

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА
ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Сычёвой Анастасии Витальевны**

Научный руководитель:
преподаватель Яворская О.В.

Рецензент:
Главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Белгородский
онкологический диспансер»
Кузмичёва Г.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.....	6
1.1. Заболеваемость и смертность от рака в мире.....	6
1.2. Особенности оказания паллиативной помощи в онкологии.....	14
1.3. Организация сестринского ухода за онкологическими пациентами.....	20
ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА БЕЛГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.....	24
2.1. Концепция исследования особенностей организации сестринского ухода в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».....	24
2.2. Организация деятельности ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».....	25
2.3. Изучение особенностей сестринского ухода за онкологическими пациентами в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	42
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	44
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	49

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в последнее время приобретает характер мировой эпидемии. Современная медицина достигла больших успехов в диагностике и лечении рака на ранних стадиях, накоплен богатый опыт, однако показатели заболеваемости и смертности от опухолевых заболеваний растут с каждым днем [12, с. 5].

Для осознания всего масштаба проблемы злокачественных заболеваний в России используются статистические методы. В нашей стране эту информацию собирают в онкологических диспансерах. Последние данные по статистике рака в России были выпущены в 2018 году. Согласно этой информации, каждый год в нашей стране регистрируется примерно около 500 тысяч новых случаев онкологических заболеваний. Эта цифра соответствует только точно установленным зарегистрированным диагнозам. Если сравнивать с мировой статистикой, то во всем мире ежегодно регистрируют более 10 миллионов первично заболевших раком. По подсчетам онкологов, более 27 тысяч человек в сутки заболевают раком. Статистика рака в Российской Федерации показывает, что в нашей стране каждые сутки регистрируется примерно 1500 больных онкологическими заболеваниями. Всего на учете в онкологических диспансерах России состоят не менее 2,5 миллионов пациентов с различными стадиями и формами рака. В 2018 году в России было диагностировано 535 тысяч новых случаев новообразований. Из всех этих больных, женщины составили 54%. Общее количество новых случаев рака в 2017 году выросло по сравнению с 2015 годом на 15%. Напомним, что в 2015 году было зарегистрировано 455 тысяч пациентов с онкологическими заболеваниями.

На сегодняшний день в России рак по-прежнему остается одной из наиболее прогностических неблагоприятных болезней, не смотря на постоянную работу ученых над поиском новых методов лечения данной патологии [19, с. 42].

Болезнь оказывает влияние на человека в целом. Она может изменить привычный образ жизни, заставить пациента отказаться от любимого дела, нарушить эмоциональное равновесие. Подавленное настроение значительно ухудшает течение данного заболевания. В связи с этим на медицинскую сестру возлагается очень обширная не только физическая, но и эмоциональная работа.

Работа медицинской сестры, если она проводится на высоком профессиональном уровне, повышает уверенность больного в благоприятном исходе болезни, помогает пациентам жить со своей болезнью более полноценно и принимать свое заболевание без каких, либо последствий терзающих душевное состояние [18, с. 95].

Основы особенностей организации сестринского ухода за пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями, получили развитие в работах О.В. Черновой, А.Д. Каприна, А. Джемалова, Ф. Брейна, Г.Л. Вышковского, Г.В. Петровой, О.П. Грецово́й, В.В. Старинской и др.

Но вместе с тем остаются, не до конца изучены вопросы особенностей сестринского ухода в сфере онкологии. В связи, с чем возникла необходимость данного исследования. **Проблемой** является определение особенностей организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара.

С учетом этого был сделан выбор **темы исследования:** «Особенности организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара».

Цель исследования – определить особенности организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара.

Объект исследования: сестринский уход за онкологическими пациентами в условиях стационара.

Предмет исследования: особенности организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара.

Гипотеза исследования – организация сестринского ухода играет существенную роль в уходе за онкологическими пациентами.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара.
2. Изучить заболеваемость и смертность от рака в мире.
3. Изучить и обосновать особенности оказания паллиативной помощи в онкологии и организацию сестринского ухода за онкологическими пациентами.
4. Провести анализ особенностей сестринского ухода за онкологическими пациентами.
5. Разработать практические рекомендации для медицинских сестер и родственников по уходу за онкологическими пациентами.

Методы исследования: теоретический (изучение научно медицинской литературы); эмпирические: (опрос, наблюдение, анализ документов); общелогические методы (индукция, дедукция, анализ, синтез, моделирование); специфические методы (системный, исторический, сравнительный, аналитический).

Базой исследования явился ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер».

Теоретическая значимость заключается в углубленном изучении научно-медицинской литературы по определению особенностей сестринского ухода за онкологическими больными в условиях стационара.

Практическая значимость. Проведен анализ особенностей сестринского ухода, разработаны рекомендации для медицинских сестер и родственников по уходу за онкологическими пациентами, которые могут применяться в практическом здравоохранении.

Структура работы: дипломная работа выполнена на 51 странице текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка используемой литературы и приложений. Работа содержит 17 рисунков. Библиографический список литературы содержит 20 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

1.1. Заболеваемость и смертность от рака в мире

Статистика онкологических заболеваний довольно неутешительна, ведь ежегодно в мире выявляется более 10 000 000 новых случаев злокачественных новообразований, таким образом, ежедневно примерно 27 000 пациентам ставят этот диагноз. На сегодняшний момент в мире от рака страдает более 14 000 000 человек, из которых 8 200 000 погибает. В целом показатели смертности и заболеваемости в мире увеличиваются, но показатели при отдельных формах патологии снижаются благодаря внедрению передовых методов диагностики и лечения [20, с. 115].

Заболеваемость и смертность от онкологии изучены достаточно хорошо. В большинстве стран принята система обязательной регистрации пациентов со злокачественными новообразованиями, которая позволяет вести тщательный учет всех показателей и делать прогнозы.

По данным статистики, онкология является одной из основных причин смерти в мире: процент смертности от рака составляет 20%, поэтому патология занимает 2 место. Ученые считают, что в скором времени злокачественные новообразования займут лидирующие позиции и опередят сердечно-сосудистую патологию [12, с. 5].

По прогнозам ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения), за 20 лет показатели смертности и заболеваемости от рака увеличатся в 2 раза: число новых случаев заболевания вырастет с 10 млн. до 20 млн., а летальность с 6 млн. до 12 млн. В развитых странах в последние годы отмечается снижение смертности и заболеваемости за счет улучшения мер профилактики и методов диагностики, а также улучшения качества специализированной помощи [4].

В 2005 году от рака погибло порядка 8 000 000 человек, 70% из них проживают в развивающихся странах, где уровень дохода населения крайне низок. В развитых странах показатель смертности либо держится на стабильном уровне, либо незначительно снижается [1, с. 24].

Статистика уровня заболеваемости раком в мире. Ежегодно в мире диагностируется более 10 000 000 новых случаев, при этом на учете в онкодиспансерах уже состоит порядка 35 000 000 человек. Самый большой процент раковых пациентов находится в Дании (Таблица 1).

Таблица 1

Заболеваемость на 100 000 населения в различных странах

№ п/п	Страны	Заболеваемость на 100 000 населения
1.	Дания	326
2.	Ирландия	317
3.	Австралия	314
4.	Новая Зеландия	309
5.	Бельгия	307
6.	Франция	300
7.	США	300
8.	Норвегия	300
9.	Канада	297
10.	Чехия	295

Рак – это патология, которая поражает преимущественно взрослых, омоложение заболевания не подтверждается фактами. Смертность от рака в мире 70-летних пациентов в 7-10 раз выше, чем больных в возрасте 50 лет, смертность 50-летних выше показателя у 40 летних в 20 раз. Именно поэтому в странах Азии, Африки и Латинской Америки, где средняя продолжительность жизни не превышает 30-40 лет, заболеваемость раком незначительна. Но борьба с инфекционными заболеваниями в этих регионах приводит к улучшению качества жизни и увеличению ее длительности, в связи с этим повышаются

риски возникновения злокачественных новообразований и увеличению значимости патологии [5, с. 12].

Соотношение заболеваемости инфекционными болезнями и раком в развивающихся странах составляет 8:1, а соотношение смертности 3:1. Также велика проблема нарушения питания в этих областях, соотношение смертности от недостаточности питания и рака составляет 1:1. Например, в Сенегале из 100 инфекционных больных погибает порядка 30 человек, а из 100 онкологических практически 90. Хотя довольно трудно адекватно оценить серьезность проблемы рака в развивающихся странах при отсутствии достоверных статистических данных. Ведь примерно 70% заключений о смерти выписываются людьми без медицинского образования, у них нет онкологических центров, поэтому более 90% пациентов с раком выявляются на заключительных стадиях развития [6, с. 15].

Статистика смертности от рака в мире. Согласно статистике, ежегодно в мире умирает порядка 4 500 000 мужчин и 3 500 000 женщин старшего возраста (более 60 лет). При этом показатель смертности у лиц старше 70 лет превышает данные людей младшего возраста в 10-15 раз. По географическому расположению максимальные показатели мужской смертности от рака зафиксированы в Центральной и Восточной Европе, у женщин – в Восточной Африке.

Структура смертности от онкологии в мире в развитых странах:

Рак легких – 1 590 000 случаев смерти за год, 19,4%;

Рак печени – 745 000 летальных исходов, 9,1%;

Рак желудка – 723 000 смертей, 8,8%;

Рак толстого кишечника – 694 000 случая смерти;

Рак молочной железы – 521 000 погибших;

Рак пищевода – 336 000 умерших;

Рак шейки матки – 223 000 смертей;

Рак поджелудочной железы – 212 000 погибших;

Рак простаты – 204 000 летальных исходов;

Лейкозы – 194 000 смертей;

Рак мочевого пузыря – 132 000 летальных случаев;

Рак полости рта – 127 000 пациентов погибло;

Рак яичника – 114 000 умерших;

Рак почки – 90 000 смертей.

В структуре мужской смертности от злокачественных новообразований преобладают следующие виды рака:

Рак легких – 24%;

Рак печени – 11%;

Рак желудка – 10%;

Рак кишечника – 8%;

Рак простаты – 7%.

В структуре женской смертности от онкологии преобладают другие виды рака:

Рак молочной железы – 15%;

Рак легких – 14%;

Рак кишечника – 9%;

Рак шейки матки – 7%;

Рак желудка – 7%.

Статистика умерших от рака в развивающихся странах немного отличается. В Африке и в Восточной Азии наибольшую значимость играет рак печени, частота этой патологии в 24 раза выше, чем в Европейских странах, поэтому показатель смертности от этой формы патологии довольно высокий. Это связано с особенностями работы в этих регионах. Также в этих странах часто встречается рак кожи, лимфомы, саркомы.

В странах Ближнего Востока (Египет, Иран, Судан) отмечаются высокие показатели заболеваемости бильгарциозом, который приводит к развитию рака мочевого пузыря, плохо поддающегося терапии и выявляемого на поздних стадиях [20, с. 138].

В странах Азии (Индии, Таиланде, Шри-Ланке и других) велика заболеваемость раком полости рта, так как население активно употребляет табак и бетель, поэтому у большинства людей через 15-20 лет непрерывного воздействия вредных привычек формируется рак.

В целом рак занимает 2 место среди причин смертности населения в мире (15-20%), практически у 1 из 5 человек на Земле высок риск летального исхода от рака. Согласно статистике смертности от рака, в европейских странах злокачественные опухоли у женщин в возрасте 30-50 являются основными причинами летальности и занимают 1 место, а среди детей до 14 лет – второе.

Стоит отметить, что примерно 10% пациентов с установленным диагнозом отказываются от лечения, более 20% людей с подозрением на рак боятся обращаться за квалифицированной помощью, поэтому статистика смертей от рака довольно неблагоприятна [12, с. 5].

Детская смертность от рака в мире. Детская онкология в мире также представляет большую медико-социальную проблему, так как влечет за собой непоправимые последствия. По данным статистики, ежегодно в мире более 200 000 детей заболевают раком. Показатели смертности от злокачественных новообразований в мире отличаются. В целом примерно 96400 пациентов погибли от рака в возрасте 0-14 лет в 2008 году, из них 2100 в Европейских странах, в большинстве случаев летальные исходы обусловлены отсутствием доступа к современным методам лечения.

Ученые отмечают, что детская онкология встречается реже взрослой, к тому же смертность за последние 40 лет снизилась практически в 4 раза. И если раньше можно было спасти только 20% детей, страдающих от рака, то сегодня выживает более 80% пациентов [4].

Основной причиной высоких показателей смертности в возрасте от 0 до 14 лет является поздняя выявляемость, ведь примерно 30-45% пациентов поступают в специализированные учреждения на 3-4 стадии развития рака. Это усугубляет прогнозы выживаемости и увеличивает расходы на лечение. Если злокачественные новообразования диагностированы на 1-2 стадии, то

пятилетняя выживаемости при многих формах рака у детей составляет 80-90%, 3 и 4 стадия приводят к значительному ухудшению прогнозов.

По оценкам специалистов, в новом году ожидается примерно 10300 новых случаев опухолей у детей в возрасте 0-14 лет, это составляет менее 1% среди всех вновь выявленных пациентов. Согласно статистике, за последние годы показатель заболеваемости раком у детей незначительно вырос и составляет 0,6%. Хотя показатели летальности с 1970 года снизились на 70% от 6,3:100 000 детей до 2,1:100 000.

В 2009-2011 года было зафиксировано примерно 252 смерти в год от онкологии в возрасте 0-14 лет, при этом мальчики больше подвержены патологии, поэтому показатель смертности для мужчин составляет 52% (23 случая на 100 000), для женщин – 48% (23: 100 000).

Наиболее распространенные причины смерти у детей - рак центральной нервной системы (31-32% всех смертей), лейкозы и другие виды рака. В целом показатели смертности от рака в возрасте 0-14 лет за последние 40-50 лет снизился на 65% (среди девочек на 54%, среди мальчиков на 60%). Эта тенденция наблюдается для всех форм рака, но в разной степени [1, с. 39].

За 30-летний период наблюдается значительное улучшение показателей выживаемости от злокачественных новообразований в детском возрасте. Это связано с улучшением методов диагностики и повышением качества специализированной помощи. Если раньше показатель пятилетней выживаемости составлял менее 58%, то с 2010 года он равен 83%. Тем не менее, продолжительность жизни пациентов зависит от различных факторов: вида рака, возраста пациента и других причин. Средние показатели 5-летней выживаемости при ретинобластоме равны 97%, при лимфоме – 97%, лейкемии – 85%, раке центральной нервной системы – 72%, раке костей – 71%.

У детей очень часто наблюдаются побочные эффекты от терапевтических процедур, которые приводят к снижению продолжительности жизни, а также ухудшают функциональность организма и повышают риск формирования вторичного рака [6, с. 3].

Прогнозы и факторы риска. В наше время никто не может назвать точных причин развития злокачественных новообразований, но ученые выявили ряд предрасполагающих факторов, которые значительно увеличивают риск заболеваемости и смертности от рака. Раньше многие считали, что основной причиной появления атипичных клеток является генетическая аномалия. На данный момент времени научно доказано, что наследственность играет роль в 10% случаев, 10% остается на остальные внутренние причины, а в 80% виноваты внешние факторы окружающей среды.

Наиболее значимый и потенциально устранимый внешний фактор – курение. По оценкам ВОЗ, именно курение в 80-90% является причиной рака легких, полости рта, гортани, пищевода, при этом даже пассивное курение повышает риск развития онкологии на 70%.

Другой потенциально опасный канцероген – этанол. Он усиливает негативное воздействие курения и в 60% случаев приводит к злокачественным новообразованиям пищеварительной системы. Рацион питания также оказывает влияние на заболеваемость и смертность от рака, в 30-70% неправильное питание ведет к онкологии.

Гормоны играют важную роль в организме. Поэтому нарушения гормонального фона могут увеличить риск формирования опухоли у женщин на 19,8% у мужчин на 27,5%.

Если исключить все вышеперечисленные факторы риска, то можно добиться снижения показателей смертности на 65% [11, с. 129].

Статистика выживаемости при раке в мире. Для оценки показателя выживаемости учитывают количество пациентов, которые прожили в течение 5, 10, 15 лет и более. Статистика выживаемости при раке отличается в разных странах: в России в среднем она составляет 40-50%, Франции – 60%, США - 64%.

Прогнозы выживаемости зависят от множества факторов: возраста пациентов, вида злокачественного новообразования, сопутствующей патологии и других. Большую роль играет стадия рака, так как именно от нее зависит

степень распространения опухоли, вероятность формирования метастазов и выбор методов лечения. Наиболее благоприятны 1 и 2 стадии злокачественных новообразований, прогнозы пятилетней выживаемости после проведения адекватной терапии в эти периоды составляют 93% и 75% соответственно. На 3 стадии рака обнаруживаются метастазы в регионарных лимфатических узлах, и прогнозы выживаемости снижаются до 55%. На 4 стадии формируются множественные отдаленные метастазы, пятилетняя выживаемость равна 13-15%, при некоторых формах рака не более 5%.

За последние десятилетия показатели пятилетней выживаемости при отдельных формах рака значительно возросли или стабилизировались. Улучшение средних показателей выживаемости можно объяснить увеличением доли онкологических заболеваний, выявленных на начальных стадиях развития, а также совершенствованием методов диагностики и лечения. Активное применение комплексной терапии, включающей оперативное вмешательство и химиолучевое воздействие, сыграло положительную роль в динамике показателей выживаемости [19, с. 42].

Рак легких является наиболее распространенной причиной смерти от злокачественных новообразований в мире, это связано с низкими прогнозами выживаемости при этой патологии. Как правило, рак легких диагностируется на последних стадиях и продолжительность жизни пациентов не превышает полугод.

Даже на начальных этапах развития прогнозы пятилетней выживаемости менее 40%. Рак желудка в структуре смертности от онкологии занимает 3 место. На 1-2 стадии прогнозы благоприятны и составляют 80-100%.

Такие различия в показателях выживаемости обусловлены последствиями лечебных мероприятий, ведь удаление одного легкого неизбежно приводит к легочной недостаточности, которую нельзя восполнить внешними факторами, а вот отсутствие части желудка позволяет пациенту полноценно жить после терапевтических процедур [12, с. 5].

1.2. Особенности оказания паллиативной помощи в онкологии

Паллиативная помощь оказывается некурабельным (неизлечимым) больным. В переводе с латинского, pallium — покрывало, плащ. Цель метода – «прикрыть» ожидание надвигающейся смерти и связанные с этим эмоции и физические страдания, сделать последние дни менее тягостными, облегчить жизнь больному.

Экскурс в историю. Направление стало развиваться в 70-х годах XX века в применении к больным раком. Официальный статус получило в 1982 г., когда было введено определение «паллиативная помощь», подразумевавшее поддержку некурабельных больных. Затем направление переросло в отдельную академическую дисциплину. С 2002 года понятие подразумевает не только помощь на последней стадии, но и как сопровождение на протяжении неизлечимой болезни. В список показаний входят терминальные стадии онкологических заболеваний, СПИДа, хронических патологий внутренних органов, тяжелые нарушения мозговой гемодинамики [16, с. 117].

Помощь распространяется на больного и на ближайшее окружение – людей, которые нуждаются в психосоциальной поддержке не меньше, чем умирающий. Сопровождение родственников ведется как «до», так и в первое время «после» смерти пациента.

Что испытывает некурабельный онкологический больной. Для лучшего понимания необходимости и эффективности паллиативного сопровождения раковых больных рассмотрим следующие аспекты:

Биологические:

- постоянные нестерпимые боли;
- потеря контроля функций кишечника и мочевого пузыря;
- обездвиженность;
- дисфункция органов чувств, затруднение дыхания.

Психологические:

- дискомфорт, связанный с зависимостью от других людей, потерей самостоятельности, навыков самообслуживания;
- ощущение беспомощности;
- чувство вины перед близкими, что зависимость от них нарушает планы, привычный уклад жизни;
- страх надвигающейся смерти;
- отчаяние, что многие дела не завершены, невозможно увидеться с теми, кто дорог, но живет далеко;
- депрессивное состояние [17, с. 9].

Принципы и стандарты. Основное кредо паллиативного сервиса – как бы тяжело ни протекала болезнь, всегда найдется способ облегчить страдание пациента.

Различают следующие стандарты: повышение качества жизни больного и окружающих; рассмотрение смерти как закономерного процесса, завершающего жизненный путь; стремление создать пациенту и близким комфортное существование; поддержание активности до предельных возможностей организма; удовлетворение насущных потребностей больного; психологическая, медицинская, социальная и юридическая поддержка родственников больного после смерти [14, с. 26].

Биопсихосоциальный подход, направленный на комплексную всестороннюю поддержку. В задачи не входит намеренное сокращение или попытка продления жизни.

В онкологии перед паллиативной терапией стоят следующие цели и задачи:

Симптоматическое лечение – купирование болевого синдрома, временное облегчение состояния больного.

Психологическое сопровождение пациента и близких, включающее:

- обучение навыкам преодоления стресса, тревоги, тягостного ожидания конца;
- тренинги бесконфликтного общения;

- выработка философского отношения к смерти;
- создание вокруг больного духовно теплой атмосферы.

Социальная помощь, предусматривающая:

- решение бытовых проблем, связанных с ограниченными возможностями пациента;
- обеспечение патронажа.

Юридическая поддержка, направленная на решение юридических аспектов, возникающих в связи с приближающейся смертью [13, с. 41].

Паллиативная тактика в онкологии. Паллиативные операции – манипуляции, направленные на временное улучшение состояния пациента. Различают два вида паллиативных вмешательств при раке:

1. неотложный – угроза жизни в ближайшие дни и часы (трахеостома при раке гортани, гастростома при опухоли пищевода). Опухоль не удаляют, уменьшают опасное воздействие.
2. плановый – удаляют новообразование, на какое-то время отодвигая прогрессирование и влияние метастазов.

Лечение онкологии. Комплексный подход: хирургия, химиотерапия, иммунотерапия. Госпитализация без очереди.

Кроме операций существует паллиативная химио- и лучевая терапия, посредством которой достигается временная приостановка роста новообразования. После этого метода лечения возникает ряд побочных эффектов, которые устраняются путем проведения паллиативных мероприятий: обезболивания, коррекции работы желудочно-кишечного тракта (запоры, тошнота, рвота), диеты [7, с. 92].

Подходы и методы. Паллиативный подход осуществляется в двух направлениях:

- психосоциальное сопровождение на протяжении заболевания;
- поддержка на последней стадии процесса.

В первом случае помощь оказывается совместно с врачом, проводящим симптоматическую терапию. Во втором случае проводится хосписная помощь, осуществляемая психотерапевтами, психологами, социальными работниками.

В хосписе. Положение ВОЗ говорит о том, что паллиативная терапия начинается с момента постановки диагноза некурабельности, когда летальный исход становится неизбежным. По статистике ВОЗ, чем раньше начинается поддержка, тем легче пациент и окружающие справляются с насущными проблемами. Мироззрение меняется: они начинают смотреть на смерть другими глазами, не воспринимать как катастрофу. Облегчаются страдания пациента, улучшаются психологические аспекты отношения к себе, окружающим, действительности. Правильно проводимая паллиативная терапия сплачивает родных, делает их духовно ближе друг к другу. Важную роль играет религия, обращение к Богу. Беседы с духовным наставником помогают найти ответы на многие вопросы, стать сильнее перед лицом смерти [11, с. 53].

Согласно рекомендациям ВОЗ, паллиативная помощь больным, в частности, онкологическим, осуществляется тремя способами: на дому, в дневном и ночном стационаре.

На дому сопровождение проводится выездными бригадами онкологических диспансеров или частных учреждений соответствующего профиля. В бригаду входит врач-онколог, терапевт, психолог, психотерапевт, социальный работник, медсестры, санитары.

Стационарная помощь проводится в отделениях на базе онкодиспансеров, больниц общего профиля, стационарах социальной защиты, больницах при религиозных учреждениях, хосписах. В последних оказывают поддержку больным, жить которым остается 3-6 месяцев.

Основными показаниями для госпитализации служат:

- невозможность проведения терапии в домашних условиях;
- отсутствие родственников, способных ухаживать за онкологическим пациентом [13, с. 41].

В дневной стационар направляются пациенты, которые живут дома, но нуждаются в проведении процедур, осуществляемых только в условиях больницы.

В последние годы в мире наблюдается тенденция к деинституционализации – пребывание больных людей в домашних условиях, а не в учреждениях закрытого типа. Это касается уязвимых групп населения – инвалидов по разным нозологиям, стариков, детей. Но, к сожалению, в России большинство онкологических больных, по-прежнему, умирает в стационарах, из-за того, что домашние не способны обеспечить уход [18, с. 95].

Порядок сервиса в России. Первые шаги в России паллиативная медицина сделала в 1995 г., когда был организован фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». В 2011 г. в России создана Ассоциация паллиативной медицины, охватывающая 44 региона страны. Основная цель Ассоциации – организация паллиативного сервиса в каждом субъекте Российской Федерации.

Порядок сервиса в домашних условиях следующий:

Выездная мультидисциплинарная бригада обследует больного.

После первого визита разрабатывается индивидуальный план ведения в соответствии со степенью тяжести, потребностями пациента. В план входят необходимые анальгетики с подробным описанием дозы и длительности приема, при необходимости, сопутствующая симптоматическая терапия. Также представляется схема психологической коррекции, виды психотерапии. Подробно описывается план занятий с родственниками больного.

Выписка с рекомендациями и планом направляется к участковому онкологу по месту жительства или в онкодиспансер.

Повторные визиты совершаются согласно выработанному плану или в экстренном порядке по вызову.

Если возникает потребность в госпитализации, решение принимает участковый врач-онколог совместно с заведующим отделения онкодиспансера или главврачом хосписа. По желанию пациента организуется психологическая поддержка по телефону доверия [15, с. 73].

В стационаре помощь оказывается теми же специалистами по заранее составленному графику. Направление больного в стационар выдается участковым терапевтом, онкологом, семейным врачом.

Кадры, связанные с паллиативной службой, проходят специальное обучение, совершенствуют навыки и знания. В хосписах наряду с медицинскими работниками присутствуют волонтеры.

Паллиативная помощь детям. В 2015 г. Минздрав России утвердил Приказ о Порядке оказания паллиативной помощи детям. Согласно Порядку, сервис оказывается детям с отсутствием реабилитационного потенциала, нуждающимся в симптоматической терапии, психосоциальной помощи и длительном постороннем уходе. Порядок паллиативного сопровождения детей, находящихся в терминальной стадии рака, идентичен таковому у взрослых. Помощь оказывают врачи и медсестры общей практики, детские онкологи, педиатры, детские психологи, психотерапевты, социальные работники.

Направление на паллиативное лечение выдается врачебной комиссией, состоящей из медиков разного профиля. В отличие от взрослых, маленькие дети не всегда в состоянии указать локализацию боли, предъявить конкретные жалобы. Поэтому работать с ними должны специалисты, имеющие педиатрическое образование, прошедшие тренинги общения с ребенком.

Важный аспект при оказании паллиативного сервиса детям – постоянное присутствие мамы. Ее тепло, любовь и поддержка не заменят никакие лекарства [20, с. 31].

Паллиативная помощь – неотъемлемое звено терапии в онкологии. Профессионализм и человеческие качества людей, работающих в этой сфере, минимизируют страдания пациента, уменьшают стресс для близких. Другими словами, паллиатив – это помощь, направленная на обеспечение максимально возможного комфорта и социальной поддержки онкологическому пациенту, она не ставит своей целью излечить пациента, а направлена на улучшение качества и максимальное продление жизни онкологического больного. Под паллиативной медициной подразумевается паллиативное лечение –

паллиативная химиотерапия, паллиативная хирургическая помощь или паллиативная лучевая терапия. Они назначаются онкологическим больным лечащим врачом-онкологом в случае, когда радикальное лечение невозможно.

1.3. Организация сестринского ухода за онкологическими пациентами

Необходимо понимать, что ни паллиативная химиотерапия, ни паллиативная лучевая терапия, ни паллиативная операция не вылечат радикально, они приведут к уменьшению интоксикации, уменьшению болевого синдрома и улучшению (насколько это возможно) состояния онкологического больного ввиду контроля над опухолью.

В связи с достаточно большим количеством пациентов, имеющих неизлечимую или терминальную стадию заболевания, становится актуальной проблема соответствующей помощи таким пациентам, то есть паллиативного лечения. Процесс сестринского ухода за онкологическим больным является налаженным и тщательно выверенным алгоритмом действий. Он может быть разным в зависимости от состояния здоровья пациента, от того, осуществлялся ли ранее уход и других нюансов болезни. Сестринская деятельность способствует ускорению выздоровления и восстановления организма пациента.

Цель общего ухода – создание максимально комфортных условий для пациента. Эффективность ухода является важным психологическим фактором, влияющим на настроение больного, желание жить, облегчает общение и взаимопонимание. Медицинская сестра составляет план ухода с учетом привычек и пожеланий больного. Объем планируемых мероприятий во многом обусловлен тяжестью состояния больного и его способностью к самообслуживанию. Следует активно привлекать к уходу родственников пациента. Медицинская сестра обучает их приемам ухода, доступно объясняет и показывает, что и как нужно делать, разъясняет последствия несоблюдения

рекомендаций (правил) по уходу. Это помогает членам семьи больного справляться с чувством беспомощности и бесполезности, налаживать связи, нарушенные болезнью, находить взаимопонимание с медицинским персоналом, работать с командой единомышленников и добиваться лучших результатов.

К уходу за больным на дому, кроме медицинской сестры – специалиста по паллиативной помощи – и родственников, привлекают участковых (семейных) медицинских сестер и специалистов по социальной работе. В ряде случаев паллиативную помощь на дому оказывает участковая медицинская сестра или фельдшер. Они после обсуждения с врачом, больным и его родственниками составляют план ухода, обеспечивают и контролируют его выполнение [18, с. 101].

Общий уход – проявление заботы о чистоте тела и комфорте больного – должен осуществляться на высоком уровне независимо от общего состояния и сознания больного.

При планировании общего ухода учитываются как социальные (наличие семьи, друзей), так и физические (возможность поворачиваться и вставать в кровати, осуществлять физиологические отправления и гигиенические процедуры) факторы. Последние зависят от характера онкологического заболевания, степени утраты сознания, наличия депрессии.

Принципы ухода за онкологическим больным:

- уважительное отношение к личности пациента, независимо от его состояния и уровня сознания;
- индивидуальный подход к каждому пациенту и его родственникам;
- терапия присутствием – следует уделять больше времени больному;
- умение служить и создавать благоприятную психотерапевтическую атмосферу;
- поддержка у больного самостоятельности: стимулирование к посильному труду, самообслуживанию;
- медицинский персонал и семья – единая команда паллиативной помощи;

- контроль соблюдения правил личной гигиены, обеспечения чистоты кожи, слизистых оболочек, глаз, волос, ногтей, а также характера питания;
- использование вспомогательных средств профилактики падений и травматизма: тростей, ходунков, поручней;
- использование средств и приспособлений для ухода (поильники, памперсы, подкладные круги, валики, подъемники, моче- и кало- приемники и др.);
- привлечение специалистов по социальной работе, представителей волонтерских служб;
- удовлетворение духовных потребностей пациента [7, с. 256].

Благоприятным фоном для успешного осуществления общего ухода является создание комфортных условий для онкологического больного в больнице и дома. Оказывайте пациенту помощь в проведении гигиенических процедур, создавайте в палате (комнате) уютную атмосферу – обеспечьте доступ свежего воздуха или поставьте рядом с кроватью вентилятор, придайте больному удобное положение. Если пациент – «узник койки», сажайте его в постели для бритья, умывания, кормления. Ослабленным больным особенно важно дозировать физическую нагрузку. Режим дня должен быть составлен таким образом, чтобы после физической нагрузки всегда следовал отдых. При сохранении интеллекта и воли желательно выполнение посильного комплекса упражнений 2-3 раза в день.

Если онкологический больной постоянно находится в постели и не может самостоятельно пользоваться судном или уткой, необходимо особенно тщательно заботиться о его гигиене. В таких случаях используют одноразовые простыни, дайперсы, пеленки, моче- и калоприемники. Периодически нужно осматривать мягкие ткани, обмывать и подсушивать кожу и следить за тем, чтобы не возникало раздражение кожи из-за соприкосновения с мочой и калом.

Курящим больным обеспечивайте безопасное курение: поставьте рядом пепельницу, присматривайте за тем, чтобы окуроч не попал на матрас. После курения необходимо проветривать помещение.

С целью предотвращения инфекции желательно поместить ослабленного больного в отдельную палату (комнату), приобрести бактерицидную кварцевую лампу. При ультрафиолетовом облучении воздуха происходит гибель микробов и вирусов, воздух становится «здоровым».

Постель. Многие онкологические больные, нуждающиеся в паллиативной помощи, являются «узниками койки». Для того чтобы сделать их пребывание в постели максимально комфортным и предотвратить развитие осложнений (пролежней, инфекции дыхательных и мочевыводящих путей), необходимо придерживаться определенных правил.

Кровать должна быть функциональной, удобной для больного. Желательно использовать специальный пневматический противопролежневый матрас, а при отсутствии такового – поролоновый матрас, который, в отличие от ватного, не имеет бугров и провалов.

Положение туловища и изголовья в обычной кровати можно регулировать с помощью подушек, которые при необходимости можно фиксировать к спинке кровати.

Больным, у которых имеется недержание мочи и кала, кровать застилают специальными одноразовыми впитывающими простынями.

Самым простым способом защиты постели от попадания мочи и кала является использование клеенки, проложенной между простыней и матрасом.

Регулярно после пробуждения и каждого приема пищи, а также перед сном необходимо расправлять простыню и удалять с нее крошки.

Все необходимые предметы должны быть расположены на тумбочке или прикроватном столике в пределах досягаемости пациента [7, с. 284].

Уход за онкологическими больными – достаточно трудоемкий процесс, требующий от медицинской сестры знаний процесса протекания болезни, необходимой терапии, особенностей ухода за онкологическим больным и умения создать вокруг него благоприятный психологический климат, облегчить душевные переживания.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА БЕЛГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

2.1. Концепция исследования особенностей организации сестринского ухода в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»

В соответствии с целью и задачами исследования была разработана концепция особенностей оказания сестринской помощи онкологическим больным в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер», которая включает в себя 4 этапа.

I этап – анализ научно-методической литературы, посвященной вопросам сестринской помощи онкологическим пациентам;

II этап – выбор объекта исследования – ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»;

III этап – социологического опроса медицинских сестёр и пациентов ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер», а в дальнейшем проведения анализа полученных данных;

IV этап – разработка рекомендаций сестринского ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями.

Проведенный исторический анализ становления системы оказания сестринской помощи онкологическим больным в зарубежных странах и отечественном здравоохранении свидетельствует о наличии данной проблемы и в настоящее время. Российское здравоохранение позволило достичь определенного уровня в направлениях, связанных с контролем оказания сестринской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

В последние годы продолжает развиваться система оказания сестринской помощи пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями. Всё большее внимание уделяется усилению творческого и научного компонента

совершенствования качества ухода за пациентами, внедряются новые техники сестринского ухода за пациентами данной категории.

2.2. Организация деятельности ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»

В 1956 году согласно приказа Министра Здравоохранения СССР № 19 М от 25.01.1956 г. «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению и усилению научных исследований в области онкологии» в Белгородской области приказом Белгородского областного отдела здравоохранения № 90 от 05.04.1956 г. принято решение об открытии областного онкологического диспансера на базе городской больницы, по адресу проспект Б. Хмельницкого д. 50. В 1960 году для диспансера было выделено крыло при областной поликлинике по адресу ул. Некрасова д.8/9, а в 1961 году в областной больнице было открыто онкологическое отделение на 70 коек.

В 1967 году онкологический диспансер получил статус юридического лица, переехав в новое здание по адресу ул. Куйбышева, дом 1, по которому располагается и сейчас. В структуру учреждения вошли: поликлиника на 284 посещения в смену и 200 коек стационара.

Одним из важных этапов расширения возможностей учреждения, стало открытие в 1995 году нового хирургического корпуса на 220 коек, и общий коечный фонд учреждения составил около 370 коек. За прошедшие годы неоднократно проводилась реструктуризация коечного фонда, позволяющая обеспечивать необходимый уровень качества оказания помощи больным.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Белгородский онкологический диспансер» является одним из самых больших специализированных лечебно-профилактических учреждений Белгородской области. 60 лет диспансер стоит на страже здоровья полуторамиллионного населения области.

В диспансере проводится лечение самой тяжелой категории больных – лиц, страдающих злокачественными новообразованиями различных локализаций. В популяционном раковом регистре Белгородской области более 100 тыс. больных с вышеназванной патологией. Ежегодно в диспансере оказывается медицинская помощь более чем 12 тысячам пациентов. Лечение онкологической патологии проводится на самом высоком профессиональном уровне. Современное оборудование, полученное в рамках федеральной программы «Онкология» расширяет возможности диагностики и лечения злокачественных новообразований.

Основная деятельность Белгородского онкологического диспансера направлена на раннее выявление онкологических заболеваний, их профилактику, улучшение диспансерного наблюдения онкологических пациентов, повышения эффективности и качества медицинской помощи, внедрение стандартов оказания медицинской помощи и новых современных технологий, модернизацию и приобретение медицинского оборудования, что позволило достигнуть положительных результатов в лечении онкологической патологии.

Медицинская помощь онкологическим больным в условиях круглосуточного стационара оказывается на 370 койках, в том числе 320 работают в системе ОМС и 50 коек финансируются из областного бюджета, из них 35 паллиативных коек и 15 коек для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В состав круглосуточного стационара включены:

- 1) хирургическое отделение № 1 на 40 коек;
- 2) хирургическое отделение № 2 на 40 коек;
- 3) торакальное отделение на 40 коек;
- 4) гинекологическое отделение на 55 коек;
- 5) урологическое отделение на 25 коек;
- 6) химиотерапевтическое отделение на 58 коек;
- 7) радиологическое отделение № 1 (блок)

- 8) радиологическое отделение № 2 на 80 коек;
- 9) радиологическое отделение № 3 на 32 койки.
- 10) отделение анестезиологии - реанимации;
- 11) операционный блок;
- 12) приемное отделение.

Также в состав данного лечебно-профилактического учреждения входят диагностическое отделение, клинико-диагностическая лаборатория, дезинфекционно-стерилизационное отделение, организационно-методический и отдел технического и радиационного контроля, внутрибольничная аптека.

В диспансере при амбулаторно-поликлиническом отделении функционирует дневной стационар на 10 коек.

Диспансер оснащен необходимой аппаратурой для проведения эндоскопических исследований желудочно-кишечного тракта, бронхов, грудной полости, гениталий; рентгенодиагностическая и УЗИ аппаратура; аппараты для проведения лучевой терапии, в том числе линейный ускоритель электронов; лапароскопическая стойка и оборудование для проведения лапароскопических операций.

В ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» имеется компьютерная программа МЗ Российской Федерации «Канцер-регистр», которая позволяет вести учет больных злокачественными новообразованиями. В базе данных по состоянию на 01.01.2019 г. состоит 142407 человек.

В онкологическом диспансере в настоящее время имеется 146 – штатных должностей врачей, работает физических лиц – 121, все специалисты сертифицированы. Высшую категорию имеют – 43 человек, первую – 14, вторую – 10 человек. Степень доктора медицинских наук имеют – 2 человека, степень кандидата медицинских наук – 13 человек. Почетное звание «Отличник здравоохранения» имеют – 2 человека.

Штатных единиц среднего медицинского персонала – 296, физических лиц – 265, сертификаты имеют – 265 человек, из них высшую категорию имеют

– 54 человека, первую – 34, вторую – 34 человека. Почетное звание «Отличник здравоохранения» имеют – 2 человека (Рис. 1).

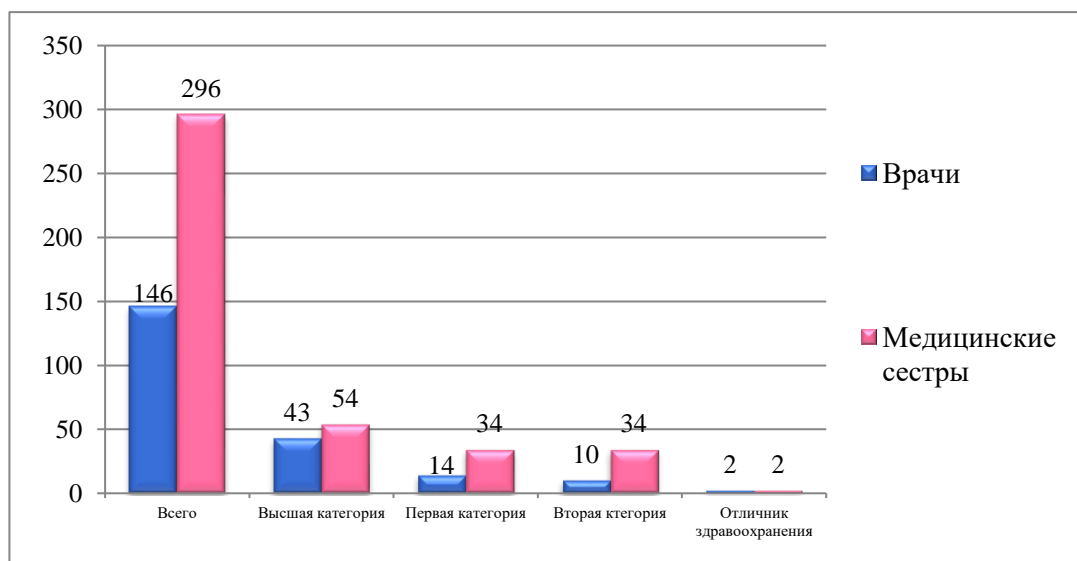


Рис. 1. Штатные единицы

В 2018 году круглосуточный стационар работал с высокой нагрузкой. Работа койко-дней выросла по сравнению с 2017 годом, и составила в 2018 году – 353 дня (2017 г. – 347 дн.), тем самым превысив плановый показатель – 340 ср. койко-дней.

Проведя анализ статистических данных, мы выяснили, что за период с 2016 года по 2018 год пролечено – 13092 человека. Из общего числа больных по ОМС пролечено – 11322 человека. На паллиативных койках пролечено 1346 пациентов.

В 2018 году в онкологическом диспансере умерло – 48 человек. Общая летальность сохранилась и составила 0,3%, (2017 г. – 0,3%), послеоперационная летальность увеличилась и составила 0,6%, (2017 г. – 0,1%).

Основные показатели работы стационара в 2017 г. более наглядно представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные показатели работы стационара за 2018 год (370 коек)

Отделение	Хирургия № 1	Хирургия № 2	Торакальное	Гинекология	Урология	Химиотерапия	Радиологическое отд. № 2	Радиологическое отд. № 3	ВСЕГО
Показатель									
Работа койки	347,4	349,9	358,4	352,3	377,6	350,7	347,2	341,8	351,6
Оборот койки	24,1	25,4	26,2	47,4	35,6	74,1	18,6	26,3	35,6
Ср. длит. пребывания больного на койке	14,4	13,8	13,7	7,4	10,6	4,7	18,7	13,0	9,9
Пролечено больных	947	972	1034	2600	881	4326	1485	844	11089
Проведено больными койко- дней	13926	13927	14455	19929	9448	20449	28000	11032	131144
Оперировано больных	861	989	821	698	648	0	0	0	4017
Хирургическая активность (%)	88,9	97,1	77,9	26,7	73,1	0	0	0	61,4
Летальность общая (%)	1,1	0	1,0	0,3	0,5	0,2	0,2	0	0,3
Летальность послеоперационная (%)	0,9	0	0,9	1,1	0,5	0	0	0	0,6

Из числа случаев злокачественных новообразований, впервые зарегистрированных в 2018 году и подлежащих специальному лечению радикально пролечены – 3744 случая, что составляет 57,0 %. Из общего числа случаев – 1872 случая пролечены хирургическими методами (50,0 %), 518 – только лучевыми (13,8 %), лекарственными методами пролечены – 98 случаев (2,6 %), комбинированными методами (кроме химиолучевого) пролечены – 1166 случаев (31,1 %). Не подлежали радикальному лечению – 297 случаев, из них по причине отказов от лечения – 118 и имели противопоказания в 179 случаях (Рис.2).

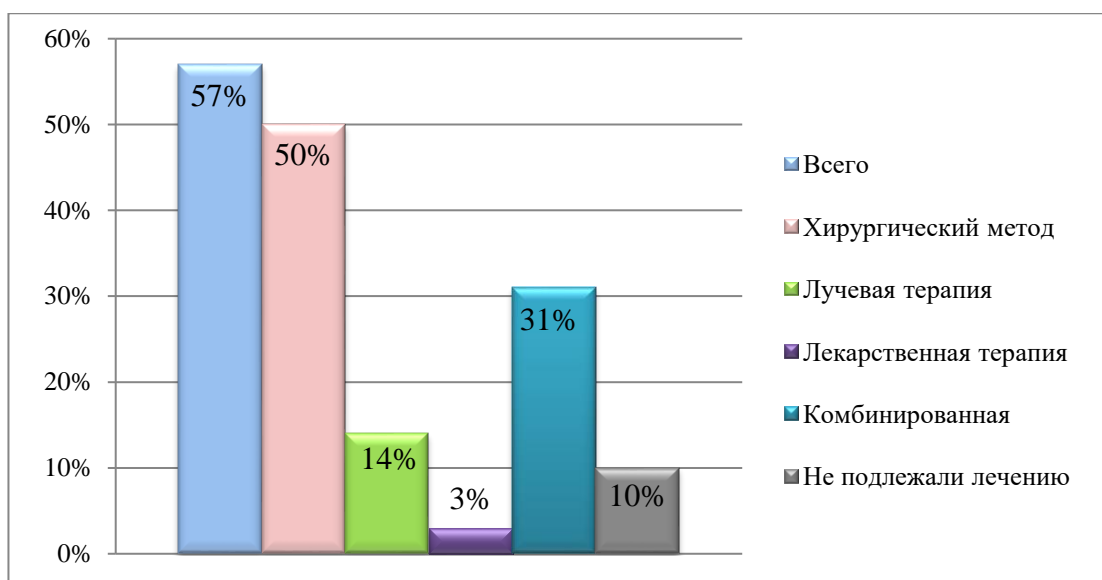


Рис. 2. Виды лечения

Основные показатели хирургической работы более наглядно представлены во 2 таблице.

Таблица 2

Хирургическая работа онкологического диспансера за 2018 год

Наименование операции	Количество, Всего	С применением высоких медицинских технологий
Всего операций	4550	220
Эндокринная система	229	-
Органы уха, горла, носа	77	-
Органы дыхания	273	5
Сердце	1	-
Сосуды	6	-
Брюшная полость	546	49
Почки и мочеточники	164	31
Мужские половые органы	97	-
Женские половые органы	682	71
Костно-мышечная система	32	-
Молочная железа	1262	58
Кожа и подкожная клетчатка	528	-
Средостение	4	-
Пищевод	24	3
Прочее	625	3

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями является одной из актуальных проблем отечественного и мирового здравоохранения. Одной из приоритетных задач, наравне с развитием современных методик

лечения в этой сфере, является снижение смертности от новообразований и улучшение качества жизни онкологических больных.

Несомненно, роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами с ЗНО играет важную роль. В связи с этим, считаем важным провести мониторинг особенностей организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара. Рост заболеваемости ЗНО является одной из актуальных проблем отечественного и мирового здравоохранения. Одной из приоритетных задач, наравне с развитием современных методик лечения в этой сфере, является снижение смертности от новообразований и улучшение качества жизни онкологических больных.

2.3. Изучение особенностей сестринского ухода за онкологическими пациентами в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»

С целью выявления особенностей организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара мы провели анкетирование медицинских сестер и пациентов. В анкету для медицинских сестер (Приложение 1) и пациентов (Приложение 2) входило по 9 вопросов, главной задачей которых было выявление особенностей сестринского ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями в условиях стационара. В анкетировании приняли участие 30 медицинских сестер онкологического диспансера и 30 пациентов, получающих лечение в данном учреждении.

Провели анкетирование медицинских сестер, в котором установили особенности их работы и своевременное осуществление помощи пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями.

Профессиональный стаж – это продолжительность работы с особыми условиями труда застрахованного лица в течение определенного времени, на протяжении которого медицинская сестра имеет право повышать квалификацию.

Мы определили профессиональный стаж медицинских сестёр, так как он играет очень важную роль в работе медицинского персонала.

Анализ анкетирования позволяет отметить, что более 35% респондентов имеют профессиональный стаж менее 5 лет, почти 30% анкетированных свидетельствовали о том, что их стаж составил 10-15 лет, 20% от общего числа имеют стаж 5-7 лет, а 15% работают более 16 лет (Рис. 3).

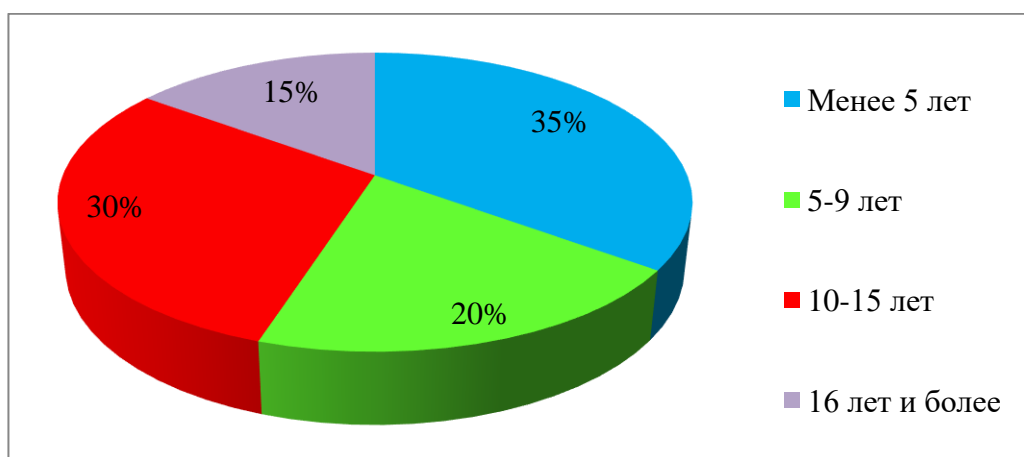


Рис. 3. Профессиональный стаж медицинских сестёр

Особенностью ухода за больными со злокачественными новообразованиями является необходимость учета психологического статуса пациентов. В настоящее время пациент имеет право знать свой диагноз, но терминов «рак», «саркома» следует избегать и заменить их словами «язва», «сужение», «уплотнение» и т.д.

Во всех выписках и справках, выдаваемых на руки больным, диагноз должен быть наиболее понятным для пациента.

Следует быть особенно осторожным в беседе не только с больными, но и с их родственниками.

Нами установлено, что 97% анкетированных медицинских сестер считают важным использовать понятные для пациента термины, так же более доступно объяснять пациентам и их родственникам ход назначенных манипуляций, а 3% анкетированных затруднились дать ответ на поставленный вопрос (Рис. 4).

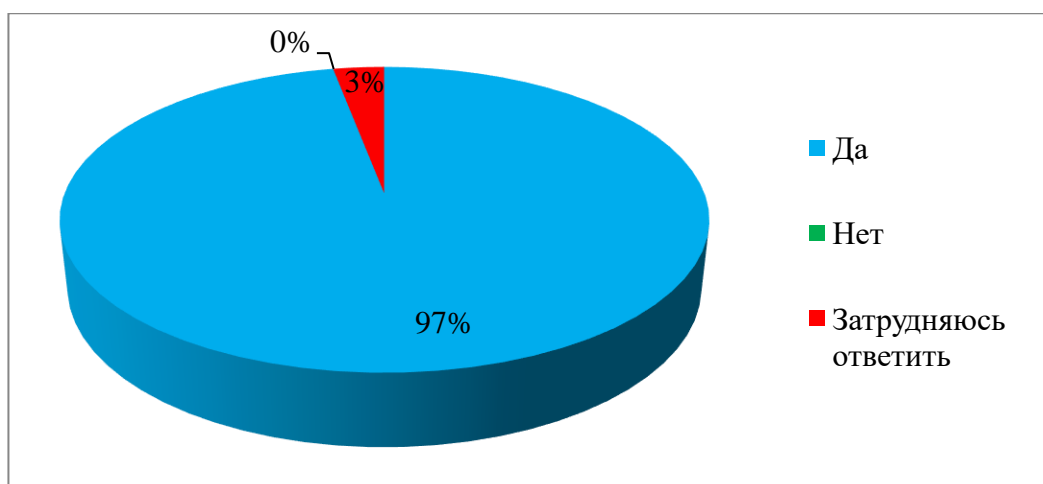


Рис. 4. Использование понятных терминов в беседах с пациентами

Для пациентов с онкологическими заболеваниями важен правильный режим питания. Больной должен получать пищу, богатую витаминами и белками, не менее 4-6 раз в день, причем следует обращать внимание на разнообразие и вкусовые качества блюд. Придерживаться каких-либо специальных диет не следует, нужно лишь избегать чрезмерно горячей или очень холодной, грубой, жареной или острой пищи. На клинически проявляющихся стадиях развития любых злокачественных новообразований показано усиленное белковое питание.

Причиной такой необходимости служит более активный распад белков в организме. Именно поэтому нами было установлено, что практически все медицинские сестры дают пациентам рекомендации о пользе правильного и необходимого питания (Рис. 5).

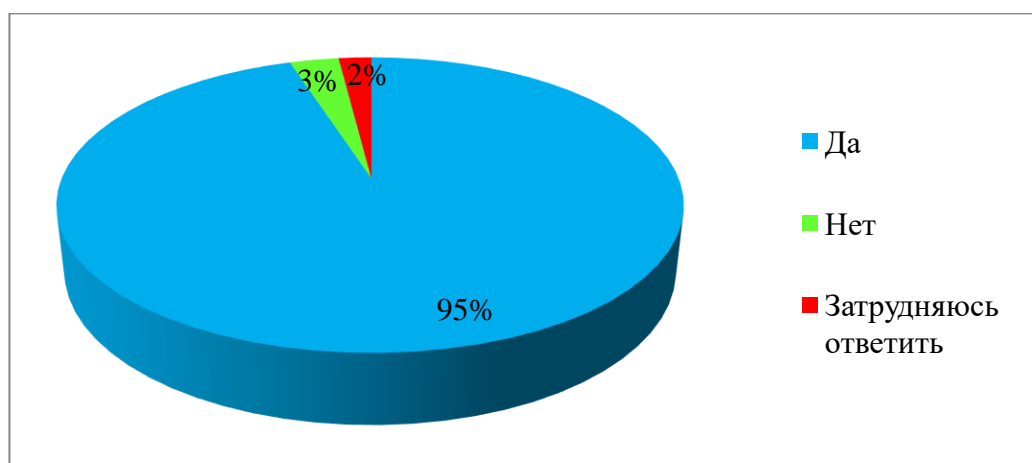


Рис. 5. Рекомендации для пациентов о пользе правильного питания

У пациентов с онкологическими заболеваниями часто возникает такой симптом как рвота. Медицинская сестра должна обеспечивать спокойную окружающую обстановку, по возможности уменьшать влияние тех факторов, которые могут спровоцировать тошноту и рвотные рефлексы. Например, не предлагает пациенту пищу, которая вызывает у него тошноту, кормит маленькими порциями, но чаще, не настаивает на приеме пищи, если пациент отказывается есть.

При наблюдении мы установили, что медицинские сестры обеспечивают спокойную окружающую обстановку для больных и по возможности снижают те факторы, которые могут вызывать тошноту или же рвотные рефлексы.

Медицинские сестры заботятся о том, чтобы рядом с пациентов постоянно находилась ёмкость для рвотных масс, и чтобы он всегда мог вызвать помощь. После рвоты пациенту нужно дать воды, чтобы он мог прополоскать ротовую полость.

Мы установили, что 98% медицинских сестёр предоставляет пациенту емкость для рвотных масс, обучает пациента основным принципам ухода за полостью рта и объясняет ему, почему это так необходимо, а так же даёт нужное количество воды для того, чтобы пациент мог прополоскать ротовую полость. Около 2% от общего числа ответили, что не регулярно проводят данные манипуляции (Рис. 6).

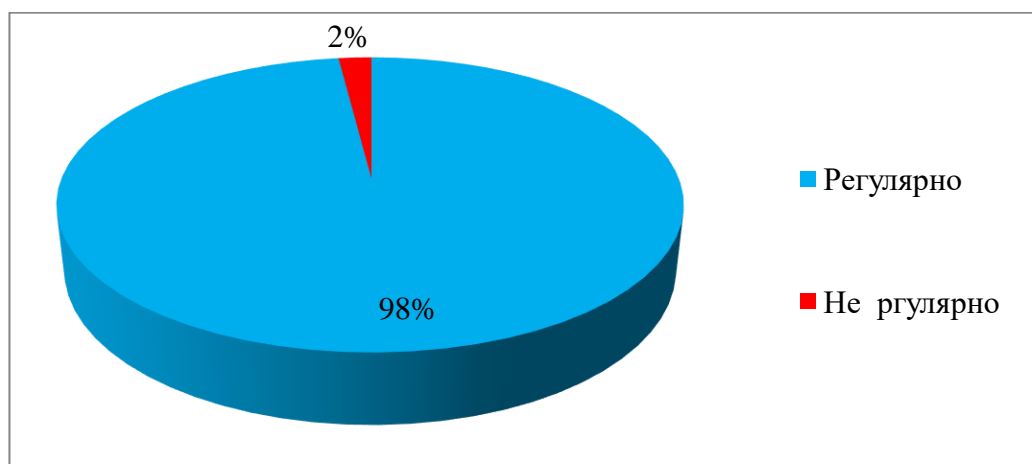


Рис. 6. Наблюдение за пациентами при тошноте и рвотных рефлексах

Известно, что люди, страдающие онкологическими заболеваниями часто подвержены различным инфекционным осложнениям, таким как гепатиты, ВИЧ-инфекции и др. Мы задались вопросом, осуществляют ли медицинские сестры мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенических норм в стационаре, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции и других осложнений.

В связи с этим нами было выявлено, что большинство медицинских сестер осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в стационаре, так же соблюдаются правила предупреждения постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекций и др. (Рис. 7).

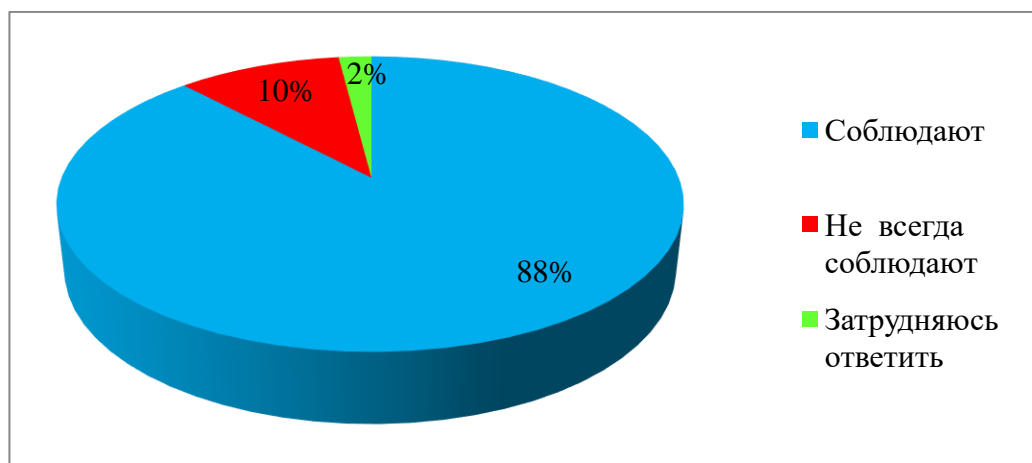


Рис .7. Соблюдение санитарно-гигиенических норм

Возникла необходимость, выявить следят ли медицинские сестры за психологическим статусом онкологических больных находящихся на лечении в диспансере. На основании наблюдений было выяснено, что медицинские сестры следят за психологическим статусом пациентов очень тщательно, поскольку это очень важно для положительного результата дальнейшего лечения.

Многие медицинские сестры очень подвержены стрессам, связанным с летальными исходами пациентов находящихся на лечении. Исходя из ответов анкетированных медицинских сестер, было выяснено, что около 57% очень часто подвержены стрессам тесно связанным с летальными исходами пациентов, 30%

ответили, что стрессовым ситуациям подвержены редко, а 13% вовсе не испытывают стрессов связанных с поставленным вопросом (Рис. 8).

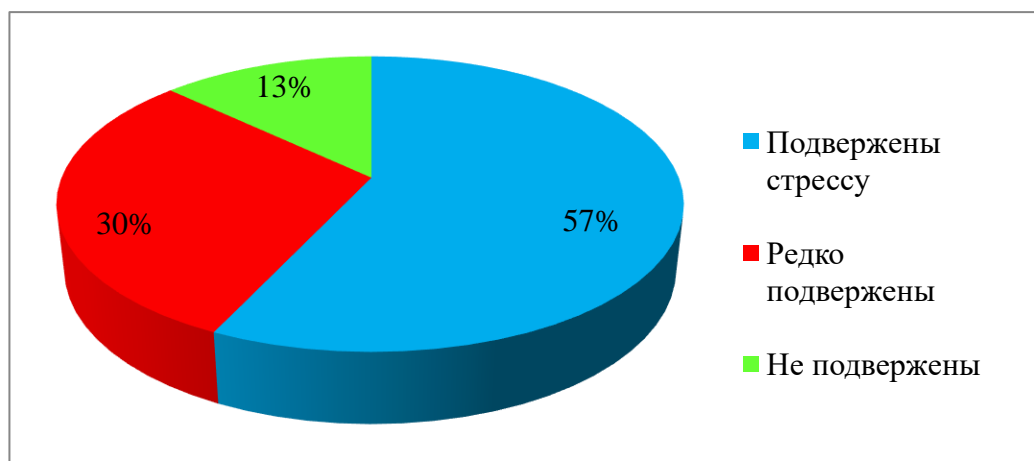


Рис. 8. Стрессоустойчивость медицинских сестер

На вопрос: «Довольны ли Вы своей работой?», ответы медицинских сестер распределились следующим образом: 57% полностью довольны, 41% опрошенных не всегда довольны своей работой, и 2% категорически недовольны (Рис. 9).

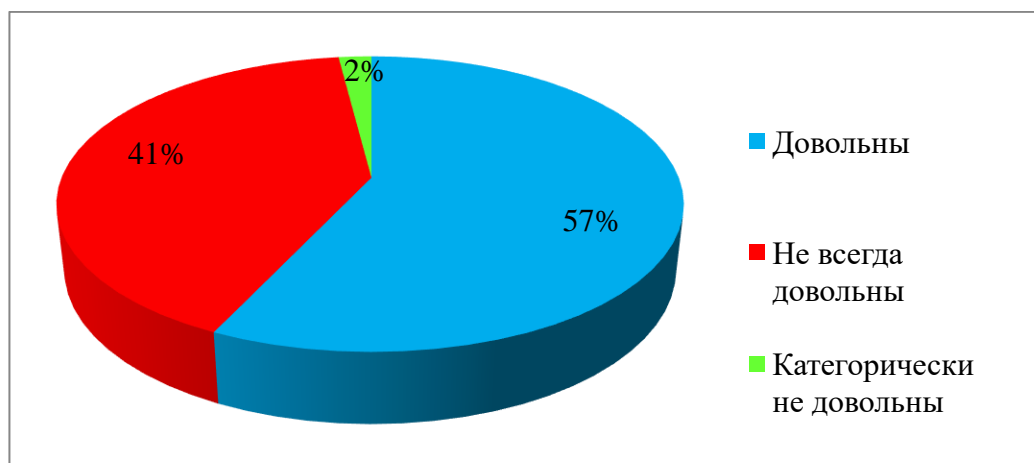


Рис. 9. Удовлетворенность медицинских сестер своей работой

Комфортные условия, созданные на рабочем месте – это залог успешной работы всего коллектива. На вопрос: «Созданы ли в диспансере комфортные условия для вашей работы?» респонденты ответили следующим образом: 65% считают, что условия вполне комфортны, 5% недовольны условиями работы, 30% опрошенным хотелось бы изменить некоторые моменты (Рис. 10).

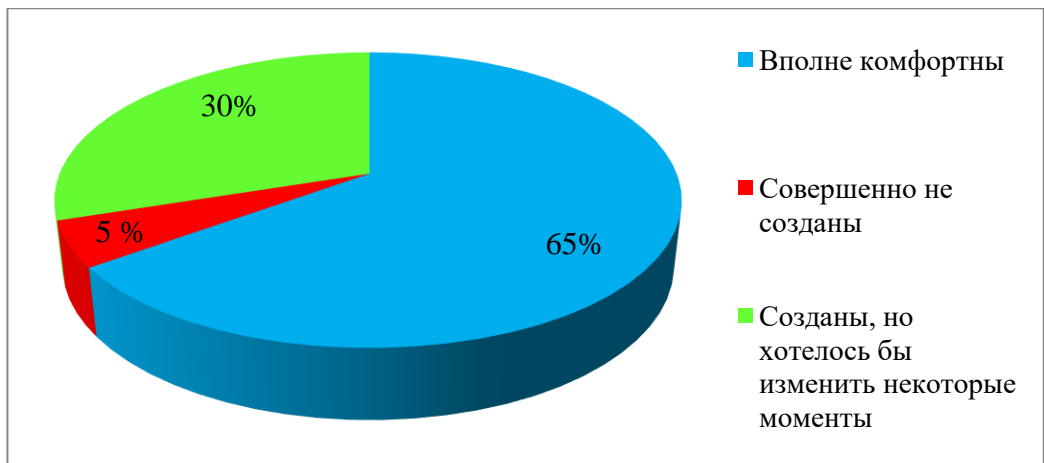


Рис. 10. Условия профессиональной деятельности

В результате можно предположить, что в диспансере условия для работы медицинских сестер вполне комфортны.

В ходе проведенного опроса мы узнали «Что вызывает трудности в работе больше всего?». Предложенные варианты ответов, нужно было распределить в % соотношении, от самого сложного – больше всего процентов, к самому не затрудняющему работу варианту – меньше процентов (Рис. 11).

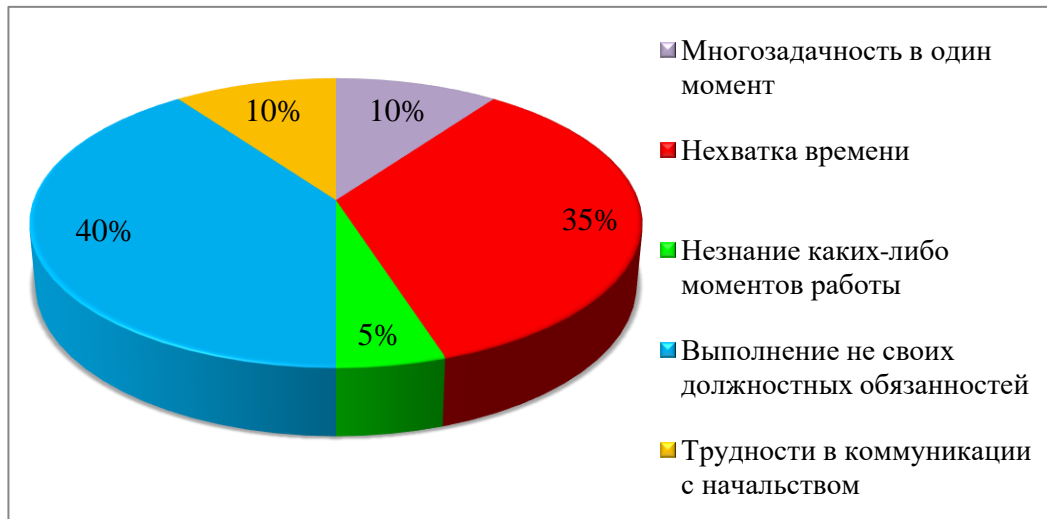


Рис. 11. Соотношение показателей трудностей в работе

Из полученных данных, четко видно, что труднее всего выполнять не свои должностные обязанности (40%), т.е. медицинские сестры получают дополнительную нагрузку не связанную с их работой. Второе место занимает нехватка времени (35%), далее одномоментная многозадачность (10%) и трудности в общении с начальством (10%).

С целью выявления особенностей организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара мы провели анкетирование и пациентов.

Одним из вопросов стоящих перед нами было необходимость выявления удовлетворительной оценки работы медицинских сестёр при объяснении пациентам тех или иных целей лечения и диагностических мероприятий. Нами было установлено, что 95,5 % респондентов считают, что медицинская сестра достаточно доходчиво объясняют цель лечения и диагностических мероприятий, а 4,5 % дали ответ «нет» (Рис. 12).

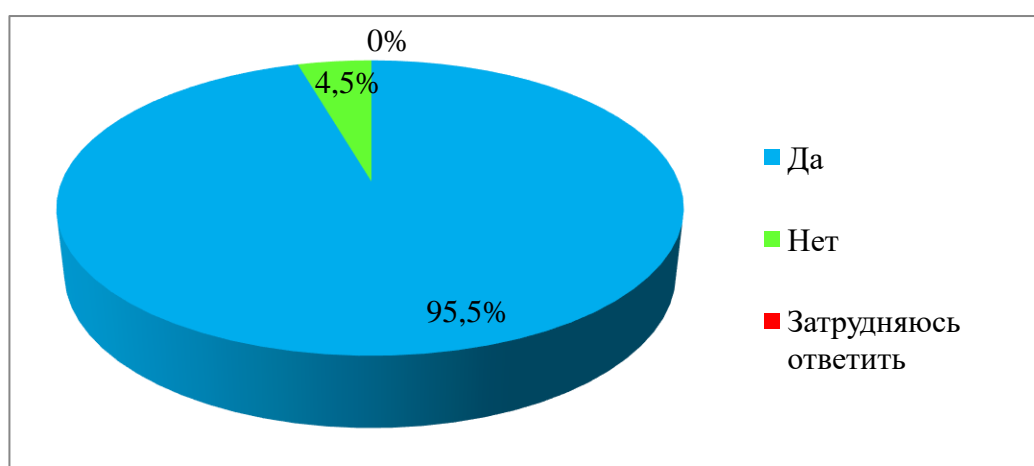


Рис. 12. Мнение пациентов о работе медицинских сестёр

В дальнейшем мы рассмотрели, своевременно ли медицинские сестры решают или могут решить проблемы, возникающие у пациентов (Рис. 13).

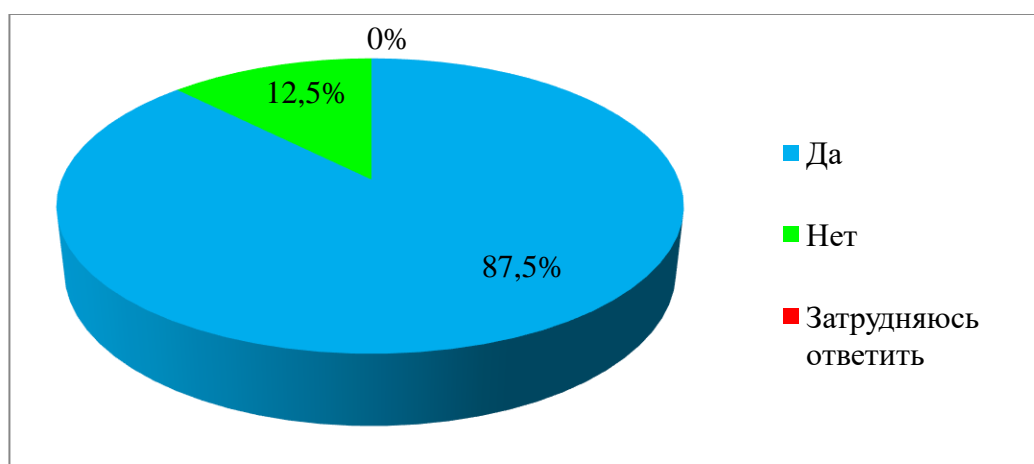


Рис. 13. Оценка решения проблем возникающих у пациентов

Таким образом, по вопросам анкетирования мы выяснили, что 87,5% пациентов считают, что медицинские сестры своевременно решают возникающие у них проблемы, но 12,5% выразили недовольство, отношением медицинских сестер к решению проблем пациентов.

Так же мы выявили, что является одним из главных источников знаний об онкологических заболеваниях для пациентов. Выяснилось, что одним из основных источников информации об онкологических заболеваниях для пациентов является интернет, так ответили более 50% опрошенных респондентов (Рис. 14).

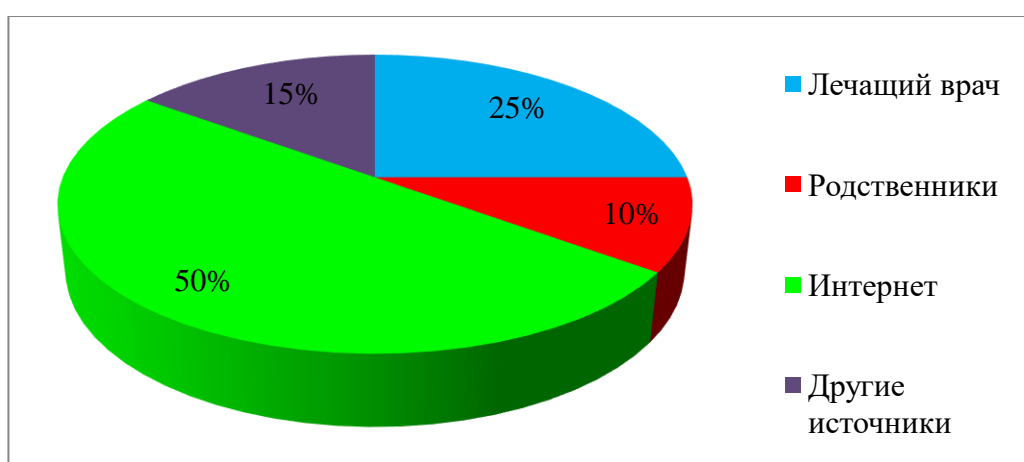


Рис. 14. Источник информации для пациентов о заболевании

Правильная техника проведения различных манипуляций играет важную роль в улучшении состояния пациентов. Поэтому пациентами был оценен уровень работы медицинских сестёр при проведении манипуляций (Рис. 15).

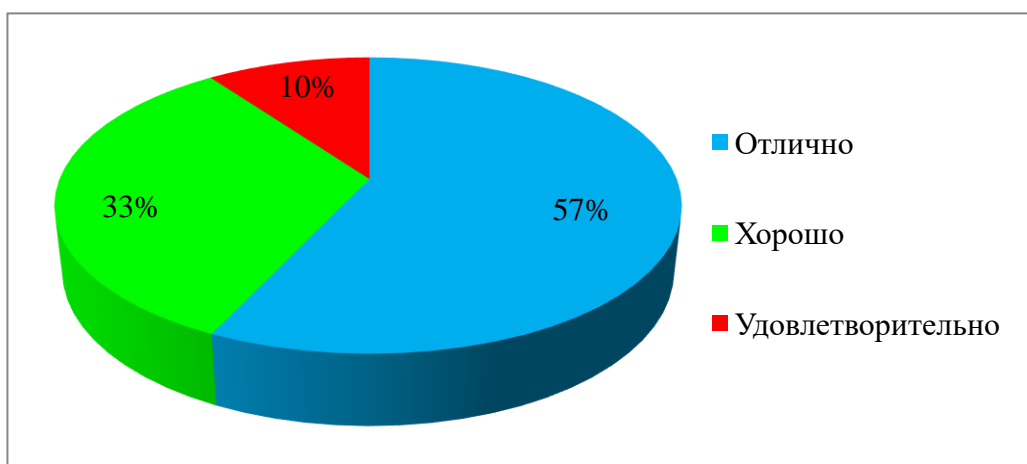


Рис. 15. Оценка работы медицинской сестры при проведении манипуляций

Результат анкетирования говорит о том, что более 57% респондентов считают выполнение различных манипуляций медицинскими сестрами диспансера – отличное, 33% – хорошее и 10% – удовлетворительно.

Далее мы попытались выяснить, что вызывает у пациентов дискомфорт и беспокойство. Из ответов пациентов прошедших анкетирование мы выяснили, что является наиболее распространенными причинами вызывающими дискомфорт и беспокойство у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями (Рис. 16).

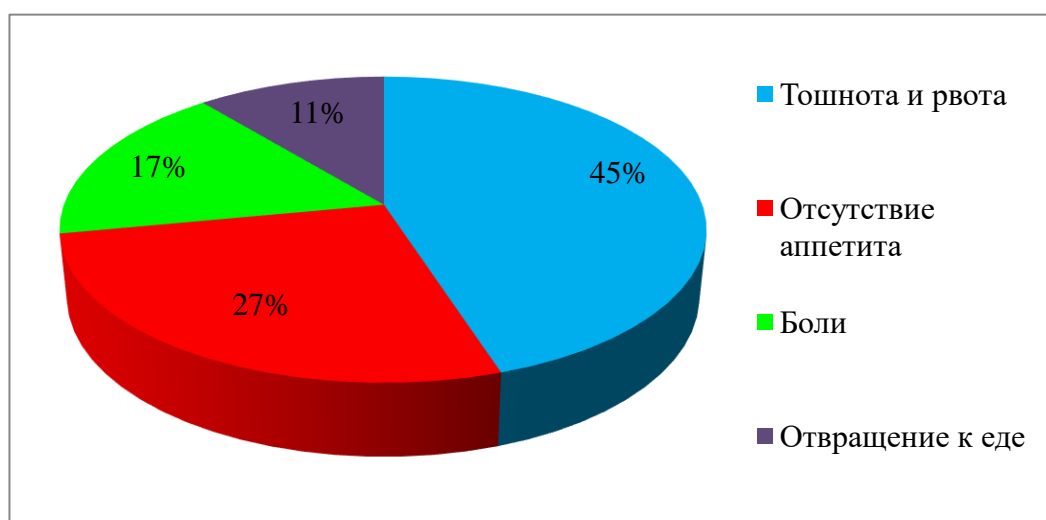


Рис. 16. Причины дискомфорта возникающие у пациентов

Более 45% ответили, что дискомфорт у них вызывают тошнота и рвотные рефлексы, 27% оповестили о том, что беспокойство вызвано отсутствием аппетита, 17% рассказали о болевых ощущениях причиняющих неприятный дискомфорт, а 11% сказали о том, что у них возникло отвращение к мясным продуктам.

В ходе анкетирования также было выяснено, как пациенты оценивают методы лечения и качество сестринского ухода в онкологическом диспансере. Высоко методы лечения оценили 28%, среднюю оценку дали 46% и низкую 26%, такой результат, может говорить о моральном состоянии пациентов. Качество сестринского ухода высоко оценивают 62% опрошенных, 34% считают качество средним и 4% оценили его как низкое (Рис. 17).

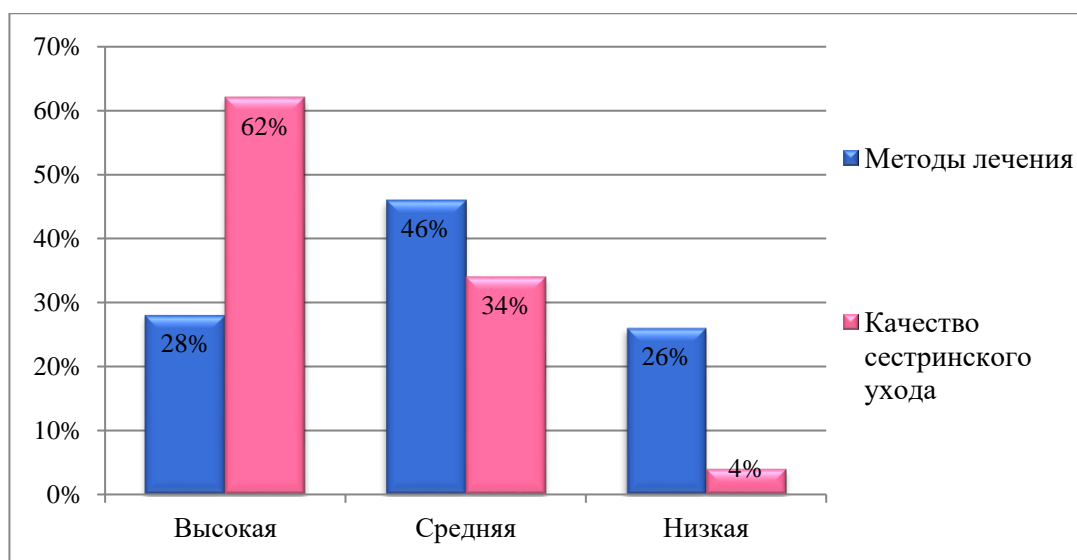


Рис. 17. Оценка методов лечения и качества сестринского ухода в онкологическом диспансере

В данной работе были изучены особенности организации сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара.

Актуальность рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика и заключается в том, что, в связи с увеличением заболеваемости злокачественными новообразованиями растет потребность в оказании онкологическим пациентам специализированной помощи, особое внимание уделяется сестринскому уходу, так как медицинская сестра – это не просто помощник врача, а грамотно, самостоятельно работающий специалист, поэтому, пациенты довольно высоко оценили труд медицинской сестры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе были изучены особенности ухода медицинской сестры за онкологическими пациентами. Актуальность рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика и заключается в том, что, в связи с увеличением заболеваемости злокачественными новообразованиями растет потребность в оказании онкологическим пациентам специализированной помощи, особое внимание уделяется сестринскому уходу, так как медицинская сестра - это не просто помощник врача, а грамотно, самостоятельно работающий специалист. В ходе исследования были использованы теоретические и эмпирические методы. Проведен анализ двадцати литературных источников по теме исследования, который показал актуальность темы и возможные пути решения проблем по особенностям сестринского ухода за онкологическими пациентами в условиях стационара.

Подводя итог проделанной работы, можно сформулировать следующие **выводы:**

1) Результат исследования уровня информированности пациентов с онкологическими заболеваниями о своем состоянии на констатирующем этапе определил, что у большей части опрошенных значительно снижен уровень осведомленности о своём заболевании. Наиболее часто пациенты не владеют должной информацией об онкологических заболеваниях. При отсутствии необходимой осведомленности, возрастает риск запущенных стадий злокачественных новообразований.

2) Знания о заболевании и самоконтроль – основа успешного лечения и профилактики обострений злокачественных новообразований. Успешное лечение онкологических заболеваний подразумевает, что медицинская сестра и пациент вместе работают над улучшением самочувствия и повышением уровня здоровья. Чтобы пациент со злокачественным новообразованием мог успешно справляться со своим заболеванием, он должен знать как можно больше о признаках, причинах, осложнениях и лечении данного заболевания.

3) Была проведена беседа с пациентами, которая содержала сведения о заболевании, осложнениях, первых признаках обострения заболевания; способах оказания доврачебной помощи при различных приступах, навыках самоконтроля своего состояния; лекарственных средствах, используемых при данном заболевании, способах и мерах первичной профилактики заболевания.

4) На основании анкетирования, наблюдения и опросов медицинских сестер мы выяснили, что почти у всех обширный профессиональный стаж и каждая медицинская сестра стремится к повышению своей квалификации. Также все медицинские сестры строго соблюдают все предписанные нормы работы с пациентами.

5) В ходе исследования были разработаны необходимые для пациентов и их родственников рекомендации, благодаря соблюдению которых состояние больного будет значительно улучшаться.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Побуждайте пациента к самообслуживанию: самостоятельному проведению гигиенических процедур, приему пищи и др. Не раздражайтесь, если больной делает это не так быстро и качественно, как медицинская сестра.

Смену нательного и постельного белья надо производить по мере его загрязнения, но не реже двух раз в неделю. В теплое время года и сильно потеющим больным белье приходится менять раз в сутки и чаще.

Помогайте поддерживать чистоту и порядок на околоркроватной тумбочке, регулярно протирайте ее поверхность и внутренние отделы антисептическими средствами. Следите за тем, чтобы у тяжелых (лежачих) больных на тумбочке всегда стояла свежая вода, имелся поильник.

Устранение запахов. Для устранения запахов необходимо частое проветривание палаты или комнаты, где находится больной. При этом медицинская сестра должна следить за тем, чтобы больной не переохладился. Нужно укрыть пациента одеялом, а на его голову надеть платок или шапочку. Не следует оставлять беспокойных больных, которые могут раскрыться, одних. В случае переохладения у ослабленных лежачих больных быстро развивается пневмония. Желательно оборудовать палату кондиционером с регулируемым режимом воздухообмена, температуры и влажности или оснастить все отделение приточно-вытяжной вентиляцией. Применение дезодорантов – освежителей воздуха – не всегда дает желаемый эффект: нередко происходит наслоение, а не устранение запахов. К тому же, у некоторых пациентов может появиться аллергическая реакция на дезодорант. Для устранения неприятных запахов разжигайте специальные ароматические кадилаицы с маслами, ароматами, благовониями. Самый надежный способ устранения запахов – постоянное поддержание чистоты в помещении, где находится больной, и самого больного. Способствуют устранению запахов регулярная обработка раны и смена дайперсов. Если у пациента имеется колостома, калоприемники нужно менять по мере их наполнения. Тщательно обрабатывайте судно или

утку после их использования: после загрязнения эти предметы замачиваются в хлорсодержащем растворе «Анолит» или «Септохлораль» в специально отведенном для этого помещении. Поверхности околокроватного столика или тумбочки протирайте раствором пищевой соды или уксуса.

Гигиенические мероприятия (туалет) должны производиться дважды в день – утром и вечером. В стационарных условиях туалет состоит из следующих компонентов: чистки зубов, умывания лица, глаз, ушей, шеи, рук, причесывания больного и перестилания постели. Если пациент страдает недержанием мочи и/или кала, его подмывание производят по мере необходимости, но не менее двух раз в день. Туалет начинается с гигиены полости рта. Тщательный уход за полостью рта предотвращает развитие инфекции и устраняет неприятный запах изо рта.

Общие правила ухода за полостью рта включают ежедневный расспрос пациента о наличии в ней неприятных ощущений и запахов, внимательный осмотр ротовой полости. Зубные протезы необходимо после каждого приема пищи чистить зубной пастой, а на ночь класть в раствор антисептика. Если способность к самообслуживанию у пациента значительно снижена, то необходимо помогать ему чистить зубы утром и вечером, а после каждого приема пищи полоскать ротовую полость раствором пищевой соды (1 ч. ложка на 450 мл воды) или теплым отваром ромашки. Для гигиенической обработки полости рта необходимо иметь специально выделенные пластмассовый тазик и кружку. Для обработки полости рта у парализованных и ослабленных больных необходимо приготовить антисептический раствор (перманганата калия 1:10 000, фурацилина 1:5000, 2% раствор пищевой соды), шпатель, марлевые тампоны. Перед началом обработки необходимо рассказать пациенту о предстоящей процедуре. Затем медицинская сестра надевает перчатки, накрывает грудь пациента полотенцем или специальной впитывающей салфеткой и ставит на это покрытие пластмассовый тазик. Прежде всего, смоченным в растворе антисептика марлевым тампоном обрабатывают зубы пациента. Затем, придерживая кончик языка одной рукой, другой при помощи

шпателя, обернутого стерильной марлевой салфеткой, удаляют налет в направлении от корня языка к кончику. Трещины на языке и губах смазывают глицерином, вазелином или детским кремом.

Уход за наружным слуховым проходом направлен на удаление серных пробок и предупреждение отита. Перед удалением серных пробок их необходимо в течение трех дней размягчать 3% раствором перекиси водорода (по 2 капли 4-6 раз в день в каждое ухо). Затем марлевой турундой осторожными вращательными движениями проводят удаление серной пробки. Ушную раковину при этом оттягивают вверх и назад. При наличии гнойных выделений показаны консультация ЛОР-врача и назначение антибиотиков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вельшер, Л.З. Клиническая онкология [Текст] / Избранные лекции. Учебное пособие, 2016. – 496 с.
2. Волков, С.Р. Понятие об абсолютных и относительных величинах [Текст] / Статистическая обработка материала. / Главная медицинская сестра. – 2017. – №10. – с. 73-95.
3. Володин, Б.Ю. Комплексная программа изучения личности онкологических больных в процессе психологической реабилитации [Текст] / Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – №2-3. – с. 62.
4. Ганцев, Ш.Х. Некоторые нерешенные проблемы современной онкологии [Текст] / Ш.Х.Ганцев // Онкология: теория и практика. – 2017. – № 2. – С.9-10. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412145.html>
5. Горбунова, В.А.. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний [Текст] / Учебное пособие, 2015. – 688с.
6. Грушина, Т.И. Медицинская реабилитация онкологических больных [Текст] / М., СПб. – 2018. – 90 с.
7. Двойников, С.И. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела, 2018. – 336с.
8. Дементьев, А.С. Химиотерапия в онкологии [Текст] / С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова // стандарты медицинской помощи, 2017. – 800с.
9. Долженкова, В.В. Социальный пакет медицинского персонала онкологического диспансера [Текст] / В.В. Долженкова // Университетская наука: Взгляд в будущее. Сборник трудов 71-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 2-х томах. – Курск: КГМУ, 2016. – Т.2. – С.309 – 310
10. Долженкова, В.В. Факторы риска неудовлетворенности работы медицинского персонала онкодиспансера [Текст] / В.В. Долженкова, Г.А. Сидоров // Безопасность жизнедеятельности молодежи: проблемы и пути их

решения: материалы международной научно-практической конференции. В 2-х томах. Ч. 1. – Уфа: Изд. БГПУ, 2016. – С.180-183.

11. Долженкова, В.В. Информированность населения об онкологической патологии / В.В. Долженкова [Текст] // Университетская наука: Взгляд в будущее. Сборник трудов 73-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3-х томах. – Курск: КГМУ, 2018. – Т. 1. – С.221.

12. Заридзе, Д.Г. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения [Текст] // Российский онкологический журнал. – 2016. – № 2. – С.5-14.

13. Новиков, Г.А. Специализированное лечение в системе паллиативной помощи онкобольным [Текст] / Российский онкологический журнал/ М. – 2014. – №4. – с. 41-44.

14. Новикова, Г.А. Контроль симптомов в паллиативной медицине [Текст] / Библиотека врача-специалиста, 2017. – 272с.

15. Петрова, Г.В. Злокачественные новообразования в России [Текст] / (обзор статистической информации за 1998-2018 гг.), 2015. – 480с.

16. Федотова, Б.Е. Психосоциальные аспекты реабилитации раковых больных [Текст] / Бюллетень СГМУ. – 2015. – №1. – ст. 117-119.

17. Хетагурова, А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы [Текст] / ВУНМЦ / М. – 2003. – 156 ст.

18. Чернова, О.В. Уход за онкобольными [Текст] / Ростов-на-Дону. – «Феникс» – 2016. – с. 95-112.

19. Чиссов, В.И. Разработка высокотехнологических методик профилактики, диагностики и лечения, повышающих качество жизни онкологических больных [Текст] / Отчет по отраслевой программе/ Российский онкологический журнал/ М. – 2014. – №6. – с. 42-46.

20. Чиссова, В.И., Давыдова М.И. Онкология [Текст] / Национальное руководство, 2018. – 576 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Уважаемые респонденты!

*С целью оценки и изучения характера собственной деятельности и трудностей в работе среднего медицинского персонала проводится **анкетирование**. Просим Вас ответить на приведенные ниже вопросы, выделив ответы, любим удобным вам способом.*

Анкетирование проводится анонимно.

1. Профессиональный стаж:
 - а) 16 лет и более;
 - б) 10-15 лет;
 - в) 5-9 лет;
 - г) менее 5 лет.
2. Считаете ли Вы важным использовать понятные для пациента термины и так же более доступно объяснять пациентам и их родственникам ход назначенных манипуляций?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить.
3. Даете ли Вы пациентам рекомендации о пользе правильного питания?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить.
4. Подаете ли ёмкость для рвотных масс, обучаете ли пациента основным принципам ухода за полостью рта и объясняете ему, почему это так необходимо?
 - а) регулярно;
 - б) не регулярно.
5. Осуществляете ли Вы мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в стационаре, так же соблюдаются ли правила предупреждения постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекций?
 - а) да, соблюдают;
 - б) не всегда соблюдают;
 - в) затрудняюсь ответить.
6. Испытываете ли Вы стрессы из-за летальных исходов на рабочем месте?
 - а) подвержены стрессу;
 - б) редко подвержены;
 - в) не подвержены.
7. Довольны ли вы своей работой?
 - а) довольны;
 - б) не всегда довольны;
 - в) категорически не довольны.
8. Созданы ли в диспансере комфортные условия для вашей работы?
 - а) вполне комфортны;
 - б) совершенно не созданы;
 - в) созданы, но хотелось бы изменить некоторые моменты.
9. Что вызывает трудности в работе больше всего?
 - а) многозадачность в один момент;
 - б) нехватка времени;
 - в) незнание каких-либо моментов работы;
 - г) выполнение не своих должностных обязанностей;
 - д) трудности в коммуникации с начальством.

Благодарим за внимание!

Анкета

Уважаемые респонденты!

С целью выявления удовлетворенности пациентов качеством медицинского ухода проводится анкетирование. Просим Вас ответить на приведенные ниже вопросы, выделив ответ любым способом. Анкетирование проводится анонимно.

1. Укажите ваш пол:
 - а) мужской;
 - б) женский.
2. Укажите ваш возраст:
 - а) 18-25;
 - б) 26-40;
 - в) 41-55;
 - г) 56 и более
3. Достаточно доходчиво медицинская сестра объяснила Вам цель лечения и диагностических мероприятий?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить;
4. Своевременно ли медицинские сестры решают или могут решить проблемы, возникающие у пациентов?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) затрудняюсь ответить;
5. Что или кто является одним из основных источников информации об онкологических заболеваниях для пациентов?
 - а) лечащий врач;
 - б) родственники
 - в) интернет;
 - г) другие источники;
6. Как Вы оцениваете работу медицинской сестры при проведении манипуляций?
 - а) отлично;
 - б) хорошо;
 - в) удовлетворительно;
7. Что доставляет Вам наибольшее беспокойство и дискомфорт?
 - а) болевые ощущения;
 - б) тошнота, рвота;
 - в) отсутствие аппетита;
 - г) отвращение к еде;
8. Как Вы оцениваете методы лечения в онкологическом диспансере?
 - а) высоко;
 - б) средне;
 - в) низко.
9. Как Вы оцениваете качество сестринского ухода в онкологическом диспансере?
 - а) высоко;
 - б) средне;
 - в) низко.

Благодарим за внимание!