоношенным младенцам актуальна во всех развитых странах. У большинства недоношенных детей не возникает серьезных нарушений. Чтобы избежать осложнений здоровья, глубоко недоношенным детям требуется особый уход, как в родильном доме, так и в домашних условиях. Ведь необходимо не только сохранить жизнь ребенку, но и обеспечить ему дальнейшее полноценное развитие.

Основным условием успешного выхаживания недоношенных детей является создание отделений трех этапов. Самым результативным является II этап, когда на 7 - 10-й день жизни детей с массой тела до 2000 г переводят из родильного дома в отделение выхаживания новорожденных детского стационара. Транспортировку детей проводят в специально оборудованных машинах, которые оснащены переносными инкубаторами, кислородом. При отсутствии специальных машин для перевозки недоношенных детей применяют обыкновенные машины скорой помощи.

Самыми распространенными и значимыми причинами, приводящими к преждевременным родам, являются экологическая обстановка, изнуряющий темп жизни и безответственное отношение к своему здоровью.

С 2012 года по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения начато выхаживание детей с массой от 500 грамм при рождении и сроке гестации 22 недели.

Актуальность избранной темы определяется тем, что последнее время отмечается рост рождения недоношенных детей как по России так и Новгородской области. По данным годового отчета отделения выхаживания недоношенных детей Детской областной клинической больницы в 2012 году на отделение поступило 307 недоношенных, а в 2014 - 395.

Объект исследования - отделение выхаживания недоношенных детей областной детской клинической больницы.

Предмет исследования - профессиональная деятельность медицинской сестры детской больницы в отделении недоношенных детей.

Цель исследования - выявить особенности работы медицинской сестры при выхаживании недоношенных новорожденных.

Задачи:

изучить медицинскую литературу по теме «Недоношенный ребенок и уход за ним»;

- ознакомиться с работой медицинской сестры в отделении недоношенных новорожденных;

проанализировать деятельность медицинской сестры по информированности мам о правилах кормления, ухода за недоношенным ребенком.

Методы исследования:

наблюдение за работой медицинской сестры на отделении недоношенных;

социалогический;

аналитический.

РАЗДЕЛ 1 ИСТОРИЯ НЕОНАТОЛОГИИ

недоношенный новорожденный медицинский сестра

Неонатология - раздел педиатрии, наука о выхаживании новорожденных. Значение неонатологии: изучение методов диагностики и лечения болезней детей первых четырех недель жизни, создание условий, необходимых для улучшения состояния здоровья во всей последующей жизни человека. Неонатология молодая наука: если педиатрия возникла лишь в первой половине XIX века, то неонатология - XX веке. Первый американский учебник по недоношенности был опубликован в 1922 году.

В 1952 году доктор-реаниматолог Вирджиния Апгар предложила шкалу Апгар <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0\_%D0%90%D0%BF%D0%B3%D0%B0%D1%80> в качестве средства оценки состояния новорождённого (Приложение А). Шкала Апгар была создана для оценки состояния доношенного новорожденного, но эта шкала может быть использована и при недоношенности. По данным многих исследователей, состояние примерно 50 % детей с массой тела до 1500 г оценивают по шкале Апгар в 0-3 балла, в то время как при массе 3000 г такую оценку получают только 5-7 % новорожденных. Большое значение имеет оценка состояния ребенка по шкале Апгар через 5 мин после рождения. Если она остается низкой, то прогноз неблагоприятный. Этой шкалой активно пользуются акушеры-гинекологи.

С момента открытия Государственного научного института охраны материнства и младенчества в впервые были созданы отделения для выхаживания, ухода и лечения недоношенных. Г.Н. Сперанский был первым педиатром в стране, основавшим принципы перинатальной охраны ребенка, создал первый отечественный учебник по болезням детей раннего возраста и был главным редактором журнала по Педиатрии. Он осуществил первые детские консультации и роддома для резус - сенсибилизированных женщин. В ноябре 1987 года в номенклатуру врачебных специальностей и должностей нашей страны внесена специальность врач педиатр - неонатолог. В некоторых поликлиниках есть участковые врачи - неонатологи, наблюдающие младенцев до 6 месяцев, а затем передающие их педиатру. В 1993 г. профессор В.В. Гаврюшов создал Ассоциацию специалистов перинатальной медицины, президентом которой в настоящее время является академик РАМН, профессор Николай Николаевич Володин. Было проведено 4 съезда перинатологов, на которых приняты и изданы документы по первичной помощи новорожденным в родильном зале, перинатальным поражениям мозга, внутриутробным инфекциям. На данный момент в стране более 70 перинатальных центров и около трехсот центров планирования семьи.

РАЗДЕЛ 2 НЕДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ

2.1 Характеристика недоношенного ребенка

Недоношенный ребёнок - это ребенок, родившийся на сроке с 22 до 37 полных недель гестации, с массой тела 500-2500 грамм, длиной тела 25-45 сантиметров и определёнными анатомо - физиологическими признаками незрелости.

Каждый недоношенный ребенок сугубо индивидуален. Многие факторы влияют на возможности и зрелость организма. Причина преждевременных родов, патология матери, состояние ребенка при рождении, его рост, вес и степень незрелости - основные меры определяющие особенности недоношенного ребенка.

Особое значение для недоношенных детей имеют первые дни жизни. В эти сроки часто решается вопрос об их жизнеспособности. Чтобы они выжили, применяется разнообразная комплексная терапия и создаются специальные условия внешней среды.

Процесс приспособления к внеутробной жизни у недоношенных детей протекает более тяжело и значительно дольше. В соответствии с этим у них удлиняется период новорожденности. У глубоко недоношенных детей он составляет около полутора - двух месяцев.

Внешние признаки недоношенности

рост менее 45 сантиметров;

непропорциональность телосложения малыша (большая голова, короткие ручки и ножки);

слабый мышечный тонус «поза лягушки»;

склонность к гипотермии;

низкое расположение пупка (чем раньше родился, тем больше пупок смещен к лобку);

обильные пушковые волосы по всему телу «лануго»;

открытый малый родничок, расположенный на затылке, отмечается незарощение, а часто и расхождение черепных швов, кости черепа подвижны, могут находить друг на друга;

отсутствие физиологического набухания грудных желез;

ушные раковины мягкие, прилегают к головке;

кожа при рождении покрыта первородной смазкой серовато-белого цвета;

быстрое снижение и слабость физиологических рефлексов новорожденных;

физиологическая эритема и желтуха до 14 дней.

У глубоко недоношенных детей

подошвенные борозды есть только на части стопы;

возможны изменения наружных половых органов;

ногти могут не доходить до края локтевого ложа.

По совокупности морфологических критериев при внешнем осмотре ребенка и гестационному возрасту можно сделать заключение о степени недоношенности. Разработаны оценочные таблицы этих признаков в баллах. Определение гестационного возраста на основании оценки наружных признаков по Дубовичу, включает в себя 11 соматических показателей состояния новорожденного (Приложение Б). Каждый из признаков оценивается в баллах от 0 до 4. Полученная сумма баллов соответствует определенному сроку беременности.

Существует несколько степеней недоношенности новорожденных. Легкая, как правило, не представляет опасности для здоровья малыша, тяжелая - требует серьезного медицинского ухода.

Степени недоношенности:

I степень 37-35 неделя гестации вес примерно 2001-2500 г

II степень 34-32 неделя гестации вес примерно 1501-2000 г

III степень 31-29 неделя гестации вес примерно 1001-1500 г

IV степень менее 28 недель гестации вес менее 1000 г.

2.2 Функциональные особенности

Температура тела недоношенного ребенка в первые дни жизни неустойчива и зависит от температуры окружающей среды. Вследствие незрелости терморегуляционных механизмов и отсутствие адекватного повышения температуры тела, недоношенные дети легко переохлаждаются. Недоразвитие потовых желез, способствует перегреванию.

Система органов дыхания у недоношенного ребенка характеризуется незрелостью и с момента рождения продолжает своё развитие. Верхние дыхательные пути узкие, диафрагма расположена относительно высоко, грудная клетка податлива, ребра расположены перпендикулярно к грудине, у глубоко недоношенных детей грудина западает. Большая потребность организма в кислороде достигается не увеличением глубины дыхания, а его учащением. Дыхание поверхностное, ослабленное, частота 40-54 в минуту, объем дыхания по сравнению с доношенными детьми снижен. Ритм дыхания нерегулярный, с периодическими апноэ.

Для оценки функции дыхания в момент рождения и в последующие дни у новорожденных применяют шкалу Сильвермана (Приложение В). Она характеризуется:

) движением грудной клетки и втяжением передней брюшной стенки на вдохе;

) втяжением межреберий;

) втяжением грудины;

) положением нижней челюсти и участием крыльев носа в акте дыхания;

) характером дыхания (шумное, со стоном).

Каждый из этих симптомов оценивают от 0 до 2 баллов по мере нарастания его тяжести. Сумма баллов дает представление о функции дыхания у новорожденного: чем меньше эта сумма, тем менее выражены проявления легочной недостаточности. При выхаживании недоношенных детей необходимо поддерживать нормальное дыхание и функционирование легких.

Сердечно - сосудистая система по сравнению с другими системами является по части зрелой, так как закладывается на ранних стадиях онтогенеза, но пульс у недоношенных детей очень лабилен, слабого наполнения, частота 120-160 в минуту. Аускультативно тоны сердца относительно приглушены, возможно, наличие шумов. Артериальное давление более низкое, систолическое 50-80 мм ртутного столба, диастолическое 20-30 мм ртутного столба.

Желудочно-кишечный тракт недоношенных детей характеризуется незрелостью всех отделов, малым объемом. При горизонтальном положении ребенка место выхода из желудка расположено выше, чем дно желудка. В связи с относительным недоразвитием мышц кардиальной части недоношенные дети предрасположены к срыгиваниям. У них частое развитие метеоризма и дисбактериоза.

Особенности функционирования эндокринной системы определяются степенью его зрелости и наличием эндокринных нарушений у матери. У детей относительно снижены запасные возможности щитовидной железы, в связи, с чем у них возможно развитие транзиторного гипотериоза.

Половые железы у недоношенных детей менее активны, чем у доношенных.

У девочек зияет половая щель (недоразвитие больших половых губ). У мальчиков отмечается недоопущение яичек, мошонка пустая, очень маленькая, с гладкой натянутой кожей.

Крипторхизм - это состояние, при котором одно или оба яичка не находятся на своем месте в мошонке. При внутриутробном развитии яички располагаются в брюшной полости плода. В норме незадолго до родов яички опускаются в мошонку и у доношенного ребенка при рождении или в первые дни после рождения яички должны определяться в мошонке.

2.3 Причины недонашивания

Причины недонашивания можно разделить на три большие группы:

Социально-экономические и демографические.

Отсутствие или недостаточность медицинской помощи, плохое питание беременной женщины, профессиональные вредности (работа на конвейере, наличие физических нагрузок, положение стоя большую часть рабочего дня), вредные привычки, нежелательная беременность.

Социально-биологические.

Преждевременные роды чаще встречаются у первородящих женщин в возрасте до 18 и старше 30 лет, возраст отца старше 50 лет.

Клинические.

Наличие у беременной хронических соматических, гинекологических, эндокринологических заболеваний.

Патология беременности: поздний гестоз, острые инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности.

Современные репродуктивные технологии: в частности, экстрокорпоральное оплодотворение, искусственное пролонгирование патологической беременности и другие достижения, обусловили увеличение частоты преждевременных родов и числа выхаживания глубоко недоношенных детей.

Группы беременных женщин с повышенным риском рождения детей с отклонениями в состоянии здоровья:

) беременные в возрасте до 20 лет и первородящие старше 30 лет;

) с массой тела менее 45 кг и более 91 кг;

) имевшие свыше 5 беременностей;

) с угрозами преждевременных родов или с переношенной беременностью, или с токсикозами;

) с многоплодием;

) с отягощенным акушерским анамнезом (аборт, выкидыши, мертворождение, узкий таз, пороки развития матки, рубец матки);

) с экстрагенитальной патологией;

) с социальными факторами риска (одинокие, многодетные, с плохими жилищными условиями);

) работа которых связана с профессиональными вредностями;

) с вредными привычками;

) перенесшие в ходе беременности острые инфекции;

) с резус-отрицательной кровью, особенно при 2-й и последующей беременности;

) с наследственными заболеваниями у родителей и родственников.

РАЗДЕЛ 3 ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

В обязанности медицинской сестры отделения выхаживания недоношенных детей входят следующие знания и умения:

знание основных особенностей недоношенного ребенка и признаки возникновения осложнений;

знание санитарно - эпидемического режима отделения;

умение владеть аппаратурой, применяемой на отделении;

умение создавать необходимые условия для недоношенных новорожденных.

В Новгородской областной детской клинической больнице созданы все условия для выхаживания недоношенных новорожденных детей. При рождении глубоко недоношенного ребенка его сразу переводят из роддома в реанимацию детской больницы, а затем в специализированное отделение по выхаживанию недоношенных новорожденных, где им оказывается квалифицированная медицинская помощь.

Инфекционная безопасность в отделении является обязательным условием выхаживания малышей.

Большой значение на отделении имеет внешний вид медицинской сестры. Одежда ее должна быть опрятной, руки чисто вымыты, ногти острижены. Мытье рук является одной из самых важных мер контроля, прежде чем принять смену, переодеваются в рабочую одежду: брючный костюм или лёгкое платье и медицинский халат, переобуваются в туфли, легко поддающиеся санитарной обработке и не производящие шума при ходьбе.

Мамочки, которым разрешили навещать своих малышей, кормить их, должны строго соблюдать санитарные нормы:

надевать чистый халат, который, скорее всего, будет выдаваться в палате, где содержится малыш;

пользоваться шапочкой для волос и маской;

перед кормлением или сцеживанием мыть грудь с мылом; когда малыш окрепнет, от этой процедуры можно будет отказаться, но пока она необходима;

тщательно мыть руки.

Совместное пребывание родителей и младенцев в неонатальных стационарах требуют определенной культуры общения. Медицинская сестра обязана всегда быть выдержанной, приветливой, уметь сохранять спокойствие и такт в каждой ситуации.

Сестринский уход включает в себя создание комфортной среды выхаживания (микроклимат, правильное положение тела ребенка, защита целостности кожных покровов, оценка уровней света, шума и их ограничение, правильное обращение с ребенком, приоритет вскармливания нативным материнским молоком).

Первый период выхаживания недоношенных - это период постнатальной адаптации к окружающей среде у недоношенных детей. Организация оптимальных условий выхаживания и индивидуальный подход к каждому ребенку имеет чрезвычайно важное значение.

Создание микроклимата.

Недоношенных детей с низкой массой тела помещают в кувез.

Кувез - это инкубатор, который даёт возможность выхаживать детей с экстремально низкой массой тела ниже 1,5 кг. Он автоматизирован и поддерживает нужную для ребенка температуру и влажность. Имеет необходимые доступы для проведения любой реанимации, в том числе и сердечно-легочной. Используется для длительной искусственной вентиляции легких.

У детей с очень низкой массой тела необходимо заботиться о предотвращении незаметных потерь воды, связанных с большим испарением с поверхности тела. С этой целью в кувезах поддерживают влажность воздуха около 60 %.

В силу незрелости и неспособности изменять свое положение в кроватке (инкубаторе, на столике), недоношенные дети, как правило, полностью зависят от действий медицинского персонала.

Чтобы избежать застойных явлений или деформаций головы, медицинская сестра переворачивает малыша каждые 2-3 часа.

Ведет наблюдение за ответными реакциями ребенка на звуковые раздражители. При негативной реакции необходимо убрать раздражающий источник шума. По возможности избегать мониторов и аппаратуры, поставленных сверху на инкубатор.

Для профилактики инфицирования кувез необходимо менять каждые 2-3 дня.

В обязанности медицинской сестры входит регулярное проведение дезинфекции кувеза:

Перед дезинфекцией кувез необходимо выключить. Опорожнить водяной бачок увлажнителя. Поменять марлевые фильтры отверстия кабины, через которые в кувез всасывается воздух. Приготовить один из указанных дезинфицирующих растворов. На 1 обработку кувеза расходуется 50-70 мл дезинфицирующего раствора.

Обработку кувеза дезинфицирующим раствором проводят методом протирания. Для протирания кувеза после дезинфекции следует использовать стерильную воду в количестве 100-150 мл. Протирание проводят стерильной ветошью или пеленкой.

Дезинфекция 3 процентным раствором перекиси водорода с 0,5 % раствором моющего средства: ветошь смачивают в приготовленном растворе, слегка отжимают и дважды протирают внутренние поверхности кабины кувеза, полку и матрасик, а затем ручки кувеза. После этого крышку кувеза закрывают. Через 1 час камеру открывают и дважды протирают стерильной ветошью, после чего все поверхности камеры вытирают насухо. Включают бактерицидную лампу, проветривание и облучение продолжается 60 минут. После этого срока крышку кувеза закрывают, включают аппарат и выдерживают 5 часов. Затем в камеру можно помещать ребенка, предварительно залив увлажняющую систему кувеза дважды дистиллированной водой (3-3,5 литра - до метки шкалы 2)

Световой режим подразумевает выключение света в палатах новорожденных в ночное время. Для проведения манипуляций и наблюдения за детьми используются индивидуальные источники света. В этом случае при необходимости медицинской сестре работать с одним ребенком все остальные дети не подвергаются яркому свету. В дневное время для предупреждения попадания прямых солнечных лучей на ребенка в палатах для новорожденных используются светозащитные жалюзи на окнах. Для глубоко недоношенных детей используются индивидуальные накидки из плотной ткани на кувез. Также этот импровизированный чехол помогает снизить уровень шума внутри инкубатора.

Специальные световые лучи. У многих новорожденных малышей развивается желтуха. Их кожа желтеет, потому что вещество, называемое билирубин вырабатывается быстрее, чем организм малыша может его выводить.

При помощи фототерапии билирубин принимает форму, которая намного быстрее выводится из организма. Во время этой процедуры ребенок располагается под лампой фототерапии. Для защиты глаз новорожденного медицинская сестра надевает специальные очки.

Положение ребенка.

Недоношенный младенец чувствует себя более комфортно, когда его руки и ноги находятся в согнутом и прижатом к телу положении. Создание специальных «гнездышек» помогает придать конечностям физиологическое положение. «Гнездо» выполняется из сложенных в валик пеленок. Правильное положение недоношенного ребенка позволяет предотвратить нарушения развития конечностей, деформаций черепа и тяжелых двигательных нарушений в будущем. Ребенок может «ощущать» свои ручки и ножки, прилагать меньше усилий для движений, снижаются затраты энергии. Двигая руками и ногами, ребенок сможет «чувствовать» себя всего. При невозможности организовать «гнездышко» можно порекомендовать положение "на животе". Оно более приближенно к физиологическому, конечности поддерживаются в согнутом состоянии.

Особенности дыхания. В отдельных случаях у недоношенных детей не успевают окончательно созреть легкие. Им требуется дополнительная помощь при дыхании: искусственная вентиляция легких или дополнительная подача кислорода в первые дни жизни. Кроме того, ребёнку вводятся препараты сурфактанта, помогая легким «дозреть» и адаптироваться к самостоятельной работе. Такие дети дышат неглубоко и неравномерно, у них бывают периоды слишком медленного дыхания. Если они возникают слишком часто, можно говорить о развитии остановки дыхания, или апноэ.

Аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ) помогает легким ребенка выполнять свою работу. Врач аккуратно устанавливает интубационную трубку в трахею малыша. Дыхательная смесь, состоящая из воздуха и кислорода, через трубку аппарата ИВЛ поступает и выходит из легких ребенка.

Аппарат для обеспечения положительного непрерывного давления в дыхательных путях - это еще один тип оборудования, который может помочь ребенку дышать. Этот аппарат обеспечивает непрерывное поступление воздуха в легкие и помогает держать дыхательные пути открытыми. Воздух поступает через маску или трубку, устанавливаемую в нос ребенка. Эту трубку называют носовой канюлей. Если ребенку нужен дополнительный кислород, существуют инкубаторы с прозрачным куполом для кислородной терапии. Малыш также может получать дополнительный кислород через маску или носовую канюлю.

При подключении новорожденного ребенка к одному из выше сказанных аппаратов, при подаче кислорода наблюдается спазм бронхов и усиленное выделению слизи. Задача медицинской сестры контролировать регулярность дыхания и оказать неотложную помощь при асфиксии. Для профилактики повторной асфиксии медицинская сестра осуществляет очищение дыхательных путей. Особенно важно не нарушить механизм вдоха, поэтому все манипуляции по отсасыванию слизи из верхних дыхательных путей нужно проводить чрезвычайно осторожно.

Температурная неустойчивость. У недоношенных детей отсутствует необходимая жировая прослойка, и в связи с этим, в течение нескольких недель они могут испытывать проблемы с подержанием температуры тела. Малыша очень легко переохладить или, наоборот, перегреть. В этом случае их оставляют в кувезе - специальном боксе для новорожденных - для поддержания оптимальной температуры и наблюдения за сердечной деятельностью и дыханием. При этом медицинская сестра будет измерять температуру тела у ребенка по 4 - 5 раз в час. Все манипуляции с пациентами в инкубаторе проводятся через коммуникационные окна.

В отделении для безопасного, быстрого и правильного измерения температуры тела ребёнка используются электронные термометры.

Незрелость иммунной системы. Инфекции поражают недоношенных детей чаще, чем малышей, родившихся в срок. Ежедневно проводится обработка пупочной ранки, меры для оптимального сохранения целостности кожи. При креплении температурных датчиков, желудочного зонда и других приспособлений на кожу применяется гипоаллергенный воздухопроницаемый пластырь

Отделение обеспечено дезинфицирующими средствами нового поколения, не содержащими вредные вещества для организма новорожденных, повышающими качество обработки медицинского оборудования и помещений. Категорически запрещается применение спиртсодержащих антисептиков, для местной антисептической обработки кожи препаратом выбора является 0,01-0,05 % водный раствор хлоргексидина. Все манипуляции по уходу выполняются после гигиенической обработки рук, при наличии маски и специализированного костюма.

Гипогликемия. Часто у недоношенных обнаруживается низкий уровень сахара в крови. В качестве лечения выступает дополнительное «докармливание» глюкозой внутривенно или через ротик, при этом регулярно берут кровь на анализы. Лучшей профилактикой гипогликемии является как можно раннее и частое кормление малыша грудью.

В вену ребенка могут установить тонкую хирургическую иглу, присоединенная к трубке для введения жидкости, лекарственных веществ, питания, необходимых малышу. Трубка может также устанавливаться в область артерии для наблюдения за кровяным давлением, уровнями кислорода и углекислого газа в крови.

Для длительного введения лекарственного раствора в организм новорожденного ребёнка с заданной врачом скоростью используется перфузор.

Мониторы. Существуют различные виды мониторов, которые помогают команде отделения для новорожденных заботиться о новорожденном ребенке.

Мониторы для контроля основных жизненных функций применяются для наблюдения за сердцебиением малыша, частотой дыхания, кровяным давлением и температурой тела. Медсестры помещают на грудь ребенка аппликаторы с проводами, по которым выводится информация о самочувствии ребенка на монитор. Достаточно часто монитор издает различные звуковые сигналы.

Мониторы, ведущие наблюдение за насыщенностью крови ребенка кислородом. Аппликаторы устанавливаются на руки и ноги ребенка.

РАЗДЕЛ 4 ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ОТДЕЛЕНИИ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

4.1 Формы работы медицинской сестры отделения выхаживания недоношенных детей

. Медико-психологическая работа

В роддоме роженицы и медицинский персонал находятся в сложной нервозной ситуации.

Преждевременные роды - это большая психологическая травма для матери. Часто родители переживают эмоциональный кризис и разочарование, связанные с рождение недоношенного ребенка. Внешние отличия рожденного от того, которого ожидали, неспособность выносить и родить здорового ребенка нередко приводят к развитию депрессии у матери. Родители испытывают большую, иногда неуправляемую тревогу, чувства уныния, безнадежности, а нередко и ощущение вины. Беспокойство матери, что и в дальнейшем их недоношенный ребенок будет существенно отличаться от рожденных в срок детей, может смениться раздражением, направленным против ребенка. Этот короткий период жизни может в значительной мере повлиять на отношение матери к ребенку. Недоношенные дети составляют значительную часть детей, испытывающих равнодушное обращение со стороны родителей. Это может быть связано с длительным разделением матери и ребенка, которое ранее было характерным для отделения недоношенных.

Эмоциональное напряжение предродового периода, родов и первых дней жизни ребенка обязывает медперсонал бережно относиться к женщине. Медицинская сестра направляет свои усилия на развитие чувства любви к ребенку со стороны матери и других членов семьи.

В настоящее время является правилом обеспечение непрерывного общения матери и ребенка с момента рождения.

Современная психология рассматривает диаду «мать-ребенок» как единую биосоциальную систему. Вследствие этого в больнице были созданы палаты совместного пребывания матери и ребенка.

Для обеспечения необходимого гармоничного контакта матери и недоношенного новорожденного используется метод кенгуру. Он помогает пережить стресс маме, почувствовать себя нужной, преодолеть чувство беспомощности и неопределенности, понять, что она помогает своему ребёнку, что она необходима.

Метод Кенгуру (kangaroo mother care - KMC) - это способ выхаживания недоношенных детей, который предполагает максимальный физический контакт «кожа к коже» малыша и матери (См. Приложение Г, рис. 2).

Он был опробован в 80-х годах в Колумбии. Инкубаторов на всех не хватало, и врачи решили перевести малышей, чье состояние было относительно стабильным, в буквальном смысле на маму.

Своим названием метод обязан кенгуру. Это естественный способ сохранить тепло, а значит и жизнь недоношенным детям.

Метод заключается в том, что детей ежедневно, от одного до нескольких часов в день, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы и закрепляют в таком положении с помощью одежды или перевязи. Чем более широкая часть кожи соприкасается, тем лучше. Чтобы температура тела сохранялась более равномерно, сверху малыша накрывают теплой мягкой пеленкой и иногда одевают шапочку.

Для малыша такой тесный контакт с мамой - это самое нормальное и естественное состояние, предназначенное для новорожденного природой. Малыш становится более спокойным, он слышит такой родной и знакомый стук маминого сердца, ощущает её теплое дыхание. Его использование ускоряет адаптацию малышей к окружающему миру, они лучше развиваются и набирают вес.

Контакт "кожа к коже" высвобождает окситоцин и делает мать более расслабленной, что облегчает выработку грудного молока. В свою очередь сосание груди младенцем способствует более активному сокращению матки.

Было зарегистрировано, что, если температура тела ребёнка повышалась, температура тела матери падала на такое же значение, тем самым сохраняя баланс.

Недоношенные дети, реабилитация которых проводится таким способом, развиваются и набирают массу тела быстрее тех, кто содержится в кувезе.

Метод "кенгуру" очень помогает в установлении отношений между ребенком и родной семьей, воспитывает чувство родства и привязанности к ребенку, повышает самооценку и уверенность родителей, в том, что они в силах помочь малышу. Родители становятся более осведомленными в вопросах выхаживания и лечения недоношенных детей. Время, когда малыш находится на груди у мамы или папы - время спокойствия и тишины. Оно дает удивительный эффект релаксации и восстановления психологического равновесия после сильнейшей травмы, которую причиняют преждевременные роды.

Медицинская сестра должна быть практическим психологом - уметь создавать и поддерживать оптимальный психологический климат. Она обязана знать психологическое состояние матери, ее адаптацию к новорожденному и условиям отделения, реакцию семьи на рождение ребенка.

Особую заботу и внимание требуют другие контингенты матерей: "пожилые", подростки и женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка. "Пожилые" матери всего боятся (тип "встревоженной наседки"); школьницы-матери больше озабочены собственной судьбой; женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка, нередко держатся воинственно - настороженно, как бы заранее отрицая возможность переубедить их. Психологическая атмосфера вокруг матерей должна быть предметом постоянного ненавязчивого внимания персонала отделения. Задача медицинской сестры предоставить матери возможность побыть дольше с ребенком и формировать у нее только позитивное отношение к нему.

Наиболее частые ошибки персонала в отношении родителей - это спешка, важный разговор "в дверях", бесчувственный, стереотипный подход к матери и ребенку, отсутствия внимания к ее просьбам. Медицинская сестра обязана контролировать свои высказывания матери. В беседах нельзя выражать горькое удивление, страх, сострадание, бурную радость, внушать ложный оптимизм.

. Обучение матерей правилам ухода за недоношенным новорожденным.

Общение с матерями является неотъемлемой частью работы медицинской сестры. Необходимо четко, доступно и доброжелательно разъяснить основные обязанности матери по уходу за ребенком и соблюдению режима отделения. Медицинской сестре следует отвечать на все вопросы матери объеме своих компетенций. Главное психологическая цель этих бесед - снижение стрессового напряжения у матери и формирования отношения доверия к персоналу отделения. Рекомендации в проводимых беседах должны быть реальны и легко выполнимы.

Медицинская сестра проводит обучение матери по уходу за новорожденным, учитывает сроки усвоения матерями комплекса навыков по уходу за ребенком в зависимости от ее возраста и наличие старших детей (см. Рисунок 1). Первородящие интересуются занятиями, но приобретение первого опыта дается им труднее. В работе с ними необходимо исходить из того, что они только формируют опыт общения с ребенком.



Рисунок 1 - Соотношение возраста матерей и количества детей в семье

Медицинская сестра обучает установлению взаимоотношения между мамой и ребенком. Показывает на практике, что общение лучше устанавливается с помощью тактильной чувствительности, зрительного и слухового контакта. Когда ребенок бодрствует, к нему следует периодически наклонятся, спокойно медленно с ним разговаривать, нежно прикасаясь рукой к его лицу и телу. Первые контакты важны для ребенка. Касаясь младенца, мать выражает свою любовь, предает ребенку энергию для сохранения жизни. Важно, чтобы к таким контактам мать подходила без негативных эмоций, усталости, тревоги.

Задачей медицинской сестры является научить маму установление активных отношений с ребенком, научиться смотреть на недоношенность ребенка как на временное состояние.

Недоношенный ребенок нуждается в тщательном уходе, любви нежности и тепле.

Медицинская сестра проводит обучение мамочек как правильно держать ребенка после кормления, проведение гигиенических процедур: туалет глаз, носа, ушных раковин, подмыванию ребенка, уходу за кожей. Дает рекомендации по подбору гигиенических средств ухода (крема, присыпки), необходимой одежды для ребенка. Осуществляет обучение мам простейшим медицинским манипуляциям: измерение температуры тела, профилактике опрелостей, общему массажу тела, закапывание капель в глаза и нос; пеленанию; профилактике простудных заболеваний.

. Беседы по вскармливанию недоношенного ребенка.

Главным фактором выздоровления ребенка является его питание, поэтому большое внимание медицинская сестра уделяет работе с мамами по вскармливанию детей. При регулярных беседах с мамами разъясняется преимущество грудного вскармливания; правила кормления грудью, сцеживания. Большое внимание уделяется в беседах организации правильной диеты кормящих матерей, вопросам профилактики гипогалактии. Грудное вскармливание приводит к улучшению состояния здоровья недоношенного ребенка, снижает риск возникновения различных заболеваний.

Во время пребывания в больнице мама не должна забывать сцеживать молоко, которое можно использовать для кормления таких детей.

При невозможности кормления грудью проводятся беседы о переводе ребенка на искусственное вскармливание. Мать знакомят с особенностями такого вскармливания, даются рекомендации по подбору молочных смесей, бутылочек с сосками.

При грудном вскармливании не ограничивается кратность кормления, кормление происходит по требованию ребенка, а при искусственном вскармливании детей выполняется строго через три часа.

Полноценное кормление грудью доступно не всегда поэтому применяются лечебные смеси для энтерального питания. Для того чтобы решить в какие сроки начинать энтеральное питание недоношенного ребенка, принимаются во внимание следующие основные показатели:

гестационный возраст;

общий соматический и неврологический статус;

гемодинамические показатели;

отсутствие расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта (вздутие живота, желудочное кровотечение, заброс желчи в желудочное содержимое и др.).

После выписки из стационара уход за новорожденным ребенком будет осуществлять мама. Разработан информационный материал мамам о дальнейшем уходе за новорожденным в домашних условиях.

4.2 Анализ результатов удовлетворенности деятельностью медицинских сестер отделения выхаживания недоношенных детей

Метод сбора информации - анкетирование.

Результаты исследования были статистически обработаны.



Рисунок 2 - Обучают ли вас медицинские сестры уходу за ребенком



Рисунок 3 - Проводилась ли с вами беседа о правилах кормления ребенка?



Рисунок 4 - Удовлетворяет ли вас качество работы медицинского персонала отделения?



Рисунок 5 - Проводились ли медицинскими сестрами психологические беседы

Вывод: Результаты анкетирования показывают, что медицинские сестры отделения уделяют значительное внимание работе с мамами новорожденных детей.

Заключение

Преждевременные роды до настоящего времени остаются одной из ведущих причин высокой заболеваемости и смертности среди новорожденных детей. В условиях низкой рождаемости это проблема приобретает особую актуальность. Современные технологии позволяют выхаживать маловесных детей. Адекватный лечебно-охранительный режим является доминирующим аспектом при выхаживании недоношенных пациентов.

В его организации большое значение имеет деятельность всего персонала отделения по выхаживанию недоношенных новорожденных, а особенно медицинских сестер. Постоянное наблюдение персоналом отделения за изменениями в состоянии недоношенных детей, сохранение полноценного грудного вскармливания, обучение и привлечение мам к организации квалифицированного ухода способствуют:

снижению сроков выхаживания недоношенного;

снижению показателя летальности как по Российской Федерации, так и Новгородской области.

На основании годового отчета отделения выхаживания недоношенных детской областной клинической больнице в 2012 году средняя продолжительность пребывания недоношенных в стационаре составляла 28 дней, а в 2014 году снизилась до 21,1. Смертность недоношенных в 2012 году составляла 12 детей, а в 2014 только 6.

В последние годы обязательной является сертификация медицинских сестер. Сертификат специалиста свидетельствует о достаточных знаниях и умениях для практической деятельности. Каждые 5 лет медицинские сестры проходят последипломное повышение квалификации.

Выхаживание недоношенных новорожденных помимо высокой квалификации медицинского персонала. Требует очень больших материальных ресурсов, применения самых современных методов и технологий.

В связи с разработанной Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года в больницах наблюдается увеличение выделенных денежных средств для приобретения современной медицинской аппаратуры для выхаживания недоношенных детей.

Решение проблемы рождения недоношенных детей требует комплексного подхода со стороны медицинского персонала женских консультаций, родильных домов и работников отделений выхаживания недоношенных детей, дальнейшего внедрения современных технологий и повышения качества оказания медицинской помощи.

Список литературы

1 Александрович Ю.С., Пшениснов К.В. Интенсивная терапия новорожденных. СПб. 2013 г. 672 с.

Баранова А.А. Педиатрия. Национальное руководство. ГЭОТАР - Медиа. 2013 г. 768 с.

Володин Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. 2008 г.

Добряков И.В. Перинатальная психология. / И.В. Добряков // - СПб. 2011 г. 272 с.

Иванов Д.О. Нарушение теплового баланса у новорожденных детей. СПб. 2012 г. 168 с.

Карниз Т.А. Психологическая помощь матерям недоношенных детей в медицинском учреждении на втором этапе выхаживания// Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. / Под ред. А.И. Аппенянского, Ю.П. Бойко, В.Н. Краснова, В.И. Курпатова, Ю.С. Шевченко. 2013 г. №11. С. 55 - 61.

Козлова Е.М., Халецкая О.В., Нестеров С.Л. Неотложная помощь в неонатологии. М. 2008 г. 72с.

Малышева Р.А. Выхаживание недоношенных детей в специализированном родильном доме.//Вопросы охраны материнства и детства. №7. 2005 г. 72 - 77 с.

Малышева Р.А., Чтецова В.М. Гигиеническим режим палат и инкубаторов для недоношенных детей//Вопросы охраны материнства и детства. №10. 2005 г. с. 83.

Намазова - Баранова Л.С. Принципы этапного выхаживания недоношенных детей. Союз педиатров России. 2013 г. 176 с.

Прокопцева Н.Л. Патологии недоношенных детей. Феникс, 2007 г.

Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. Особенности психомоторного развития недоношенных детей, рожденных с массой тела менее 1000 г. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002 г. №4. С. 20 - 24.

Современный взгляд на условия выхаживания новорожденных. // Под редакцией Е.Н. Байбариной //. М: ООО «Эники» - 2010 г. 56 с.

Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии. СПб. 2005 г. 256 с.

Фомина Н.В., Цыбулькин Э.К., Федорова Л.А., Пулин А.М., Рубин Г.В. Технология улучшения качества жизни глубоконедоношенных детей: перспективы развития.// Детская больница. 2002 г. №3. С. 14 - 17.

Хазанов А.И. Выхаживание Недоношенных детей. Медицина. 2010 г. 240

Шабалов Н.П. Неонатология в 2 т. СПб. Спец. Литература. 2009 г.

Щукина Е.Г., Соловьева С.Л. Самоорганизация системы «мать-дитя» под влиянием стресса. // Мир психологии. 2008 г. №4. С. 112-120.

Яцык Г.В. Особенности пищеварительной системы у недоношенных детей. М., 2008. 32 с.

Приложение А

Шкала Апгар

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | 0 баллов | 1 балл | 2 балла |
| Сердцебиение | Отсутствует | < 100 в 1 минуту | >100 в 1 минуту |
| Дыхание | Отсутствует | Нерегулярное, брадипноэ | Нормальное |
| Мышечный тонус | Отсутствует | Легкое сгибание ног, рук | Движения активны |
| Рефлекторная возбудимость | Отсутствует | Гримаса | Чихает, кашляет |
| Цвет кожи | Бледный, цианоз | Туловище розовое, цианоз рук и ног | Розовый |

Приложение Б

Определение гестационного возраста на основании оценки наружных признаков в баллах по Дубовичу.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Признаки | баллы | | | | |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Отек | Выраженный отек кистей и стоп (при надавливании образуются ямочки) | Нет выраженного отека кистей и стоп | Отеков нет | - | - |
| Внешний вид кожи | Очень тонкая, желатинозная | Тонкая и гладкая | Гладкая, средней толщины; имеются сыпь или шелушение | На кистях и стопах шелушение, трещины | Толстая, пергаментообразная; имеются поверхностные трещины |
| Цвет кожи | Темно-красный | Равномерно розовый по всему телу | Бледно-розовый, неравномерно распределенный по телу | Бледный за исключением ушей, губ, ладоней, имеющих розовый цвет | - |
| Прозрачность кожи | Четко видны многочисленные вены, особенно под кожей живота | Заметны вены и мелкие сосуды | Под кожей живота отчетливо видны несколько крупных сосудов | Под кожей живота нечетко видны крупные сосуды | Цвет сосудов не видно |
| Пушок на спине | Пушок отсутствует | Обильный пушок, длинные и толстые волосы по всей спине | Тонкие волосы, особенно в нижней части спины | Незначительное количество пушка, имеются области без волос | По меньшей мере на половине спины нет пушка |
| Кожные складки на подошве | Складок нет | Нечеткие красные полосы на передней части подошвы | Четкие красные полосы на 1/2 передней части подошвы | Вдавления более чем на 1/3 передней части подошвы | Четкие, глубокие складки более чем на 1/3 передней части подошвы |
| Формирование соска | Сосок едва виден, околососковый кружок отсутствует | Сосок хорошо выражен, околососковый кружок гладкий и плоский, диаметр менее 7,5 мм | Околососковый кружок точечный, края не возвышаются, диаметр менее 7,5 мм | Околососковый кружок точечный, края приподняты, диаметр более 7,5 мм | - |
| Размеры молочных желез | Ткань молочных желез не пальпируется | Ткань молочных желез выражена, диаметр менее 5 мм | Ткань молочных желез выражена, диаметр 5-10 мм | Ткань молочных желез выражена, диаметр более 10 мм | - |
| Форма ушной раковины | Ушная раковина плоская и бесформенная, ее край не загнут или слегка загнут вовнутрь | Часть края ушной раковины загнута вовнутрь | Вся верхняя часть ушной раковины загнута вовнутрь | Явно выраженное загибание внутрь всей верхней части ушной раковины | - |
| Твердость ушной раковины | Ушная раковина мягкая, легко перегибается, при отпускании не возвращается в прежнее положение | Ушная раковина мягкая, легко перегибается и медленно возвращается в прежнее положение | По краям ушной раковины имеется хрящ, но местами она мягкая, после перегибания легко возвращается в прежнее положение | Ушная раковина твердая, по краям ее имеется хрящ; после перегибания сразу же возвращается в прежнее положение | - |
| Мужские половые органы | В мошонке нет яичек | Одно яичко находится в верхней части мошонки | Одно яичко опустилось в мошонку | - | - |
| Женские половые органы | Большие половые губы широко раскрыты, малые выступают наружу | Большие половые губы почти покрывают малые | Большие половые губы полностью покрывают малые | - | - |

Приложение В

Оценка функции дыхания по шкале Сильвермана у недоношенных новорожденных.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Оценка функции, балл | | | | | | | |
|  | При рождении | В последующие сутки | | | | | | |
|  |  | 1-е | 2-е | 3-й | 4-е | 5-е | 6-е | 7-е |
| Движение грудной клетки Втяжение межреберий Втяжение грудины Участие крыльев носа, положение нижней челюсти Характер дыхания |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сумма баллов |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение Г

Беседа для мам по успешному грудному вскармливанию новорожденного

Вместе со своим молоком мама передает новорожденному свою любовь заботу, а также питательные и защитные вещества необходимые для его развития.

Дети, получающие молоко матери, отличаются более спокойные, ласковые, приветливые, обладают уравновешенным характером.

- Длительность кормления у каждого новорожденного сугубо индивидуальна, поэтому не стоит устанавливать какие «рамки», а лучше приспособиться к нуждам своего малыша.

Старайтесь, во время кормления насытить малыша одной грудью. До опустошения первой груди, предлагать вторую не рекомендуется.

При кормлении, внимательно следите, чтобы ваша грудь не закрыла ноздри ребенка. Особенно тщательно следите за этим ночью, когда из-за недосыпания, возможно, потерять бдительность.

Если вы кормите грудью, то постарайтесь не нервничать и избегайте стрессов, так как это очень влияет на качество и выделение молока.

Ночные кормления грудью стимуляторы лактации. Кормить ребенка рекомендуется как днем, так и ночью, по первому требованию.

В кормлении важно чтобы грудь хорошо опорожнялась. Этому способствует правильное расположение малыша при кормлении.

Необходимо чтобы ребенок правильно взял грудь: ротик должен быть широко открыт, губки вывернуты наружу, обхватив не только сосок, но и около сосковый кружок, снизу больше чем сверху.

Если в результате кормления ребенка у вас на груди образовались трещины, то это не повод останавливать грудное вскармливание. Для заживления трещин приобретите специальный крем и тщательно следите за правильностью прикладываний малыша.

Для того чтобы кормить долго и успешно, не спешите предлагать малышу пустышку или бутылочку. В первом случае это грозит уменьшением количества молока, а во втором - полным отказом от груди.

После каждого кормления ребенка не забывайте подержать малыша вертикально и подождать, пока он срыгнет воздух.

Также важно, что до полугода малышу не нужно никакого питания, кроме молока матери. Это касается и простой воды, даже в жаркое время года;

Часто новорожденного ребенка беспокоят колики - это не причина отказываться от грудного вскармливания, так как колики никак не связаны с этим процессом. Чтобы свести к минимуму страдания малыша, молодой маме можно посоветовать отказаться от продуктов, которые повышают газообразование: огурцы, лук, горох, фасоль, капуста, чернослив, редис.

В период грудного вскармливания старайтесь не переедать. Для кормящей мамы достаточно полноценного трехразового питания. Обратите свое внимание на разнообразие продуктов. Также, следует отметить, что в первые месяцы кормления грудью нужно исключить из рациона те, продукты, которые могут вызвать аллергию у ребенка.

Молодой маме нужно выпивать не менее двух литров воды в сутки, однако если вам тяжело выпить столько жидкости, то не насилуйте себя, а прислушайтесь к своему организму.

Отлучать ребенка от груди следует после года кормления, но полностью отказаться от грудного вскармливания ВОЗ рекомендует не раньше 2-3 лет.

Приложение Д

Памятка для мам по уходу за новорожденным

Утренний и вечерний туалет новорожденного

Ежедневное обмывание лица теплой кипяченой водой. Для промывания глаз используют смоченный кипяченой водой стерильный ватный тампон. Всегда протирайте глазки малыша от наружного угла к внутреннему и используйте для каждого глазика новый тампон. В течение дня глаза промывают по мере надобности.

Очищение носовых ходов ребенка приходится проводить довольно часто. Для этого используют ватные жгутики, приготовленные из стерильной ваты. Жгутик смазывают стерильным вазелиновым или растительным маслом и вращательными движениями осторожно продвигают в глубь носовых ходов на 1,0-1,5 см; правый и левый носовые ходы очищают отдельными жгутиками. Не следует слишком долго проводить эту манипуляцию.

Туалет наружных слуховых проходов проводят по мере необходимости, их протирают сухими ватными жгутиками.

Полость рта здоровым детям не протирают, так как слизистые оболочки легко травмируются.

Обработка кожных покровов. Проводится для профилактики опрелостей в области подмышечных впадин, складок бедер, ягодиц. Рекомендуется смазывать детским кремом или бепантеном.

Обрезание ногтей. Удобнее пользоваться ножницами с закругленными концами или щипчиками для ногтей.

- Подмывание ребенка. Необходимо проводить после дефекации под проточной водой температуры тела. Подмывать девочек нужно по направлению от лобка к попе, для предотвращения попадания испражнения во влагалище.

Мыть новорожденного мальчика можно под проточной водой, струя которой направлена от попы к половым органам.

После этого, ребенка необходимо положить на пеленальный столик, промокнуть кожу насухо и нанести на нее детский крем или присыпку.



Ежедневные гигиенические водные процедуры способствуют профилактике различные заболевания, снижают у детей нервное и мышечное напряжение дня и являются закаливающими процедурами.