**Курсовая работа**

**Сестринский уход при раке легких**

**Оглавление**

Введение

Глава 1. Рак лёгких как одна из важных медико-социальных проблем современного мегаполиса

1.1 Клиническая картина, диагностика, лечение рака лёгких

1.1.1 Клиническая картина рака лёгкого

1.1.2 Диагностика рака лёгкого

1.1.3 Лечение рака лёгкого

1.2 Особенности ухода за онкологическими больными с раком лёгких

1.3 Новые методы по уходу за онкологическими больными

Глава 2. Особенности медицинской сестринской помощи онкологическим больным с раком лёгких в отделении пульмонологии СПбГМУ имени И.П.Павлова

2.1 Организация работы клиники пульмонологии

2.2 Роль медицинской сестры в процессе сестринского ухода за пациентами с раком лёгкого в отделении пульмонологии СПбГМУ имени И.П.Павлова

2.3 Изучение приоритетных проблем пациента с раком лёгкого

Глава 3. Новые методы в организации процесса сестринского ухода

3.1 Организация “школы” онкологического больного на отделении пульмонологии СПбГМУ имени И.П.Павлова

3.1.1 Задачи школы

3.1.2 Основные методы, используемые в работе школы

3.1.3 Оценка эффективности работы школы

Заключение

Список изученной литературы

Приложение

**Введение**

Рак – это патологическое разрастание атипичных эпителиальных клеток, которые замещают нормальные ткани. Изучением причин, механизмов развития и клинических проявлений, разработкой методов диагностики, профилактики и лечения рака занимается онкология.

Актуальность выбранной темы: как заболевание человека рак известен в течение многих веков. В общей структуре злокачественных опухолей рак составляет около 90%.

Рак лёгкого одна из самых актуальных проблем клинической онкологии. С начала 20-го века заболеваемость населения раком лёгкого выросла в несколько раз. Во многих развитых странах (Англия, Бельгия, Голландия, Япония, Германия, США) это заболевание в структуре онкологических болезней занимает 1-е место среди мужской части населения. Мужчины болеют раком лёгкого значительно чаще, чем женщины (в соотношении 4:1) [8].

Рост заболеваемости раком лёгкого начался в 40-е годы.

Рак лёгкого - наиболее распространённое в мировой популяции злокачественное новообразование. По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), в мире ежегодно диагностируют около 1 миллиона новых случаев рака лёгкого, что составляет более 12% от числа всех выявленных злокачественных новообразований [6}.

Заболеваемость населения раком лёгкого за последние 50 лет во многих странах имеет неуклонную тенденцию к росту. В структуре онкологических заболеваний у мужчин рак лёгкого составляет 25%, среди женского населения - 4,3% [7].

В мире самая высокая заболеваемость раком лёгкого (80-90 на 100 тысяч) у мужчин в США, Новой Зеландии. Заболеваемость у женщин в 3-10 раз ниже, чем у мужчин.

В России рак лёгкого занимает 1-е место в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями (15%) и смертности от них (21%). Более 85% заболевших составляют мужчины. Заболеваемость раком лёгкого в России у мужчин составляет 66 на 100 тысяч населения, у женщин-6,9. Самые высокие показатели заболеваемости раком лёгкого у мужчин в Саратовской области, в Калмыкии, в Омской области{7}.

Заболеваемость злокачественными опухолями лёгкого повышается с увеличением возраста мужского и женского населения в группе 70-75 лет. Возраст почти 70% больных превышает 60 лет.

Уровни заболеваемости злокачественными новообразованиями лёгкого являются комплексным отражением факторов риска, эффективности диагностики и качества регистрации медицинской помощи, влияющей на выживаемость больных, и качеством регистрации причин смерти. В последнее десятилетие сестринский процесс изучается как научный метод сестринского ухода с использованием современных технологий и методов. В настоящее время медицинские сёстры решают различные проблемы пациента, как физиологические, так и психологические и духовные.

По вопросам диагностики, лечения, реабилитации, ухода существует большое количество отечественной и зарубежной литературы, однако недостаточно изучены особенности процесса сестринского ухода за пациентами со злокачественными опухолями лёгких с использованием новых инновационных технологий. Это и определило актуальность выбранной темы.

В целом эпидемиологические и статистические данные о высокой распространённости рака лёгкого, его значительном удельном весе в структуре смертности населения большинства стран, отсутствии существенного прогресса в лечении свидетельствуют о том, что рак лёгкого и в 21-м веке будет острой проблемой, выходящей за рамки медицинской.

Цели и задачи исследования

Цели исследования:

* Изучить особенности процесса сестринского ухода за онкологическими больными со злокачественными заболеваниями лёгких (рак лёгкого) на отделении клиники пульмонологии на базе Медицинского Университета имени И.П.Павлова.
* Организация и внедрение новых методов по уходу за онкологическими больными.

Для достижения целей работы поставлены следующие задачи:

- выявить особенности онкологических заболеваний органов дыхания;

- определить роль медицинской сестры в процессе сестринского ухода за пациентами со злокачественными заболеваниями лёгких;

- организация «школы» больного с онкологическими заболеваниями лёгких.

Объектом исследования является пациент со злокачественными заболеваниями лёгких.

Предметом исследования являются процесс сестринского ухода за пациентами с раком лёгкого и методы ухода за такими больными.

Место проведения исследования:

Исследование проводилось на базе Медицинского Университета имени И.П. Павлова, в клинике пульмонологии, на отделении пульмонологии. Клиника пульмонологии оказывает специализированную медицинскую помощь и проводит лечение онкологических больных, проживающих на территории города Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Методы и объём исследования:

В исследовательской работе приняло участие 30 пациентов с диагнозом рак лёгкого. Из них

20 мужчин и 10 женщин, находящихся в разной возрастной категории. Исследование проводилось с помощью анкет, которые носили анонимный характер. В анкете было задано 11 различных вопросов на предмет выявления приоритетных проблем пациента.

**Глава 1. Рак лёгких как одна из важных медико-социальных проблем современного мегаполиса**

1.1 Клиническая картина, диагностика, лечение рака лёгких

Рак лёгкого среди других злокачественных опухолей внутренних органов занимает особое место. Эти особенности определяются, с одной стороны, быстрым ростом заболеваемости, тенденцией к ещё большему ускорению темпов роста заболевания, а с другой стороны особенностями развития и течения опухоли в органе с богатым кровоснабжением, рано дающим лимфогенные и гематогенные метастазы. Исходными элементами роста опухоли могут быть покровный эпителий слизистой оболочки бронхов и эпителий бронхиальных слизистых желёз.

Быстрый рост заболеваемости раком лёгкого объясняется тем, что большинство современных людей, живущих в больших городах, ведёт малоподвижный образ жизни и постоянно вдыхает вредные вещества, имеющиеся в окружающем воздухе. Механизация, транспорт и особенности санитарного состояния крупных городов, несомненно, оказывают влияние на концентрацию и состав вдыхаемых канцерогенов. Они присутствуют в дорожной пыли и выхлопных газах автомобилей, грузовых машин и городского транспорта.

Жизнь города тесно связана с промышленными предприятиями, выбрасывающими в атмосферу большое количество металлической пыли, соединений никеля, мышьяка, асбеста, хрома и других веществ, оказывающих канцерогенное действие на лёгочную ткань.

Частота рака лёгкого находится в прямой зависимости от продолжительности и интенсивности потребления табака. Риск заболеть раком лёгких у курящих более двух пачек сигарет в день в 20 раз выше, чем у некурящих.

Широкие эпидемиологические исследования позволили установить, что одной из основных причин увеличения заболеваемости раком лёгкого у мужчин является курение, причём риск возникновения рака увеличивается пропорционально числу выкуриваемых сигарет, общей продолжительности курения, возрасту, в котором начато курение.

Многие исследователи указывают на рост заболеваемости среди женщин. В основном это связывается с распространением привычки молодых женщин курить, но также не исключается влияние эндокринных сдвигов, связанных с возросшим потреблением гормональных препаратов.

Профессиональная деятельность человека тесно связана с возникновением заболевания. Чаще рак лёгкого выявляет у шахтёров, маляров, токарей-станочников, у людей, работающих в цехах по производству лакокрасочных средств.

Причины возникновения рака лёгкого:

* курение
* загрязнение окружающей среды
* промышленное производство
* профессиональная деятельность человека
* хронические заболевания органов дыхания
* питание

На основании анализа данных литературы и результатов собственных наблюдений можно сделать вывод, что основными критериями повышенного риска развития рака лёгкого являются следующие:

Генетические факторы риска:

* первичная множественность опухолей (излеченный пациент от злокачественной опухоли).
* развитие рака лёгкого в семье у ближайших родственников.

Экзогенные факторы риска:

* курение.
* загрязнение окружающей среды канцерогенами.
* профессиональные вредности.

Эндогенные факторы риска:

* возраст более 40 лет.
* наличие хронических лёгочных заболеваний (хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхит, туберкулёз, локализованный пневмофиброз).

Рак лёгкого – патология, для которой характерна обратная зависимость между уровнем риска развития и социально-экономическим статусом, которая более выражена в мужской популяции.

Симптомы рака лёгкого, и его правильная диагностика в значительной степени зависят от анатомической локализации опухоли (в том или ином отделе бронхиального дерева, в паренхиме) и характера её роста относительно просвета бронха.

Различают центральный рак лёгкого, возникающий в крупных бронхах (главный, долевой, промежуточный, сегментарный), и периферический, исходящий из ветвей субсегментарных бронхов или локализующийся в паренхиме лёгкого.

В отечественной литературе обычно применяют клинико-анатомическую классификацию рака лёгкого, предложенную А.И.Савицким (1957):

1) Центральный рак-опухоль субсегментарного, сегментарного, долевого, главного бронхов:

-эндобронхиальный;

-перибронхиальный узловой;

-разветвлённый.

2) Периферический рак-опухоль паренхимы лёгкого:

-круглая опухоль;

-пневмониеподобный рак;

-рак верхушки лёгкого.

3) Атипичные формы, обусловленные особенностями метастазирования:

-медиастинальная форма - множественное метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов без установленной локализации первичной опухоли в лёгком.

-диссеминированная форма – множественное поражение лёгких без установленной локализации первичной опухоли в других органах.

Многочисленные классификации других авторов включают варианты заболевания, связанные с прорастанием органов или с отдалёнными метастазами, что не позволяет выработать правильную диагностическую и лечебную тактику. Однако большинство авторов признают целесообразность выделения центрального и периферического рака, поскольку клинико-рентгенологическая и эндоскопическая картина при этих формах значительно различается.

Соотношение центрального и периферического рака лёгкого у мужчин и женщин различно. Центральный рак наблюдается у 64,2% мужчин и у 48,3% женщин. Периферический рак наблюдается у 37,5% мужчин и у 23,6% женщин. Несмотря на значительное увеличение заболеваемости раком лёгкого среди женщин, прослеживается тенденция к преобладанию мужчин среди больных с данной патологией.

1.1.1 Клиническая картина рака лёгкого

В последние годы рак лёгкого рассматривают как собирательное понятие, объединяющее совокупность нескольких клинически по-разному протекающих заболеваний. Диагностика рака лёгкого на основании клинических проявлений, особенно на ранних этапах его развития, представляет определённые трудности. В клинической картине болезни признаки, непосредственно обусловленные развивающейся опухолью, тесно связаны с симптомами сопутствующих раку осложнений.

Клиническая картина рака лёгкого во многом определяется локализацией, размером и формой роста опухоли, характером метастазирования. Решающее значение, особенно на ранних этапах развития заболевания, имеет клинико-анатомическая форма опухоли.

В клинике рака лёгкого выделяют следующие виды симптомов:

1) Первичные, или местные, симптомы обусловлены появлением в просвете бронха первичного опухолевого процесса. Эти симптомы зависят от локализации и формы роста опухоли. Местные симптомы - это ранние признаки болезни.

2) Вторичные симптомы развиваются как следствие сопутствующих раку осложнений воспалительной природы либо обусловлены регионарным или отдалённым метастазированием, вовлечением соседних органов в патологический процесс. Эти симптомы более поздние и появляются при распространённом опухолевом процессе.

3) Общие симптомы являются следствием общего воздействия на организм развивающейся опухоли и сопутствующих воспалительных осложнений.

- общая слабость

- утомляемость

- снижение трудоспособности

- лихорадка

- истощение

- миастения

- невриты

Указанные симптомы вследствие их не специфичности длительное время не привлекают к себе должного внимания больных и врачей.

Характер жалоб, время их появления и степень выраженности определяются исходной локализацией опухоли в одном из бронхов, формой её роста (эндо- или перибронхиальная) и распространённостью процесса. Чем больше поражённый бронх, особенно при эндобронхиальном росте опухоли, тем ярче начальные симптомы заболевания и тем тяжелее клиническое течение осложнений, обусловленных стенозом бронха.

Клиническая картина центрального рака лёгкого

Наиболее постоянными жалобами больных центральным раком лёгкого являются кашель, кровохарканье, одышка, боли в грудной клетке, лихорадка, общая слабость.

Кашель, возникающий рефлекторно в ранних стадиях развития опухоли, наблюдается у 80-90% больных. Вначале он сухой, временами надсадный. Кашель постоянный, изменение положения тела может принести кратковременное облегчение. Позднее, по мере нарастания обтурации бронха, кашель сопровождается выделением небольшого количества мокроты. Чем дальше распространяется опухоль, тем больше примесей появляется в мокроте. Сначала слизистая или слизисто-гнойная мокрота, которая по виду мало отличается от обычной мокроты пожилого и курящего человека, но с течением времени при распаде опухоли может появиться кровохарканье. Иногда вместо кашля может быть постоянное покашливание в связи с раздражением, вызванным растущей в стенке бронха опухолью и скоплением в его просвете слизи. Прекращение отхождения мокроты, появление лихорадки и ухудшение общего состояния больного свидетельствуют о полном нарушении проходимости бронха.

Кровохарканье наблюдается у половины больных. Оно проявляется в виде прожилок алой крови в мокроте, реже она диффузно окрашена. В поздних стадиях заболевания мокрота имеет вид малинового желе.

Одышка возникает у 30-40% больных и выражена тем ярче, чем больше просвет поражённого опухолью бронха. Она возникает позднее, чем другие симптомы, и нередко обусловлена сдавлением крупных вен и артерий лёгкого, сосудов средостения, плевральным выпотом. Выраженность одышки не всегда соответствует степени распространения опухолевого процесса, поскольку при медленном росте опухоли, особенно перибронхиальной, дыхательная функция может быть компенсирована.

Боли в грудной клетке на стороне поражения отмечаются у 60-70% больных, изредка у 8-10% они могут возникать с противоположной стороны грудной клетки. Характер и интенсивность болей различны. Иногда больные не могут охарактеризовать свои ощущения как боль и говорят о неприятном чувстве тяжести, покалывании. Этот симптом, как правило, бывает при значительном размере опухоли.

Повышение температуры тела или лихорадка может быть первым признаком рака лёгкого. Этот симптом отмечается в 50-60% случаев и зависит от вторичных воспалительных процессов, сопровождающих рак лёгкого. Появление рецидивирующей пневмонии у пожилого человека и у мужчин старше 45 лет, особенно курящих, следует расценивать как возможное проявление рака лёгкого.

Клиническая картина периферического рака лёгкого

Периферический рак лёгкого в течение длительного периода протекает без клинических симптомов, и, как правило, клинически его распознают довольно поздно. Первые симптомы появляются лишь после того, как опухоль начинает оказывать давление на рядом расположенные органы или прорастает их. Наиболее характерные симптомы периферического рака лёгкого – боли в грудной клетке, одышка, лихорадка.

Боли в грудной клетке отмечаются у 20-50% больных. Они постоянные или перемежающиеся, не связаны с актом дыхания, обычно локализованы на стороне поражения. Чаще боли возникают при прорастании плевры.

Одышка наблюдается примерно у 50% больных и лишь у 10% больных в начальных стадиях заболевания. Выраженность одышки зависит от размера опухоли, степени сдавления органов средостения, особенно крупных венозных стволов, бронхов и трахеи.

Прорастание крупного бронха сопровождается кашлем и кровохарканьем, но эти симптомы не ранние, как при центральном раке.

Нередко отмечаются общие симптомы воздействия опухоли на организм больного: слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. В более поздней стадии заболевания, когда опухоль распространяется на крупный бронх и суживает его просвет, клиническая картина периферического рака схожа с клиникой центрального рака лёгкого.

Кроме наиболее часто встречающихся центральной и периферической форм рака лёгкого, наблюдаются его атипичные формы (медиастинальная, диссеминированная), клиническая картина которых обусловлена метастазированием в различные органы и системы организма.

Клиническое течение и сроки появления тех или иных симптомов зависят от локализации и характера роста опухоли. Клиническая симптоматика рака лёгкого появляется при прорастании опухолью соседних органов, закупорке бронхов и распаде опухоли. На ранних стадиях рак нередко протекает совершенно бессимптомно. В поздних стадиях рака лёгкого жалобы больного многочисленны и разнообразны (одышка, дисфагия, различные невриты, поражение возвратного нерва приводит к охриплости). При обширных метастазах в средостении развиваются симптомы сдавления крупных сосудов, трахеи, бронхов, пищевода, синдром сдавления верхней полой вены, что приводит к различным осложнениям.

Объективное обследование (наружный осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) при раке лёгкого имеет второстепенное значение, особенно при распознавании ранних форм заболевания. В поздней стадии в клинической картине рака лёгкого появляются симптомы, свидетельствующие об его распространении за пределы поражённого лёгкого с вовлечением в процесс плевры, возвратного или диафрагмального нерва, а также метастазах в отдалённых лимфатических узлах и органах.

Осмотр больного позволяет выявить асимметрию грудной клетки и отставание одной из её половин при дыхании, увеличение надключичных лимфатических узлов, расширение вен на шее и грудной стенке.

Пальпация даёт возможность выявить увеличение печени и селезёнки, а также увеличение периферических лимфатических узлов.

Перкуссия помогает определить ателектаз лёгкого, наличие жидкости в плевральной полости.

Аускультация позволяет установить признаки поражения лёгочной паренхимы и бронхов: пневмонию, плеврит, бронхит. В зоне ателектаза дыхание ослаблено или не прослушивается. В поздних стадиях на стороне ателектаза отмечается западение грудной стенки, отставание её при дыхании, втянутость межрёберных промежутков и сближение рёбер.

Диагностика рака лёгкого имеет большое значение для раннего выявления заболевания, определения формы рака, постановки правильного диагноза и последующего лечения. В настоящее время существуют различные методы диагностики рака лёгкого.

1.1.2 Диагностика рака лёгкого

В последние десятилетия благодаря использованию рентгенологических, бронхологических, морфологических (гистологических, цитологических), радионуклидных, ультразвуковых, хирургических и многих других методов диагностики опухолей лёгких был выработан алгоритм действий, целью которого является установление точного диагноза.

Оптимальное планирование диагностики с целью определения факторов прогноза после лечения больных с опухолью лёгкого должно основываться на следующих основных принципах.

1) Первичная диагностика опухоли лёгкого с установлением локализации и клинико-анатомической формы.

2) Уточняющая диагностика, направленная на определение при злокачественных опухолях точных границ распространения опухолевого процесса (истинные размеры первичной опухоли, степень поражения внутригрудных лимфатических узлов, прорастание прилежащих органов, отдалённые метастазы).

3) Морфологическая диагностика опухоли с уточнением её гистологической структуры.

4) Определение статуса больного, функциональных возможностей жизненно важных органов и систем организма (иммунитет, генетические отклонения, ЭКГ, функция внешнего дыхания).

Основные методы диагностики рака лёгкого:

1. Субъективное обследование больного: сбор анамнеза.

Внимательный расспрос позволяет довольно точно установить время возникновения симптомов и динамику их развития, которые отражают динамику роста опухоли. Известно, что между возникновением опухоли и началом её клинического проявления проходит 2-3 года.

2. Объективное обследование больного: наружный осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация.

3. ЭКГ.

4. Лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализ крови, определение онкомаркеров в крови.

Онкомаркеры не применяют для обследования больного с целью ранней диагностики рака лёгкого. Но их широко используют в клинической практике для контроля радикальности операции, оценки эффективности консервативной противоопухолевой терапии и для наблюдения за течением заболевания.

5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - один из основных методов диагностики опухолей лёгких. Исследование позволяет у 80% больных своевременно диагностировать заболевание и предположить характер опухоли (злокачественная или доброкачественная).

6. Компьютерная томография грудной клетки и других органов (КТ) – более информативный метод диагностики опухолей лёгких, чем рентгенологический метод исследования. Преимуществами метода являются возможность получить изображения поперечных срезов органов грудной полости и контрастность снимков благодаря высокой структурной и пространственной разрешающей способности.

7. Магнитно-резонансная томография (МРТ) – единственный метод, позволяющий объективно оценить распространённость опухолевого процесса и тем самым определить лечебную тактику. Этот метод является высокоинформативным для определения отдалённых метастазов. Но возможности МРТ в диагностике начальных форм рака лёгкого ограничены.

8. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, надключичных зон. Данное исследование проводится с целью оценки функциональной способности органов и для выявления патологии в них.

9. Бронхологическое исследование с прицельной биопсией. Это исследование проводится с целью получения материала для гистологического исследования, определения локализации и размера опухоли, для оценки функционального состояния органов средостения.

10. Цитологическое исследование мокроты (5-6 анализов), особенно после бронхоскопии.

На основании результатов перечисленных исследований устанавливают стадию заболевания, гистологическую структуру опухоли, функциональные возможности жизненно важных органов и систем организма больного. Дополнительные методы исследования больного определяются по показаниям.

Важно подчеркнуть необходимость единого подхода к планированию диагностических исследований. Применение всего многообразия методов диагностики у одного больного нецелесообразно. Необходимо составление индивидуального плана обследования больного, который включал бы минимальное число диагностических методов и одновременно обеспечивал бы получение информации, необходимой для выработки лечения.

1.1.3 Лечение рака лёгкого

Выбор метода и характера лечения определяется рядом наиболее важных местных прогностических факторов, особенностями общего состояния организма, а также возможностями и эффективностью избранного метода. Методы лечения являются комбинированными.

Методы лечения:

- хирургическое лечение

- эндоскопические методы лечения

- лучевое и химиолучевое лечение

- химиотерапия

1.2 Особенности ухода за онкологическими больными с раком лёгких

В настоящее время постоянно совершенствуются методы диагностики, лечения и ухода за онкологическими больными с раком лёгкого, что оказывает существенное влияние на увеличение продолжительности жизни таких пациентов.

Процесс сестринского ухода – это осуществление оптимальной для каждого пациента программы, которая обеспечивает создание для него наиболее благоприятных физических, психологических и социальных условий жизни.

Онкологическое заболевание сопровождается для многих больных изменением привычного образа жизни, разрывом привычных связей, сужением одних возможностей и выявлением других. Поэтому онкологический больной нуждается в широкой программе медицинской и социальной помощи.

Обширное хирургическое вмешательство, лучевая, гормональная и химиотерапия, используемые в онкологической практике, приводят к возникновению серьёзных нарушений различных функций организма, снижающих трудоспособность и изменяющих социальный статус больных с раком лёгких.

Проблемы онкологических больных с раком лёгких охватывают широкий круг вопросов, решение которых может быть осуществлено только комплексно, при участии специалистов различного профиля. Первоочередную роль в оптимальном приближении больного к нормальным социальным, психологическим и физиологическим условиям жизни играет медицинская сестра и процесс сестринского ухода.

Помощь онкологическому больному включает следующие методы:

- обезболивание (45% случаев)

- коррекцию психоэмоционального состояния (24% случаев)

- детоксикацию (16% случаев)

- паллиативные оперативные вмешательства (трахеостомия, гастростомия, энтеростомия, нефростомия), призванные улучшать качество жизни онкологических больных при 4-й стадии рака лёгкого (5% случаев).

- реабилитацию (10% случаев).

1.3 Новые методы по уходу за онкологическими больными

В последнее время большую роль в улучшении качества жизни пациентов с раком лёгкого играют различные методы по уходу за такими больными.

Этими методами являются: различные физические факторы. Традиционно считалось, что при онкологических заболеваниях абсолютно противопоказано применение физических факторов, но в последние годы резко вырос интерес к возможностям применения этих факторов в онкологии. Это объясняется желанием повысить эффективность противоопухолевого лечения, уменьшить возникающие осложнения и продлить жизнь больных. Правильный выбор физического фактора, который не нанесёт вреда данному онкологическому больному, сделанный на основании результатов исследования с чётким соблюдением показаний и противопоказаний для его применения {5}.

В клинике пульмонологии на базе Медицинского Университета имени И.П.Павлова было предложено организовать и внедрить следующие методы по уходу за онкологическими больными с раком лёгких:

1. Проведение занятий лечебной физической культурой с методистом.
2. Обучение правильному дыханию, приёмам откашливания, поворотов и посадки в постели.
3. Применение иглорефлексотерапии, как метода психологической разгрузки.
4. Применение криодеструкции и гипертермии.
5. Использование фитотерапии.
6. Применение различных методов обезболивания (эпидуральная анестезия).
7. Формирование выездной бригады “Помощь онкологическому больному на дому”.
8. Организация “школы” больного с онкологическими заболеваниями лёгких.

**Глава 2. Особенности медицинской сестринской помощи онкологическим больным с раком лёгких в отделении пульмонологии СПбГМУ имени И.П. Павлова**

2.1 Организация работы клиники пульмонологии

Исследование проводилось на базе Медицинского Университета имени И.П. Павлова, в клинике пульмонологии, на отделении пульмонологии. Клиника пульмонологии осуществляет обследование и лечение онкологических больных с раком лёгкого. Отделение пульмонологии имеет 30 коек для лечения онкологических больных и 25 коек для лечения больных с различными заболеваниями органов дыхания (бронхиальная астма, альвеолит, хроническая обструктивная болезнь лёгких). Для онкологических больных существует отдельное отделение и палаты.

На отделении онкологического профиля проходят лечение в основном мужчины от 60 лет и старше. Данная категория пациентов находится на пенсии и имеет инвалидность первой группы. Все мужчины до возникновения заболевания имели большой стаж курения, свыше 30 лет, некоторые пациенты курят в настоящее время. У всех больных имеются хронические заболевания органов дыхания вне обострения (хронический бронхит или хроническая обструктивная болезнь лёгких), также присутствуют сопутствующие заболевания со стороны сердечнососудистой системы и опорно-двигательного аппарата (гипертоническая болезнь, миалгия). При расспросе у большинства пациентов было выявлено отсутствие профессиональных вредностей и отсутствие наследственной предрасположенности к болезни.

На отделении также проходят обследование и лечение женщины, но их примерно 6%(постоянно проходят курс лечения всего 10 женщин). Пациентки не имеют вредных привычек (курение), но также, как и мужчины имеют хронические заболевания органов дыхания.

Представленные данные о принадлежности к мужскому полу, возрастной категории, наличии вредных привычек, длительный стаж курения и наличие хронических заболеваний органов дыхания соответствуют литературным данным представленным выше.

В клинике пульмонологии применяются различные методы обследования и лечения онкологических больных:

- рентгенологическое исследование органов грудной полости

- компьютерная томография грудной клетки

- магнитно-резонансная томография

- сцинтиграфия костей

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза, почек

- фибробронхоскопия с прицельной биопсией

- лучевая терапия

- лазерная деструкция с помощью фибробронхоскопии

- криодеструкция

- плазмофорез и гемосорбция

- хирургическое лечение

- химиотерапевтическое лечение

- лабораторные методы исследования

- бактериоскопическое и цитологическое исследование мокроты

Отделение пульмонологии проводит обследование и химиотерапевтическое лечение онкологических больных с 3 и 4 стадией рака лёгкого. Химиотерапия пациентам выполняется курсами. При планировании химиотерапевтического лечения врач учитывает целый ряд факторов. Наиболее важными из них являются локализация опухоли, её тип, распространённость процесса и общее состояние здоровья пациента. Таким образом, химиотерапия не проводится по одной и той же схеме у всех больных. Противоопухолевые лекарственные препараты и их дозировка в каждом конкретном случае подбирается строго индивидуально. В большинстве случаев химиотерапевтическое лечение проводят на протяжении от 2 до 4 дней. В дальнейшем лечение периодически повторяется, например, один раз в 2-4 недели. Общая продолжительность химиотерапии зависит от реакции больного на лечение, степени выраженности побочных эффектов.

Химиотерапия – это особый метод лечения онкологических заболеваний. Такое лечение заключается в том, что в организм больного вводятся противоопухолевые лекарственные препараты, обладающие способностью прекращать развитие опухолевых клеток или вызывать их поражение и гибель.

В процессе химиотерапии могут применяться как отдельные лекарственные препараты, так и их разнообразные комбинации. В настоящее время известно более 60 различных противоопухолевых лекарственных средств. Химиотерапия может применяться либо в виде самостоятельного метода лечения, либо в сочетании с хирургическим вмешательством или лучевой терапией.

Во всём мире химиотерапия проводится нескольким миллионам онкологических больных. Многим из них этот метод лечения продлевает или спасает жизнь.

В России и во многих странах мира изданы многочисленные брошюры и буклеты, предназначенные для больных, которым предстоит или проводится химиотерапия. В них обобщена информация, позволяющая больным лучше понять цель лечения, а также даются рекомендации, которые могут помочь им легче перенести химиотерапию. Кроме того, советы, содержащиеся в такой литературе, полезны не только самим больным, но и их родственникам и близким.

Проведение химиотерапии сопровождается целым рядом осложнений, связанных с нежелательным побочным действием противоопухолевых лекарственных препаратов:

* тошнота и рвота
* облысение (алопеция)
* анемия и нарушение свёртываемости крови
* снижение функции иммунитета
* нарушение функций нервной, мышечной, мочеполовой системы
* нарушение функции пищеварительной системы (запор, диарея)
* отрицательное воздействие на кожу, ногти, слизистые оболочки органов
* общая слабость и повышенная утомляемость

2.2 Роль медицинской сестры в процессе сестринского ухода за пациентами с раком лёгкого в отделении пульмонологии СПбГМУ имени И.П. Павлова

онкологический сестринский пульмонология клинический

Процесс сестринского ухода – это метод организации и оказание медицинской сестринской помощи, который включает в себя медицинскую сестру и пациента в качестве взаимодействующих лиц. Это образ мышления и действий по отношению к основным понятиям сестринского дела: людям, к окружающей среде и здоровью.

Организация сестринского процесса состоит из 5 этапов:

1 этап – сбор информации о пациенте и сестринское обследование

2 этап – выявление проблем пациента

3 этап – постановка целей и планирование ухода

4 этап – реализация плана ухода

5 этап – оценка и коррекция ухода

У больного отмечаются различные патофизиологические механизмы развития клинических проявлений, обусловленные местным распространением опухолевого процесса в трахее, бронхах, лёгких, его сочетание с метастатическим поражением лимфатических узлов, других органов и тканей. У ряда больных опухоль обтурирует или механически сдавливает дыхательные пути, в результате чего нарушается функция дыхания, и развиваются осложнения (ателектаз, пневмония). Прорастание опухолью трахеи, бронхов, плевры, как правило, связано с вовлечением в процесс нервных окончаний, что является причиной развития стойкого болевого синдрома различной интенсивности.

Клинические проявления злокачественных образований весьма разнообразны, в связи с чем требуются различные методологические подходы к их коррекции. Большую роль в улучшении качества жизни таких больных играют соматическое состояние пациента, возраст, сопутствующие заболевания, распространённость опухолевого процесса, характер нарушений гомеостаза, развившихся в процессе противоопухолевого лечения. Совокупность указанных факторов определяет роль медицинской сестры и место методов паллиативной помощи в улучшении качества жизни больных.

При сборе информации и обследовании пациентов онкологического профиля, находящихся на лечении в отделении пульмонологии, были выявлены следующие физические проблемы:

- кашель сухой или с отхождением мокроты

- кровохарканье

- одышка

- боли в грудной клетке

- лихорадка

Кашель развивается у большинства онкологических больных на финальной стадии болезни. При опухолях лёгкого развивается упорный, мучительный кашель, который может быть постоянным. Кашель может вызывать различные осложнения: дисфония, боли в груди и мышцах, пневмоторакс, кровотечение, провоцировать рвоту, бессонница.

Планирование и реализация процесса сестринского ухода за пациентами при возникновении кашля:

Цели ухода: способствовать отхождению мокроты и уменьшению кашля.

1. Наладить с пациентом психологический контакт, успокоить его.

2.Вести наблюдение за:

- характером кашля (постоянный, приступообразный), временем и условием возникновения (какое время суток и в каком положении больного усиливается).

- наличием болей в грудной клетке.

- характером мокроты (количество, цвет, запах, консистенция, примеси).

- гемодинамикой и температурой тела.

3. Помочь пациенту подобрать и принять дренажное положение (возвышенное, сидя).

4. Обеспечить пациента индивидуальной плевательницей.

5. Дезинфекция плевательницы.

6. Рекомендовать пациенту выпивать достаточное количество жидкости, не меньше 1,5-2 литров в сутки. Употреблять тёплое щелочное питьё (молоко, минеральная вода).

7. Обучить пациента и родственников:

- уходу за полостью рта

- правилам пользования и дезинфекции плевательницы в домашних условиях.

- правильно собирать мокроту на анализ.

8. Занятие дыхательной гимнастикой с методистом ЛФК.

9.Контролировать приём пациентом назначенных отхаркивающих или противокашлевых препаратов.

Кровохарканье наблюдается у 50% пациентов с центральной опухолью лёгкого, реже - при периферической опухоли или лёгочных метастазах и вызывает боязнь массивного кровотечения.

Планирование и реализация процесса сестринского ухода за пациентами при возникновении кровохарканья:

Цель ухода: профилактика лёгочного кровотечения.

1. При необходимости обеспечить пациенту постельный режим.

2. Проведение гемостатической терапии.

3. Вести контроль за:

- цветом мокроты

- общим состоянием пациента (пульс, частота дыхательных движений, артериальное давление, температура тела).

- цветом кожных покровов.

4. Оказание доврачебной помощи пациенту при возникновении лёгочного кровотечения.

Одышка отмечается у 25-75% больных и требует своевременной коррекции. Её развитие увеличивается в 4-й стадии заболевания.

Планирование и реализация процесса сестринского ухода за пациентами при возникновении одышки:

Цель ухода: способствовать уменьшению одышки.

1. Обеспечить пациенту:

- физический и психический покой.

- удобное возвышенное положение в постели.

- оксигенотерапию.

2. Вести наблюдение за цветом кожных покровов, гемодинамикой и температурой тела.

3. Вести контроль за соблюдением пациентом назначенного режима, диеты и приёмом лекарственных препаратов.

4. Применение различных дыхательных упражнений.

5. Применение небулайзерной терапии 2-3 раза в день.

6. Оказывать помощь пациенту в процессе самоухода.

7.Оказание доврачебной помощи пациенту при развитии удушья.

Боли в грудной клетке – частая жалоба больных, возникают из-за метастазов в рёбра, позвоночник, внутренние органы, головной мозг, ЦНС. Также появляются боли в различных частях тела: мышцах, костях, суставах.

Планирование и реализация процесса сестринского ухода за пациентами при появлении болей различной локализации:

Цель ухода: способствовать уменьшению боли.

1. Наладить с пациентом психологический контакт, успокоить его.

2. Выяснить у пациента:

- условия возникновения и уменьшения болевого синдрома.

- характер локализации болей.

- связана боль с кашлем, при вдохе или выдохе, положением пациента.

3. Помочь пациенту принять удобное положение, уменьшающее боль (как правило, на больной стороне).

4. Применение обезболивающих средств и наркотических анальгетиков (кеторол, долак, трамадол, стадол, промедол, фентанил) по назначению врача.

5. Вести наблюдение за общим состоянием пациента.

Планирование и реализация процесса сестринского ухода за пациентами при лихорадке:

Цель ухода: способствовать снижению температуры тела.

1. Вести контроль за:

- соблюдением пациентом режима, назначенного врачом.

- соблюдением пациентом диеты, богатой белками и витаминами.

- соблюдением пациентом питьевого режима (обильное тёплое щелочное питьё).

2. Вести наблюдение за:

- общим состоянием пациента и гемодинамикой.

- цветом и состоянием кожных покровов.

- температурой тела.

3. Отмечать показатели температуры в температурном листе в истории болезни.

4. Применение лекарственных препаратов по назначению врача (антибактериальные, противовоспалительные, обезболивающие средства).

5. Осуществлять необходимый уход в разные периоды лихорадки.

6. Проводить гигиенические мероприятия, уход за кожей.

При планировании и реализации процесса сестринского ухода медицинская сестра сотрудничает с различными специалистами (лечащий врач пациента, методист ЛФК, психолог, психотерапевт, диетолог, врачи- специалисты). Цель ухода может быть достигнута частично или

полностью. Оценка эффективности ухода происходит постоянно.

Медицинская сестра выполняет важную функцию при оказании помощи пациенту онкологического профиля. После применения лучевой терапии, химиотерапии и других методов лечения рака лёгкого уход за такими больными играет главную роль.

Пациент нуждается в логическом объяснении его состояния медицинским персоналом. Его необходимо заверить, что состояние может подвергаться лечению и, безусловно, есть надежда на улучшение. Также необходимо подробно рассказать родственникам, как они должны в домашних условиях справляться с эпизодами различных дыхательных расстройств, возникающих у пациентов.

Пациенту нужно позволить выбрать наиболее удобное для него положение, даже если он пожелает спать сидя на стуле. Больным с одышкой приносит облегчение прохладный воздух из фена или открытого окна. Обучение пациентов упражнениям расслабления и методам управления дыханием может помочь справиться с приступами одышки или кашля, вызывающими беспокойство. Также может помочь отвлекающая терапия (например, прослушивание музыки). Нужно избегать атмосферных раздражителей и прекратить курение. Сухой атмосферный воздух высушивает слизистую оболочку трахеобронхиального дерева, препятствует секреции мокроты и вызывает сухой кашель. Увлажнение атмосферного или вдыхаемого воздуха может принести существенную пользу.

Постоянная ингаляция увлажнённого кислорода необходима пациентам с явными признаками гипоксии. Чаще в этом нуждаются больные с исходным лёгочным фиброзом, хронической обструкцией дыхательных путей и со сниженной функцией лёгких после хирургического или лучевого лечения. Уровень гипоксемии можно определить путём анализа артериальной крови на содержание газов (кислорода и углекислого газа) или пульсоксигемометрии. У пациентов с хроническими лёгочными заболеваниями и хронической гипоксией оксигенотерапию нужно использовать с осторожностью, поскольку существует вероятность развития толерантности их дыхательного центра к гиперкапнии. Назначение кислорода в этой ситуации может вызвать дыхательную недостаточность и даже смерть. В ряде случаев необходимый эффект может быть получен при даче пациенту седативных средств.

Добросовестное и ответственное выполнение медицинской сестрой своих функциональных обязанностей, доброжелательное отношение к пациентам имеет важное значение при проведении лечения и улучшения качества жизни онкологического больного. Медицинская сестра даёт рекомендации по возникающим вопросам и рекомендует специальную литературу.

2.3 Изучение приоритетных проблем пациента с раком лёгкого

Проблема пациента – это продуманный вывод, полученный при обследовании пациента, который отражает его реакцию на болезнь. Выделяют следующие виды проблем пациента:

Рис.1. Проблемы пациентов, страдающих раком лёгких

В исследовательской работе по изучению приоритетных проблем пациента с раком лёгкого приняло участие 30 человек с данным заболеванием. Из них 20 (67%) мужчин и 10 (33%) женщин. Пациенты находились в разной возрастной категории, многие являются пенсионерами и имеют инвалидность по основному заболеванию. Исследование проводилось при помощи анкет. Пациентам было предложено ответить на 11 вопросов. Анкетирование носило анонимный характер.

Данные, проведённого исследования показали:

Мужчин составляет 67% (20 человек) Женщин составляет 33 % (10 человек)

Возрастная категория составила:

* 40-50 лет – 15% (3 человека) 40-50 лет – 20% (2 человека)
* 50-60 лет – 30% (6 человек) 50-60 лет – 40% (4 человека)
* более 60 лет – 55% (11 человек) более 60 лет – 40% (4 человека)

На момент болезни курят:

* Все 20 мужчин курили до болезни
* Никогда не курили 60% женщин
* Сейчас курят – 45% (9 человек)
* Курили до болезни 40% женщин
* Не курят – 55% (11 человек) в течение 10 лет, выкуривая до 10
* Стаж курения составляет: сигарет в день.
* 10-20 лет – 25% (5 человек)
* Сейчас курят – 10% (1 человек)
* 20-30 лет – 35% (7 человек)
* Не курят – 90% (9 человек)
* более 30 лет – 40% (8 человек)

Количество сигарет, выкуренных за день:

* 1-10 штук – 20% (4 человека)
* 10-20 штук – 35% (7 человек)
* более 1-й пачки в день – 45% (9 человек)

По данным проведённого исследования можно сделать следующий вывод:

**1.** Количество, заболевших мужчин в 2 раза больше, чем женщин, так как есть вредные привычки, тяжёлый физический труд.

**2.** Возраст, заболевших мужчин и женщин составляет от 50 лет и старше.

**3.** Все 20 мужчин курили до болезни, 45% мужчин курит в настоящее время.

**4.** Стаж курения всех мужчин составляет 20-30 лет, это в 2-3 раза выше, чем у женщин.

**5.** 60% женщин никогда не курили, что даёт возможность предполагать о воздействии других вредных факторов на организм (наследственная предрасположенность, промышленное производство крупных городов, загрязнение окружающей среды, наличие хронических заболеваний органов дыхания).

Данные исследования соответствуют данным литературных источников.

При исследовании и проведении анкетирования онкологических больных с раком лёгких были выявлены следующие приоритетные проблемы: недостаток информации-30%, страх перед болезнью-45%, дефицит психологической поддержки-15%, недостаток в самообслуживании-10%.

Рис.2. Приоритетные проблемы онкологического больного

В последнее время в России разработаны профилактические мероприятия и направления, которые включают в себя новый информационный подход к населению о различных заболеваниях и условиях их возникновения. Существуют разнообразные государственные программы, включающие схемы алгоритмы работы «школ» профилактики при различных болезнях, например, государственные программы по гипертонической болезни, стенокардии, бронхиальной астме, сахарному диабету. Активную роль в организации и работе этих школ выполняют медицинские сёстры.

Медицинская сестра является для пациента и его родственников квалифицированным специалистом, который владеет необходимой информацией. Вопросы пациентов и их близких носят различный характер. Их интересуют химиотерапия и её побочные эффекты, профилактика осложнений основного заболевания, вопросы рационального питания и адекватная физическая нагрузка, организация ухода за такими больными в домашних условиях.

Результаты проведённого опроса показали, что все пациенты (30 человек), принявшие участие в анкетировании считают, что на отделении пульмонологии нужна школа онкологического больного.

Руководству и медицинскому персоналу клиники были изложены проблемы онкологического больного, данные результатов анкет, рекомендации по необходимости создания на отделении школы. Разрешение администрации было получено. Руководство клиники и администрация отделения пульмонологии оказали необходимую помощь для организации школы онкологического больного. Для эффективной работы школы были привлечены специалисты разного уровня и профиля. На информационных стендах отделения вывешена информация о работе школы. Школа работает 1 раз в неделю, занятия идут в течение 1,5-2 часов. На занятиях в школе пациентам и их родственникам прочитываются лекции на различные темы, которые для них актуальны. Работает психотерапевт, проходят различные тренинги для улучшения психологического состояния пациентов и их близких. Процент пациентов, посещающих школу высокий. В дальнейшем планируется расширение работы школы онкологического больного, организация новых стендов с информацией, подбор специальной литературы и раздаточного материала (брошюры, памятки).

**Глава 3. Новые методы в организации процесса сестринского ухода**

3.1 Организация “школы” онкологического больного на отделении пульмонологии СПбГМУ имени И.П. Павлова

3.1.1 Задачами школы являются

- оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества профилактической медицинской помощи населению, в частности пациентам со злокачественными заболеваниями лёгких (рак лёгкого);

- повышение информированности пациентов с раком лёгкого о заболевании, его факторах риска и осложнениях;

- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;

- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача и медицинской сестры;

- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи при неотложных состояниях;

- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье факторов риска (отказ от вредных привычек, питание, управление стрессом);

- формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье.

3.1.2 Основными методами, используемыми в работе школы были

- проверка понимания пациентом того, о чём говорилось на занятии;

- использование специальных приспособлений, наглядных пособий, плакатов;

- разбивание информации на категории, с целью снижения её сложности и облегчения возможности вспомнить информацию;

- использование повторения;

- преподносить более важную информацию первой;

- использование специальных советов с конкретными примерами;

- предоставление ясной и простой информации.

Для повышения информированности пациентов с раком лёгких в “школе” читаются лекции по наиболее актуальным вопросам:

- химиотерапия и её побочные эффекты;

- причины возникновения рака лёгкого;

- профилактика осложнений рака лёгкого;

- диагностическое обследование родственников пациента;

- отрицательное воздействие вредных привычек на организм;

- принципы рационального питания и диетотерапии;

- применение различных элементов косметики.

3.1.3 Оценка эффективности работы школы

Организация “школы” онкологического больного на отделении пульмонологии стала актуальным и эффективным мероприятием.

Как видно на диаграмме пациенты отделения пульмонологии получили необходимую информацию по интересующим их вопросам:

* 70% пациентов получили нужную информацию о своём заболевании;
* 65% пациентов получили психологическую поддержку;
* 45% пациентов научились пользоваться разными элементами косметики;
* 40% пациентов научились справляться с побочными эффектами от химиотерапии;
* 30% пациентов научились правильному уходу за волосами и ногтями.

**Заключение**

1. Рак лёгкого - самое распространённое в мировой популяции злокачественное новообразование. В России рак лёгкого занимает 1-е место в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями (15%) и смертности от них (21%). Более 85% заболевших составляют мужчины. Заболеваемость у женщин в 3-10 раз ниже, чем у мужчин.

2. В результате, проведённого анкетирования было установлено, что число заболевших мужчин составляет 67%, а женщин-33%. Эти данные соответствуют литературным данным.

3. В целом эпидемиологические и статистические данные о высокой распространённости рака лёгкого, его значительном удельном весе в структуре смертности населения большинства стран, отсутствии существенного прогресса в лечении свидетельствуют о том, что рак лёгкого и в 21-м веке будет острой проблемой, выходящей за рамки медицинской.

4. В результате проведённого исследования были изучены особенности процесса сестринского ухода за онкологическими больными со злокачественными заболеваниями лёгких на отделении пульмонологии на базе Медицинского Университета имени И.П.Павлова.

5. Выявлены особенности онкологических заболеваний органов дыхания: кашель и кровохарканье, одышка, лихорадка, боли в грудной клетке и другой локализации.

6. Выявлены приоритетные проблемы пациентов с раком лёгких: у 45% больных есть страх перед болезнью, 30% больных имеют недостаточно информации о своём заболевании, 15% пациентов испытывают дефицит психологической поддержки, 10% пациентов нуждаются в помощи при организации самоухода.

7. Определена роль медицинской сестры в процессе сестринского ухода за пациентами со злокачественными заболеваниями лёгких. Медицинская сестра выполняет важную функцию в процессе ухода за онкологическими больными. Сестринский персонал работает индивидуально с каждым пациентом и его родственниками. Медицинская сестра владеет необходимой информацией и навыками ухода за данной категорией больных, что позволяет осуществлять качественный процесс сестринского ухода.

8. В качестве нового метода по уходу за онкологическими больными на отделении пульмонологии СПбГМУ имени И.П. Павлова была организована “школа” больного с раком лёгких. На занятиях в школе пациенты общаются друг с другом, прослушивают лекции на актуальные для них проблемы. Пациент и медицинская сестра вместе составляют план процесса сестринского ухода. В работу школы привлечены специалисты из разных областей. Также в школе оказывается необходимая помощь родственникам пациента.

9. Проведение данного исследования явилось важным и значимым.

Предложения

1. Медицинская сестра с высшим сестринским образованием должна вносить свой вклад в профилактику онкологических заболеваний (пропаганда здорового образа жизни и поведения у населения).

2. Медицинская сестра должна консультировать и обучать пациентов школ здоровья навыкам снижения факторов риска при различных заболеваниях.

3. Внедрение новых информационных технологий (оснащение рабочего места среднего медицинского персонала необходимой оргтехникой и другими материалами) для облегчения работы сестринского персонала.

4. Организация выездной бригады “Хоспис на дому”. Руководство данной службой будет осуществлять медицинская сестра с высшим сестринским образованием.

5. Постоянное и доступное образование для медицинских сестёр.

**Список изученной литературы**

1. В.Г.Беспалов “Индивидуальная профилактика рака” Издательство “Питер”, Санкт-Петербург, 2001г.

2. В.Н.Герасименко “Реабилитация онкологических больных” Издательство “Медицина”, Москва, 1988г.

3. М.Л.Гершанович “Осложнения при химиотерапии и гормонотерапии злокачественных опухолей” Издательство “Медицина”, Москва, 1982г.

4. В.А.Горбунова “Консервативное лечение рака лёгкого” Издательство “Литтерра”, Москва, 2005г.

5. Т.И.Грушина “Реабилитация в онкологии: физиотерапия” Издательство “ГЭОТАР-Медиа”, Москва, 2006г.

6. Д.Касчиато “Онкология” Издательство “Практика”, Москва, 2008г.

7. В.Н.Плохов “Онкология. Полный справочник” Издательство “Эксмо”, Москва, 2007г.

8. А.Х.Трахтенберг “Клиническая онкопульмонология” Издательство “ГЭОТАР Медицина”, Москва, 2000г.

9. Коллектив авторов; рецензент, академик РАМН, профессор Ф.В.Шабров “Организация и проведение исследований в области сестринского дела” Издательство “Товарищество научных изданий КМК”, Москва, 2007г.

**Приложение**

Анкета для получения данных о приоритетных проблемах пациента

1. Ваш возраст?

⁪ 40-50 лет

⁪ 50-60 лет

⁪ более 60 лет

1. Ваш пол?

⁪ мужской

⁪ женский

3) Курите ли Вы в настоящее время?

⁪ да

⁪ нет

4) Если Вы курите или курили до болезни, пожалуйста, укажите:

- стаж курения:

⁪ 10-20 лет

⁪ 20-30 лет

⁪ более 30 лет

- сколько сигарет в день Вы выкуриваете или выкуривали?

⁪1-10 сигарет в день

⁪ 10-20 сигарет в день

⁪ более 1 пачки сигарет в день

5) Имеете ли Вы информацию о своём заболевании?

⁪ не имею

⁪ имею, но недостаточно

⁪ имею полную информацию

6) От кого на Ваш взгляд должна исходить информация о заболевании?

⁪ источники массовой информации

⁪ медицинские работники

⁪ от пациентов с таким же заболеванием

7) Существует ли у Вас страх перед болезнью?

⁪ не существует

⁪ существует, т.к. недостаточно информирован(-а)

⁪ существует, т.к. достаточно информирован(-а)

8) Как Вы относитесь к качеству сестринского ухода на отделении?

⁪ хорошо

⁪ удовлетворительно

⁪ неудовлетворительно

9) Удовлетворяет ли Вас та поддержка, которую Вы получаете от мед.персонала?

⁪ да

⁪ нет

⁪ частично

10) Как Вы считаете, на отделении нужна “школа” онкологического больного?

⁪ да

⁪ нет

11) Какие вопросы хотели бы узнать на занятиях в “школе”?

(может быть несколько вариантов ответа)

⁪ химиотерапия и её побочные эффекты

⁪ профилактика возможных осложнений основного заболевания

⁪ как обследовать родственников

⁪ вопросы социальных льгот и медицинской экспертизы

⁪ другое

Размещено на Allbest.ru