СОДЕРЖАНИЕ

Введение……..3

Глава 1. Обзор научно-медицинской литературы изучения особенностей сестринского процесса при лейкозе……...6

1.1. Лейкоз: этиология и патогенез заболевания……..6

1.2. Роль и профессиональные обязанности медицинской сестры при уходе за пациентами с лейкозами……14

1.3. Особенности сестринского ухода при проведении химиотерапии в начальной стадии лечения (стандартный план ухода)……...18

1.4. Проведение сестринского ухода за пациентами с лейкозом на стадии реабилитации…….23

Глава 2. Исследование организации сестринской помощи при лейкозе на базе ГБУЗ Ленинградской клинической больницы…… 26

2.1. Характеристика базы исследования и обязанности сестринского персонала ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы…….....…… 26

2.2. Оценка реализация плана сестринского ухода при лейкозе……..37

2.3. Исследование качества оказания сестринского ухода за пациентами с лейкозом……..44

2.4. Риски медицинской сестры при оказании помощи пациентам с лейкозом…….55

2.5. Разработка рекомендации по совершенствованию профессиональных компетенций медицинской сестры при уходе за пациентами с лейкозами……...60

Заключение……...61

Список литературы…….63

Приложение……..66

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Лейкоз все чаще выявляется у детей 3–4 лет или пожилых людей 60–70 лет. Количество страдающих этим недугом составляет около 25 из 100 000 человек. По данным Министерства здравоохранения РФ в России в год регистрируется до 3000 случаев вновь выявленных лейкозов.

Заболевание не имеет возрастных ограничений, но более чем в 90% выявленных случаев, недуг поражает взрослых людей. В последние несколько лет статистика заболевших лейкозом неуклонно растет.

Лейкоз – злокачественная патология, поражающая систему кровообращения. Ее первичный очаг локализации – ткани костного мозга.

Патология может протекать как в острой, так и иметь хроническую форму течения. В первом случае ее клинические проявления будут более выраженными, во втором – симптоматика крайне размыта и не всегда болезнь можно вовремя диагностировать.

Лейкоз (или лейкемия) объединяет несколько недугов, которые сопровождаются превращением отдельных групп кроветворных клеток в раковые. Они начинают размножаться, иногда с огромной скоростью, и вытесняют здоровые клетки – как в костном мозгу, так и в самой крови.

Сестринский процесс при лейкозах направлен на решение проблем, возникающих у пациента при заболеваниях крови.

От того, насколько правильно медицинские сестры понимают свои задачи, зависит качество жизни больного и его психологический настрой.

Для медицинской сестры важно не только понимать клиническую картину и назначенное врачом лечение, но и то, как чувствует себя больной в данный момент и какие существуют методы решения его проблем.

Успешное лечение лейкозов напрямую связано и с квалифицированностью и добросовестностью работы медицинской сестры.

Цель исследования – определение роли медицинской сестры при оказании помощи больным лейкозом.

Объект исследования – сестринский процесс.

Предмет исследования – сестринский процесс при лейкозах.

В соответствии с целью нами сформулированы **задачи исследования**:

1. Изучить лейкоз: этиологию и патогенез заболевания.
2. Определить роль и профессиональные обязанности медицинской сестры при уходе за пациентами с лейкозами.
3. Выделить особенности сестринского ухода при проведении химиотерапии в начальной стадии лечения (стандартный план ухода).
4. Проанализировать сестринский уход за пациентами с лейкозом на стадии реабилитации.
5. Провести исследование организации сестринской помощи при лейкозе на базе ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы и описать его результаты.
6. Разработать рекомендации по совершенствованию профессиональных компетенций медицинской сестры при уходе за пациентами с лейкозами.

Гипотеза исследования: знание медицинской сестрой принципов оказания помощи взрослым больным лейкозом позволит улучшить качество, оказания помощи таким пациентам, что кардинально повлияет на качество их жизни в процессе лечения и реабилитации. Проведенный анализ деятельности медсестры позволит выявить погрешности в ее работе или отсутствие таковых, что даст возможность сделать выводы относительно качества оказанной помощи.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- эмпирический – наблюдение;

- эксперимент.

Дополнительные методы исследования:

- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
- объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);
- биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
- психодиагностический (беседа).

Практическая значимость: исследование по выбранной теме работы позволит улучшить качество медицинской помощи, своевременность, результативность, профессиональную компетентность медицинского работника, эффективность, непрерывность и безопасность медицинских потребностей пациента.

База исследования: ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Онкогематологическое отделение №2.

Структура работы. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, 2 глав, заключения, библиографических источников и приложения. Объем работы 62 страницы, 1 таблица, 7 рисунков, 30 библиографических источников и 3 приложения.

ГЛАВА 1. ОБЗОР НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЛЕЙКОЗЕ

1.1. Лейкоз: этиология и патогенез заболевания

Лейкоз (иначе – лейкемия, рак крови, лимфосаркома) – группа злокачественных заболеваний крови разной этиологии.

Лейкозы характеризуются бесконтрольным размножением патологически измененных клеток и постепенным вытеснением нормальных форменных элементов крови. Заболевание поражает людей обоих полов и разного возраста, включая грудных детей.

Общие сведения о заболевании

По определению кровь представляет собой необычную разновидность соединительной ткани. Ее межклеточное вещество представлено сложным многокомпонентным раствором, в котором свободно перемещаются взвешенные клетки (иначе – форменные элементы крови).

В крови присутствуют три типа клеток:

- Эритроциты или красные кровяные тельца, выполняющие транспортную функцию;
- Лейкоциты или белые кровяные тельца, обеспечивающие иммунную защиту организма;
- Тромбоциты или кровяные пластинки, задействованные в процессе свертывания крови при повреждениях кровеносных сосудов.

В кровеносном русле циркулируют только функционально зрелые клетки, размножение и созревание новых форменных элементов происходит в костном мозге. Лейкоз развивается при злокачественном перерождении клеток, из которых формируются лейкоциты. Костный мозг начинает продуцировать патологически измененные лейкоциты (лейкозные клетки), неспособные или частично способные к выполнению своих основных функций. Лейкозные элементы растут быстрее и не погибают со временем в отличие от здоровых лейкоцитов. Они постепенно накапливаются в

организме, вытесняют здоровую популяцию и затрудняют нормальное функционирование крови. Лейкозные клетки могут скапливаться в лимфатических узлах и некоторых органах, вызывая их увеличение и болезненность.

Классификация

Под общим названием — лейкоциты — подразумевается несколько типов клеток, отличающихся по строению и функциям. Чаще всего злокачественным преобразованиям подвергаются предшественники (бластные клетки) двух типов клеток – миелоцитов и лимфоцитов.

По типу клеток, преобразовавшихся в лейкозные, различают лимфобластоз и миелобластоз. Злокачественному поражению подвержены и другие типы бластных клеток, но встречаются они значительно реже.

В зависимости от агрессивности течения заболевания различают острый и хронический лейкоз.

Лейкоз – единственное заболевание, где под этими терминами подразумеваются не последовательные стадии развития, а два принципиально разных патологических процесса.

Острый лейкоз никогда не переходит в хронический, а хронический практически никогда не становится острым. В медицинской практике известны крайне редкие случаи обостренного течения хронического лейкоза. В основе этих процессов лежат разные патогенетические механизмы. При поражении незрелых (бластных) клеток развивается острый лейкоз. Лейкозные клетки стремительно размножаются и интенсивно растут. При отсутствии своевременного лечения высока вероятность летального исхода. Пациент может погибнуть через несколько недель после проявления первых клинических симптомов.

При хроническом лейкозе в патологический процесс вовлечены функционально зрелые лейкоциты или клетки в стадии созревания. Замещение нормальной популяции происходит медленно, симптомы лейкоза некоторых редких форм проявляются слабо и заболевание выявляется

случайно, при обследовании пациента по поводу других заболеваний. Хронический лейкоз может медленно прогрессировать годами. Пациентам назначается поддерживающая терапия.

Соответственно, в клинической практике различают следующие виды лейкоза:

- Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). Эта форма лейкемии чаще всего выявляется у детей, редко – у взрослых.
- Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ). Диагностируется преимущественно у людей старше 55 лет, крайне редко – у детей. Известны случаи выявления этой формы патологии у членов одной семьи.
- Острый миелоидный лейкоз (ОМЛ). Поражает детей и взрослых.
- Хроническая миелоидная лейкемия (ХМЛ). Заболевание выявляется преимущественно у взрослых пациентов [6].

Причины заболевания

Причины, вызывающие злокачественное перерождение клеток крови, окончательно не установлены. Среди наиболее известных факторов, запускающих патологический процесс – воздействие ионизирующего излучения. Степень риска развития лейкоза мало зависит от дозы радиации и увеличивается даже при незначительном облучении. Развитие лейкемии может быть спровоцировано использованием некоторых препаратов, в том числе и применяющиеся в химиотерапии. Среди потенциально опасных препаратов – антибиотики пенициллинового ряда, левомицетин, бутадион. Лейкозогенный эффект доказан для бензола и ряда пестицидов. Мутация может быть вызвана и вирусной инфекцией. При инфицировании генетический материал вируса встраивается в клетки человеческого организма. Пораженные клетки при определенном стечении обстоятельств могут перерождаться в злокачественные. По статистике наибольшая заболеваемость лейкозом отмечается среди инфицированных ВИЧ.

Некоторые случаи лейкемии имеют наследственную природу. Механизм наследования до конца не изучен. Наследственность является одной из самых распространенных причин развития лейкоза у детей. Повышенный риск лейкемии отмечается у людей с генетическими патологиями и у курильщиков. В то же время причины многих случаев заболевания остаются невыясненными [2].

Симптомы

При подозрении на лейкоз у взрослых и детей своевременная диагностика и лечение приобретают критическое значение. Первые признаки лейкоза неспецифичны, ошибочно могут быть приняты за переутомление, проявления простудных или других заболеваний, не связанных с поражениями системы кроветворения.

На вероятное развитие белокровия могут указывать:

- Общее недомогание, слабость, нарушения сна. Пациент страдает бессонницей или напротив, сонлив.
- Нарушаются процессы регенерации тканей. Раны долго не заживают, возможна кровоточивость десен или носовые кровотечения.
- Появляются несильные боли в костях.
- Незначительное устойчивое повышение температуры.
- Постепенно увеличиваются лимфатические узлы, селезенка и печени, при некоторых формах лейкемии – становятся умеренно болезненными.
- Больного беспокоят повышенная потливость, головокружения, возможны обмороки. Учащается ритм сердечных сокращений.
- Проявляются признаки иммунодефицита. Пациент чаще и дольше болеет простудными заболеваниями, обострения хронических заболеваний сложнее поддаются лечению.
- У пациентов отмечаются нарушения внимания и памяти.
- Ухудшается аппетит, больной резко худеет.

Это общие признаки развивающегося лейкоза и для исключения наиболее мрачного сценария развития событий, при проявлении нескольких из них, желательно обратиться к врачу-гематологу. В то же время у каждой из форм есть специфические клинические проявления. По мере прогрессирования заболевания у больного развивается гипохромная анемия. Количество лейкоцитов возрастает в тысячи раз по сравнению с нормой. Сосуды становятся хрупкими и легко повреждаются с образованием гематом даже при легком нажатии. Возможны кровоизлияния под кожу, слизистые оболочки, внутренние кровоизлияния и кровотечения, на поздних стадиях развития белокровия развиваются пневмонии и плевриты с выпотом крови в легкие или плевральную полость.

Самое грозное проявление лейкемии – язвенно-некротические осложнения, сопровождающиеся тяжелой формой ангины. Для всех форм лейкемии характерно увеличение селезенки, связанное с разрушением большого количества лейкозных клеток. Больные жалуются на ощущение тяжести по левой стороне живота. Лейкемический инфильтрат нередко проникает в костную ткань, развивается так называемая хлорлейкемия.

Диагностика

Диагностика лейкоза основана на лабораторных исследованиях. На возможные злокачественные процессы в организме указывают специфические изменения формулы крови, в частности чрезмерно повышенное содержание лейкоцитов. При выявлении признаков, указывающих на лейкоз, проводят комплекс исследований для дифференциальной диагностики разных видов и форм патологии.

- Цитогенетическое исследование проводится с целью выявления атипичных хромосом, характерных для разных форм заболевания.
- Иммунофенотипический анализ, основанный на реакциях антиген-антитело, позволяет дифференцировать миелоидные и лимфобластные формы заболевания.

- Цитохимический анализ применяется для дифференциации острых лейкозов.
- Миелограмма отображает соотношение здоровых и лейкозных клеток, по которому врач может сделать вывод о степени тяжести заболевания и динамике процесса.
- Пункция костного мозга, кроме информации о форме заболевания и типе пораженных клеток, дает возможность определить их чувствительность к химиотерапии.

Дополнительно проводится инструментальная диагностика. Лейкозные клетки, накапливающиеся в лимфатических узлах и других органах, вызывают развитие вторичных опухолей. Для исключения метастаз проводится компьютерная томография.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки показано пациентам с непроходящим кашлем, сопровождающимся выделением кровяных сгустков или без них. На рентгеновском снимке выявляются изменения в легких, связанные с вторичными поражениями или очагами инфекции.

Если пациент жалуется на нарушения чувствительности кожи, расстройства зрения, головокружения, проявляются признаки спутанности сознания, рекомендуется МРТ головного мозга.

При подозрении на наличие метастаз проводится гистологическое исследование тканей, взятых из органов-мишеней. Программа обследования для разных пациентов может отличаться, однако все предписания врача подлежат неукоснительному выполнению.

Выбирая, как лечить лейкоз в конкретном случае, врач не вправе терять время – иногда оно стремительно уходит [10].

Лечение

Тактика лечения выбирается в зависимости от формы и стадии заболевания. На ранних стадиях развития лейкоз успешно лечится методом

химиотерапии. Суть метода заключается в применении сильнодействующих препаратов, замедляющих размножение и рост лейкозных клеток, вплоть до их уничтожения. Курс химиотерапии подразделяется на три этапа:

- Индукция;
- Консолидация;
- Поддерживающая терапия.

Целью первого этапа является уничтожение популяции мутантных клеток. После интенсивной терапии в кровеносном русле их быть не должно. Ремиссия наступает примерно у 95% детей и 75% взрослых пациентов.

На этапе консолидации требуется закрепление результатов предыдущего курса лечения и профилактика рецидива заболевания. Этот этап длится до 6 месяцев, пациент может находиться в стационаре или в режиме стациионара дневного пребывания в зависимости от способа введения препаратов.

Поддерживающая терапия длится до трех лет в домашних условиях. Пациент регулярно проходит контрольное обследование. Если проведение химиотерапии по объективным показаниям невозможно, проводятся переливания эритроцитарной массы по определенной схеме. В критических случаях пациенту необходимо хирургическое лечение – трансплантация костного мозга или стволовых клеток.

После основного лечения, с целью профилактики рецидива лейкоза и уничтожения микрометастаз, пациенту может быть показана лучевая терапия.

Моноклональная терапия — сравнительно новый метод лечения лейкоза, основанный на избирательном воздействии специфических моноклональных антител на антигены лейкозных клеток. Нормальные лейкоциты при этом не затрагиваются.

Прогноз

Прогноз лейкоза во многом зависит от формы, стадии развития заболевания и типа клеток, подвергшихся трансформации. Если начало

лечения запаздывает, пациент может умереть через несколько недель после выявления острой формы лейкемии.

При своевременном лечении у 40% взрослых пациентов наступает устойчивая ремиссия, у детей этот показатель достигает 95 %.

Прогноз лейкозов, протекающих в хронической форме, сильно разнится. При своевременном лечении и надлежащей поддерживающей терапии пациент может рассчитывать на 15-20 лет жизни.

Профилактика

Поскольку точные причины заболевания во многих клинических случаях неясны, среди наиболее очевидных первичных мер профилактики лейкоза можно назвать:

- Строгое соблюдение предписаний врача при лечении любых заболеваний;
- Соблюдение мер индивидуальной защиты при работе с потенциально опасными веществами.

На ранних стадиях развития лейкоз успешно лечится, поэтому не стоит игнорировать ежегодные профилактические осмотры у профильных специалистов. Вторичная профилактика лейкоза заключается в своевременном посещении врача и соблюдении схем назначенного поддерживающего лечения и рекомендаций относительно коррекции образа жизни [14].

1.2. Роль и профессиональные обязанности медицинской сестры при уходе за пациентами с лейкозами

Роль медицинской сестры в осуществлении лечебно-диагностических мероприятий невелика, но на ее плечи ложится не менее ответственный груз — квалифицированный уход за больным. Она способствует созданию спокойной, доброжелательной и доверительной атмосферы в окружении пациента, уделяет ему достаточное внимание и выполняет его просьбы и пожелания, разумно ограничивает физическую активность, обеспечивает полноценный отдых и сон. Улучшению самочувствия и настроения больного способствуют посещения родственников и близких людей, занятия любимым делом (чтение, прослушивание музыки, просмотр телепередач и др.).

Медицинская сестра играет заметную роль в организации всесторонней - психологической, физической и экономической - поддержки больного, необходимых общегигиенических и противоинфекционных мероприятий при уходе за больным.

Проблема	Действия медсестры
Потенциальная угроза здоровью, связанная с дефицитом информации о своем заболевании	Провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений. Обеспечить пациента необходимой научно популярной литературой
Трудности в принятии изменений диеты в связи со сложившимися ранее привычками	Провести беседу с пациентом о значении и влиянии диетического питания на течение болезни и выздоровление. Поощрять пациента к следованию диете. Проводить контроль за передачами родственников

Риск падения из-за слабости, головокружения, высокой температуры; нарушений координации и онемения конечностей	Проводить контроль за соблюдением пациентом режима двигательной активности. Оказывать пациенту помощь при перемещении; сопровождать его. Оказывать помощь пациенту в выполнении мероприятий по личной гигиене. Обеспечить средствами связи с медперсоналом
Тошнота, изменение вкуса	Создать благоприятную обстановку во время еды. Следить, чтобы пациент получал любимые блюда и красиво оформленные. Провести беседу с родственниками пациента о характере передач. Рекомендовать принимать пищу маленькими порциями, но часто (дробное питание)
Слабость, быстрая утомляемость	Проводить контроль за соблюдением пациентом предписанного врачом режима двигательной активности. Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов
Затруднения глотания из-за болей в горле	Рекомендовать принимать жидкую и полужидкую пищу маленькими порциями, но часто (дробное питание). Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов. Обеспечить уход за полостью рта пациента

Снижение аппетита из-за депрессии и высокой температуры тела; риск снижения массы тела; риск воживания	Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимости полноценного питания. Создать благоприятную обстановку во время еды.
Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта	Проводить тщательный уход за полостью рта пациента
Нарушение целостности кожи из-за нарушения трофики	11 Проводить тщательный уход за кожей пациента
Риск инфицирования кожи из-за расчесов и «заед» в уголках рта	Провести беседу с пациентом о значении гигиены. Следить за ежедневным приемом душа (возить на каталке). Проводить туалет полости рта и кожи вокруг рта после каждого приема пищи
Незнание положения, облегчающего дыхание во время сна; риск развития пневмонии из-за снижения иммунитета и гиповентиляции	Обучить пациента занимать положение Фаулсра. Обеспечить второй подушкой или поднять изголовье кровати. Обучить дыхательным упражнениям
Трудности с мочеиспусканием из-за невозможности посещать туалет; риск инфицирования мочеполовой системы	Провести беседу с пациентом о необходимости регулярного опорожнения мочевого пузыря. Подавать судно (мочеприемник) в постель по мере необходимости. Подмывать после каждого мочеиспускания

Страх смерти из-за отсутствия полной информации о стернальной пункции и химиотерапии	Провести беседу с пациентом. Оказать психологическую поддержку
Ограничение подвижности из-за слабости, головокружения, высокой температуры тела; дефицит самоухода и зависимость из-за ограниченной подвижности	Ежедневно проводить гигиенический уход по примерному стандарту [20]

1.3. Особенности сестринского ухода при проведении химиотерапии в начальной стадии лечения (стандартный план ухода)

При проведении пациенту химиотерапии может развиться ряд побочных эффектов, таких, как потеря волос, утомляемость, язвенный стоматит и заболевания ротовой полости, кожные проявления интоксикации, тошнота и рвота, потеря веса и др. Нежелательные эффекты можно предотвратить, и здесь медсестра использует свои знания и опыт.

Основные страхи пациентов связаны с развитием тошноты и рвоты. Распространено мнение об обязательном развитии тошноты и рвоты у пациентов, получающих химиотерапию.

Время появления симптомов тошноты и рвоты зависит от типа химиотерапии. У отдельных больных может развиться острая и отсроченная рвота, у других - либо одна, либо другая. Поэтому медицинской сестре крайне важно обсудить с врачом до начала схему ее проведения и определения риска развития тошноты и рвоты.

Профилактику тошноты и рвоты следует начинать до начала курса химиотерапии. Это осложнение возникает чаще всего при наличии определенных факторов риска:

- возраст моложе 50 лет;
- женский пол;
- укачивание в транспорте;
- тошнота во время беременности;
- наличие тошноты и рвоты во время или после предыдущего курса ХТ;
- редкое употребление алкоголя.

Если пациенту кажется, что есть риск появления побочных эффектов, он должен предупредить врача, который назначит прием противорвотных препаратов до начала ХТ.

Противорвотные препараты представляют собой средства, позволяющие предотвратить или уменьшить тошноту и рвоту.

При недостаточной эффективности противорвотных средств необходи-

мо обсудить возможность изменения схемы или включения дополнительного препарата. Правильно подобранные современные схемы противорвотной терапии могут предотвратить или значительно снизить тяжесть и длительность тошноты и рвоты. Современные эффективные противорвотные средства не воздействуют на опухоль, но защищают пациента от нежелательных эффектов химиотерапии.

Медицинской сестре необходимо объяснить пациентам, что существуют современные методы комплексной профилактики тошноты и рвоты, посоветовать им задавать интересующие вопросы и сообщать о симптомах, развивающихся во время курса химиотерапии.

Пациенты часто задают следующие вопросы, связанные с химиотерапией:

- нужна ли специальная диета?
- что можно есть?
- что делать, если нет аппетита?
- от каких продуктов может больше тошнить?

На вопросы о том, что может спровоцировать тошноту и рвоту, медицинским сестрам следует отвечать так:

- обильная пища, принимаемая непосредственно до и после химиотерапии;
- кофеин и алкоголь;
- острая и жирная пища;
- пряная пища с сильным запахом;
- запахи при приготовлении пищи, дым, запах духов;
- неприятные звуки;
- тяжелая работа или физические упражнения.

Пациентам следует избегать пищи, имеющей специфический привкус; не надо употреблять продукты с сильным запахом, жареную, жирную, слишком сладкую, соленую, пряную и горячую пищу.

Тошноту могут уменьшить: кислые продукты (лимоны, клюква, мари-

нады); соленые огурцы и помидоры; прием жидкости во время еды; питье в перерывах между приемами пищи и за 1 ч до еды; холодные, не подслащенные напитки. Следует избегать обильного приема пищи непосредственно перед введением химиопрепаратов; показан медленный, дробный прием пищи в течение дня.

Практика показывает, что при использовании современных режимов химиотерапии пациенты могут потерять 1-2 кг веса, которые при правильном питании восстанавливаются в период между курсами лечения. Потеря аппетита обычно начинается в день процедуры и продолжается затем в течение нескольких дней.

В этих случаях пациенту необходимо есть как можно больше в перерывах между курсами, когда самочувствие улучшается. При чувстве голода следует принимать пищу, даже если не наступило время еды [29].

Алопеция - стойкое или временное, полное или частичное выпадение (отсутствие) волос.

При угрозе развития алопеции врач, назначающий химиотерапию, или медсестра, участвующая в ее проведении, должны проинформировать об этом пациента.

У пациентов иногда возникают головные боли, связанные с гипотермией, которые можно купировать введением 50 % раствора анальгина - 2,0 мл внутримышечно за полчаса до наложения ледяного тюрбана.

Медицинской сестре нужно также рекомендовать пациентам использовать следующие мероприятия для уменьшения или предотвращения выпадения волос и защиты волос при начале нового роста:

- пользоваться для мытья головы мягкими, белковыми шампунями каждые 4-7 дней;
- избегать использования электрических приспособлений для сушки волос, сдавливающих головных уборов;
- сохранять длинные волосы сколько возможно.

При грамотной целенаправленной работе врача и медсестры пациенты,

проходящие химиотерапию, смогут своевременно понять причину, степень и быстроту предполагаемой потери волос, смягчить влияние облысения на свой образ жизни, использовать мероприятия по уменьшению выпадения волос.

Повреждения кожи и ногтей, появляющиеся в ответ на химиотерапию, могут быть генерализованными, вызванными повреждениями базальных клеток эпидермиса, или локальными, обусловленными повреждениями клеток в месте химиотерапии. Реакции специфичны для каждого препарата и отличаются по степени тяжести и быстроте развития.

Изъязвления кожи, обусловленные назначением химиотерапевтических средств, связаны, как правило, с приемом блеомицина. При этом может наблюдаться отслоение эпидермиса от дермы, появление эритемы и отека в травмированной области. Прием метатрексата иногда вызывает появление пузырьков, переходящих в язвы. Необходимо обрабатывать язвы с помощью 0,3 % раствора перекиси водорода или изотонического раствора хлорида натрия каждые 4 - 6 час, назначать воздушные ванны, стараться предупредить инфицирование пораженных участков кожи.

Стоматит возникает вследствие цитотоксического действия химиотерапии. Может переходить в болезненные изъязвления, геморрагии с вторичным инфицированием. Клинические проявления включают изъязвления, боль, депрессию. Медицинской сестре необходимо проводить ежедневный осмотр слизистой оболочки рта и обучить этому самого пациента и (или) его родственников. Ранними признаками стоматита являются эритема (покраснение) и отек, ощущение сухости, горения, реже дискомфорт и боль. Эти симптомы обычно появляются спустя 5-14 дней после химиотерапии и продолжаются 7 - 10 дней. Без присоединения инфекции они проходят через 3 - 4 недели после последней дозы химиотерапии.

В случае фоточувствительности реакция проявляется при нахождении

под солнцем. Острый солнечный ожог может возникнуть при коротком нахождении под солнцем, как во время приема химиотерапевтических средств, так и после его прекращения. Необходимо объяснить пациенту, что следует отметить время появления, тяжесть и скорость развития реакции, а также научить его защищать кожу от солнечного воздействия. Пациент должен надевать защитную одежду (широкополые шляпы и хлопчатобумажные рубашки с длинными рукавами), использовать светозащитные средства для кожи: лосьоны, кремы [30].

1.4. Проведение сестринского ухода за пациентами с лейкозом на стадии реабилитации

Для того, что минимизировать риск возникновения рецидива лейкоза, нужно выполнять все рекомендации врача во время реабилитации. Строгий режим, правильное питание, укрепление иммунитета при помощи лекарственных препаратов и комплексных витаминов, а также постоянный контроль состояния крови посредством регулярных обследований. Если в организме присутствует причина, провоцирующая нарушение в клетках крови, существует большая вероятность, что лейкоз может прогрессировать. Поэтому врачу важно попытаться исключить те факторы, которые не имеют отношения к заболеванию, и устранить те, что могут влиять на онкологию. А в период реабилитации внимание медиков также должно быть обращено к этим факторам, чтобы не возник рецидив лейкоза.

Для того чтобы качественно восстановиться медицинская сестра контролирует проведение рядя обязательных мероприятий:

- укрепление иммунной защиты с активацией внутренних резервов организма;
- использование в качестве основного рациона питания рекомендованное меню;
- поддержание работы ЖКТ и восстановление кишечной микрофлоры;
- проведение дезинтоксикационных мероприятий для ускорения процессов очищения крови от токсичных соединений;
- улучшение качества и продолжительности сна;
- повышение стрессоустойчивости.

Здоровый образ жизни – это составная и неотъемлемая часть комплексного лечения при лейкозе.

Для многих людей рак, в частности лейкоз, становится поворотным моментом в судьбе, после которого они начинают всерьез заботиться о своем здоровье. Каким бы серьезным ни был диагноз, никогда не поздно пересмотр еть свои привычки и скорректировать их. Можно и нужно придерживаться

сбалансированного рациона питания, отказаться от курения и излишнего употребления алкоголя, снизить уровень повседневного стресса.

Питание

Соблюдать принципы здорового питания не так легко, и многим людям известно об этом не понаслышке. Онкологическим пациентам, особенно тем, кто получает химиотерапию при лейкозе, приходится еще сложнее: кто-то страдает от тошноты и не может заставить себя есть, у кого-то нарушается вкусовое восприятие, часть пациентов, наоборот, набирает лишний вес.

Питание должно быть регулярным (каждые 2-3 часа) но состоять из небольших порций, а медицинская сестра помогает пациенту в данном вопросе, то есть усвоить навыки здорового питания: включать в рацион полезные продукты, поддерживайте нормальный вес. Эти простые мероприятия улучшат самочувствие и в долгосрочной перспективе положительно скажутся на здоровье.

Отдых и физическая активность

Одним из негативных последствий лечения при лейкозе является упадок сил. Это не обычная усталость, а настоящее физическое истощение. Слабость и быстрая утомляемость представляют собой побочный эффект химио- и радиотерапии, они также могут быть следствием анемии, развившейся на фоне лечения. Эти явления могут длиться достаточно долго. Они ухудшают качество жизни и ограничивают возможность пациента заниматься деятельностью, требующей физической выносливости (например, спортом).

Однако, как свидетельствуют результаты современных научных исследований, посильные физические упражнения так же полезны пациентам, как и полноценный отдых. Регулярные физические упражнения, особенно если они выполняются, обладают рядом преимуществ:

- повышают настроение, избавляют от тревоги и депрессии,
- придают заряд бодрости,
- улучшают самооценку,

- укрепляют мышцы,
- положительно влияют на деятельность сердечнососудистой системы.

Медицинская сестра поможет сориентировать, какие виды физической активности предпочесть, в какой момент можно приступить к занятиям и с какой интенсивностью их проводить [26].

Таким образом, медицинская сестра проводит беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, режима труда и отдыха, приеме лекарственных препаратов. Оказывать пациенту помощь в выполнении мероприятий по личной гигиене.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЙКОЗЕ НА БАЗЕ ГБУЗ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

2.1. Характеристика базы исследования и обязанности сестринского персонала ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница (ГБУЗ ЛОКБ) — главное медицинское учреждение Ленинградской области. Ленинградская областная клиническая больница является современной многопрофильной клиникой, в которой лечится до 35000 пациентов в год из Ленинградской области, Санкт-Петербурга, а также из других регионов России. Первичную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях получают ежегодно свыше 230 тысяч пациентов.

Больница оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь по всем терапевтическим и хирургическим профилям. В рамках государственной программы оказания Высокотехнологичной медицинской помощи многие сложные операции и виды лечения предоставляются жителям Ленинградской области бесплатно.

В структуру учреждения входят:

- мощный диагностический центр, оснащенный оборудованием новейшего поколения, которое позволяет в кратчайшие сроки получать полную и объективную информацию о состоянии пациента;
- 38 специализированных лечебных отделений, в том числе отделение повышенной комфортности (Терапия-люкс);
- стационар круглосуточного пребывания на 1250 коек с реанимационными отделениями и лечебно-вспомогательными подразделениями для скорейшей реабилитации пациентов;
- консультативная поликлиника, осуществляющая прием по 30 специальностям;

- аптека, вспомогательные, параклинические, хозяйственные и прочие службы.

В ГБУЗ ЛОКБ пациенты получают специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Выездные врачебные бригады отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи спасают жизнь и здоровье больных даже в самых отдаленных уголках Ленинградской области, оказывают высококвалифицированную помощь тысячам пациентам во всех районах. В ЛОКБ проводятся сложные, в том числе уникальные операции и лечебно-диагностические процедуры, зачастую не имеющие аналогов в России.

Так, клиника выступает лидером не только в регионе, но и на уровне всей страны по внедрению новейших эндоскопических технологий диагностики и лечения ранних стадий рака желудка и толстой кишки. 90% операций выполняются эндовидеохирургическими (лапароскопическими) способами, часть из них являются эксклюзивными.

Широкое использование малоинвазивных, кровосберегающих хирургических методов — приоритетное направление работы хирургических отделений ЛОКБ. Специалисты клиники выполняют как отдельные лапароскопические операции, так и в сочетании с эндоскопическими, рентген-хирургическими, лазерными вмешательствами.

С 2012 года в Ленинградской областной клинической больнице работает Региональный сосудистый центр, позволяющий спасать жизни с помощью коронарной ангиопластики и стентирования. За эти годы лечение в Сосудистом центре получили тысячи пациентов.

В ЛОКБ работают более двух тысяч сотрудников, из них — 540 врачей и более 1200 человек — средний и младший медицинский персонал. Врачи больницы — специалисты высокого уровня. В составе персонала — 61

доктор и кандидат медицинских наук, 7 заслуженных врачей РФ и 4 заслуженных работника здравоохранения РФ.

Высокий научный потенциал больницы позволяет проводить уникальные исследования фундаментального и прикладного характера, вести организационно-методическую работу в сфере здравоохранения, подготовку кадров, повышение квалификации специалистов. На базе ЛОКБ проходят масштабные научно-практические конференции, выходят публикации в ведущих профильных изданиях.

«Потому что главное - человек» - философия ГБУЗ ЛОКБ, которая отражает важность каждого пациента для больницы, его жизни и здоровья, а также значимость для учреждения его каждого сотрудника.

Ленинградская областная клиническая больница поддерживает высокие стандарты качества медицинской помощи. Круглосуточная «горячая» линия позволяет вести постоянный мониторинг предложений по улучшению обслуживания.

Учредителем ГБУЗ ЛОКБ является Комитет по здравоохранению Ленинградской области.

Структура и органы управления

Главный врач является единоличным органом управления ГБУЗ ЛОКБ.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ:

1. гастроэнтерологическое отделение
2. нефрологическое отделение
3. неврологическое отделение
4. неврологическое отделение для больных с ОНМК, в т.ч.:
   - палата реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для больных с онмк
5. пульмонологическое отделение
6. ревматологическое отделение, в т.ч.:
   - стационар дневного пребывания;
   - кабинет терапии генно-инженерными биологическими препаратами

7. эндокринологическое отделение
8. онкогематологическое отделение № 1 с применением химиотерапии, в т.ч.:
   - стационар дневного пребывания
9. онкогематологическое отделение № 2 с применением высокодозной химиотерапии
10. кардиологическое отделение № 1, в т.ч.:
    - палата реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения №1
11. кардиологическое отделение № 2
12. кардиологическое отделение № 3 кардиологического диспансера
13. кардиологическое отделение № 4 кардиологического диспансера
14. радиологическое отделение для лечения онкологических больных, в том числе с применением химиотерапии, в т.ч.:
    - стационар дневного пребывания
15. терапевтическое отделение
16. отделение гемодиализа № 1
17. отделение физиотерапии
18. отделение гипербарической оксигенации

ХИРУРГИЧЕСКИЕ:

1. онкологическое отделение № 1
2. онкологическое отделение № 2
3. онкологическое отделение № 3
4. оториноларингологическое отделение
5. урологическое отделение
6. травматолого - ортопедическое отделение
7. хирургическое отделение №1
8. нейрохирургическое отделение
9. отделение акушерское патологии беременности

10. гинекологическое отделение, в т.ч.:
    - стационар дневного пребывания
11. отделение челюстно-лицевой хирургии
12. офтальмологическое отделение
13. отделение сосудистой хирургии в. т. ч. трансплантации почки
14. кардиохирургическое отделение
15. отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции кардиологического диспансера
16. ожоговое отделение
17. Эндоскопическое отделение, в т.ч.:
    - кабинет эндоскопии кардиологического диспансера
18. операционный блок
19. трансфузиологическое отделение
20. отделение хирургическое по координации донорства органов и тканей человека

ЦЕНТР АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ:

1. отделение реанимации и интенсивной терапии № 1
2. отделение реанимации и интенсивной терапии № 2
3. отделение реанимации и интенсивной терапии № 3 кардиологического диспансера
4. отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии № 1
5. отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии № 2 (для тяжелообожженных)
6. отделение анестезиологии и реанимации
7. отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ

1. клинико-диагностическая лаборатория, в т.ч.:
    - клинико-диагностическая лаборатория кардиологического диспансера

2. отделение функциональной диагностики, в т.ч.:
   - кабинет функциональной диагностики кардиологического диспансера
3. отдел лучевой диагностики:
   3.1. отделение ультразвуковой диагностики
   3.2. отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения
   3.3. рентгенодиагностическое отделение, в т.ч.:
   - кабинет магнитно-резонансной томографии
   - кабинет рентгеновской компьютерной томографии
   - рентгенологический кабинет кардиологического диспансер
   3.4. группа радиационного контроля
4. лаборатория радиационного контроля.

База исследования: ГБУЗ ЛОКБ Онкогематологическое отделение №2

В отделении проводится интенсивная и высокодозная полихимиотерапия пациентам онкогематологического профиля при такой патологии как:

- острые лейкозы;
- рефрактерные и рецидивирующие формы лимфомы Ходжкина;
- агрессивные неходжкинские лимфомы, в том числе диффузная крупноклеточная, лимфома из клетокзоны мантии, лимфома Беркитта, анапластическая крупноклеточная и др.;
- лимфомы центральной нервной системы;
- множественная миелома;
- хронические лейкозы.

Лечение проводится в соответствии с российскими и международными стандартами, в том числе с включением препаратов таргетной и эпигеномной терапии. Выполняются аутологичные трансплантации костного мозга.

В тесном сотрудничестве с НИИДОГиТ им. Р. М. Горбачевой ПСПбГПМУ им. ак. И. П. Павлова проводятся аллогенные (родственные и неродственные) трансплантации костного мозга.

Пациентам отделения доступны современные методы лабораторного и инструментального обследования, необходимые для правильной верификации диагноза и стадирования заболевания:

- стернальная пункция (цитологическое исследование костного мозга);
- трепанобиопсия костного мозга (гистологическое исследование костного мозга);
- генетические анализы костного мозга (цитогенетика, молекулярная генетика, FISH);
- проточная цитометрия костного мозга и периферической крови, а так же иммуногистохимические исследования опухолевой ткани;
- люмбальная пункция с подсчетом ликворограммы и интратекальным введением цитостатиков;
- биопсия лимфоузла и других тканей любой сложности, в том числе с использованием эндоскопических методик, методики лапароскопии и медиастиноскопии;
- компьютерная томография, в том числе с ангиографией;
- магнитно-резонансная томография;
- ультразвуковые исследования;
- все виды эндоскопических исследований.

Отделение онкогематологии №2 развернуто на 25 коек. В боксированных палатах обеспечена циркуляция ламинарных потоков очищенного воздуха. Все палаты оснащены отдельным санитарным узлом с душевой кабиной.

В отделении работают врачи:

- с высшей квалификационной категорией по специальности «Гематология» - 3;
- с первой квалификационной категорией по специальности «Гематология» - 1;

- врачи-трансфузиологии, владеющие методиками афферентной терапии (лейкоцитоферез, тромбоцитоферез, плазмоферез), а также методиками мобилизации и сепарации периферических стволовых клеток крови, миелоэксфузии.

Средний медицинский персонал:

- с высшей квалификационной категорией по специальности «Сестринское дело» - 7;
- со второй квалификационной категорией по специальности « Сестринское дело» - 1.

Медицинские сестры отделения обладают большим опытом по уходу за пациентами с онкогематологическими заболеваниями, знакомые с особенностями проведения высокоинтенсивной полихимиотерапии и трансплантации костного мозга.

Руководит отделением онкогематологии № 2 врач высшей категории к.м.н. Ольга Семеновна Успенская.

Обязанности сестринского персонала

Больные, как правило, находятся в тяжелом или в крайне тяжелом состоянии, отсутствие квалифицированного ухода может привести к фатальным последствиям.

Медицинская сестра должна четко ориентироваться в том, какие сведения о больном надо скрывать, знать тактику врача, поддерживать ее, не давать больному или близким его никаких сведений без разрешения врача.

Она способствует созданию спокойной, доброжелательной и доверительной атмосферы в окружении пациента, уделяет ему достаточно внимания и выполняет его просьбу и пожелание, разумно ограничивает физическую активность, обеспечивает полноценный отдых и сон.

Самочувствие больного улучшают посещение родственников и близких людей, занятие любимым делом (чтение, прослушивание музыки, просмотр телепередач).

Постель больного должна быть всегда чистой, без складок и рубцов. Перестилать ее надо дважды в день - утром и вечером, а при необходимости - и днем.

Больные принимают пищу в постели. Тяжелобольных медицинская сестра кормит сама. Кормят больного малыми порциями с достаточными паузами, чтобы больной имел возможность хорошо пережевывать и не поперхнутся. Пить дают из поильника или обычного небольшого чайника. Если больному трудно жевать, то ему дают жидкую или протертую пищу. Не следует давать горячей пищи.

Питание должно быть высококалорийным, с достаточным содержанием животных и растительных белков, жиров и углеводов. Исключают свежие овощи и фрукты в связи с возможностью инфицирования, ограничивают употребление копченостей, жареных блюд и тугоплавких жиров. Рекомендуют легкие закуски между основными приемами пищи, а также подливки, соусы и приправы к мясу, рыбе, птице и овощей.

Пациента могут беспокоить тошнота, рвота, боли в животе, снижение или отсутствие аппетита, похудание. Уменьшение выраженности или ликвидация этих неблагоприятных симптомов - достаточно сложная задача. По назначению врача используют противорвотное средства (мотилиум, церукал и др.), а в связи с возможным, особенно на фоне рвоты, обезвоживания организма следят за достаточным (2-3 л/сут.) употреблением жидкости в виде чая, разбавленных фруктовых и овощных соков, минеральных вод.

Полное отсутствие аппетита у тяжелобольного с выраженными поражениями слизистой оболочки рта, желудка, кишечника и связанные с ними нарушениями всех видов обмена веществ является показанием к

парентеральному питанию. В этих случаях применяют концентрированные растворы глюкозы, аминокислотные препараты и жировые эмульсии.

Медсестра следит за чистотой тела больного, своевременно меняет белье, особенно после потения, не позволяет длительное время оставаться в одном и том же положении, особенно на спине. Больного нужно переворачивать на стороны, предоставлять ему полусидящее положение. Этим предотвращают развитие воспаления легких (которым нередко осложняется лейкоз), а также пролежней или опрелостей.

Пристального внимания заслуживают меры, направленные на предупреждение геморрагий, кровоточивости десен, носовых и других кровотечений, раздражений, повреждений и инфицирования кожи и слизистых оболочек. Медсестра следит за соблюдением пациентом правил личной гигиены:

- ежедневно осматривает кожные покровы и видимые слизистые, проводит туалет кожи тяжелобольным (обтирание мягкой чистой тряпкой, смоченной дезинфицирующим раствором;
- особое внимание уделяется складкам кожи, местам трения и усиленного потения (паховые складки, половые органы, вокруг заднего прохода, под молочными железами);
- подмывание больного 2-3 раза в день, особенно после взимания физиологических потребностей),
- рекомендует чистить зубы мягкой щеткой, постоянно полоскать рот холодным физиологическим раствором, раствором калия перманганата (1 кристаллик на стакан теплой воды) или водой. Для лечения стоматита проводят аппликации (наложения стерильных марлевых салфеток, смоченных 0,1% раствором фурацилина или отваром ромашки) несколько раз в день.

При выполнении различных медицинских манипуляций придерживаются универсальных принципов гигиены: необходимое мытье рук, использование одноразовых шприцев, стерильных салфеток и др.

Исключают контакты больного с родственниками и обслуживающим персоналом при наличии у них признаков инфекционного заболевания.

Медсестра постоянно измеряет температуру тела больного. Она информирует больного и его родственников о противоинфекционных мероприятиях в больничных и домашних условиях; в случае кровотечений предоставляет пациенту доврачебную медицинскую помощь и своевременно информирует об этом врача. Больной должен знать об опасности возникновения у него кровотечений и владеть общедоступными способами их остановки.

Болевой синдром снимают с помощью анальгетиков, в том числе - наркотического происхождения.

Таким образом, из-за ежегодного роста заболеваемости острой и хронической лейкемией у взрослых большое значение имеет знание медицинским персоналом всех уровней симптоматики заболеваний для повышения уровня ранней диагностики, что позволит снизить смертность и улучшить качество жизни больных. Медицинские сестры должны осознавать чрезвычайную важность своей роли, помнить, что только хороший уход, выполнение всех назначений способствовать улучшению состояния больного.

2.2. Оценка реализация плана сестринского ухода при лейкозе

Таблица 1

Этапы сестринского процесса

Этапы сестринского процесса	Характеристика этапа
1 - Сбор информации.	Сформулировать информационную базу данных о пациенте. Беседа с пациентом, его родственниками, работа с мед. документацией, обследование пациента, использование лабораторных данных.
2 - Постановка сестринских диагнозов и формулировка проблем пациента.	Определить потребности пациента, определить приоритетные задачи, уход, в котором нуждается пациент. Интерпретация данных, формулирование сестринских диагнозов.
3 - Планирование сестринской помощи.	Разработать стратегию поставленных целей, определить их выполнимость. Составление сестринского плана, определение первоочередных мероприятий, консультаций.
4 - Реализация плана сестринского ухода.	Провести координацию действий, улучшить состояние пациента. Выполнение поставленных задач.
5 - Оценка сестринского ухода.	Определить, в какой степени достигнуты поставленные цели. Анализ достигнутых результатов, выявление нерешенных проблем, необходимости дополнительной помощи.

Примеры реализации сестринского процесса в выбранных случаях

Для наиболее наглядного изучения сестринского процесса при лейкозе у взрослых приведено два примера, пациентов, находящихся на лечении в Онкогематологическом отделении №2, иллюстрирующие различные течения болезни и разное ведение данных пациентов.

Пример № 1

Екатерина Васильевна, 52 лет, находится 2-е сутки на стационарном лечении с диагнозом: Острый лейкоз.

Жалобы на выраженную слабость (не может встать с кровати), озноб, проливные поты, боли в горле при глотании вследствие стоматита.

Анамнез жизни: Выше упомянутые жалобы появились 4 дня назад, после чего обратились за врачебной помощью.

Объективный статус: Общее состояние средней тяжести. В сознании. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, на коже обильная геморрагические высыпания, на слизистой рта выявлены дефекты в виде изъязвлений. Температура тела 37,6ОС, пульс 98 ударов в минуту, ритмический АД 110/60; 115/65 мм. рт. ст., ЧД 20 в минуту. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмические. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Симптом Пастернацкого негативный с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин 80 г / л, лейкоциты – 28 х 109 / л, СОЭ - 42 мм/час.

Осуществляя **I этап** сестринского процесса - сестринское обследование, была заполнена медицинская документация - письмо первичной сестринской оценки. Проводя анализ, представляется возможным сделать вывод, что состояние пациента угнетенное, депрессия, не хочет ни с кем общаться, сознание ясное.

Исходя из полученных данных обследования пациента, переходим к осуществлению **II этапа** сестринского процесса - определение проблем пациента. Результатом, которого является выявление нарушений

потребностей пациента. На данном этапе необходимо определить проблемы пациентки (настоящие, приоритетные, потенциальные).

Настоящие проблемы: выраженная слабость (не может встать с кровати), озноб, проливные поты, боль в горле при глотании, обильное геморрагическое высыпание.

Приоритетные проблемы: боль в горле при глотании из-за проявлений стоматита (изъязвления).

Потенциальные проблемы: риск развития инфекционных осложнений (наличие дефекта в клеточном иммунитете, раневая поверхность на слизистой оболочке рта), риск кровотечения, риск травматизации (возможность падения) из-за слабости, риск снижения массы тела из-за депрессии и невозможности глотать.

Цель: уменьшение боли в горле, избежать развития инфекционных осложнений и кровотечений.

Краткосрочная цель: снижение уменьшения боли в горле и во рту будет достигнуто через 7 дней лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие боли во рту и горле до момента выписки.

III этап сестринского процесса предполагает составление плана необходимой помощи пациенту.

Необходимо провести беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, режима труда и отдыха, приеме лекарственных препаратов. Подготовка больного к инъекциям.

IV этап предполагает реализацию плана сестринского ухода.

Потребность в движении:

- Провести беседу с пациентом и объяснить пациенту, что соблюдение постельного режима преследует цель, ускорения восстановительных процессов, а также предупреждения возникновения осложнений и тем самым ускорит его выздоровление;

- Предоставлять пациенту необходимую помощь.

Риск травматизации (падение вследствие общей слабости):

- Осуществлять контроль за соблюдением пациентом постельного режима.

- Предоставлять пациенту необходимую помощь в выполнении мероприятий по личной гигиене.

Затруднение глотания из-за болей в горле вследствие стоматита:

- Кормить пациента жидкой пищей маленькими порциями, пища питье должны быть теплыми;

- Осуществлять непрерывный контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов (по назначению врача);

- Обеспечить уход за полостью рта.

Снижение аппетита из-за депрессии, невозможности глотать; риск снижения массы тела:

- Провести беседу с пациентом о необходимости полноценного питания;

- Создать благоприятную обстановку во время еды.

Риск инфицирования кожи через расчесы и "заеды" в уголках рта:

- Провести беседу с пациентом о значении гигиены;

- Следить за ежедневным приемом душа (доставлять в душевую на каталке, помогать помыться);

- Проводить туалет полости рта и кожи вокруг рта после каждого приема пищи.

После реализации плана сестринского процесса проводится **V этап** – оценка эффективности всех предыдущих мероприятий: общее самочувствие пациента улучшилось, боль в горле уменьшена, отмечается улучшение аппетита, удалось избежать инфицирования.

Пример № 2

Владимир Алексеевич. 56 лет. Находиться в онкогематологическом отделении №2 на лечении с диагнозом: Острый лимфобластный лейкоз, развернутая стадия.

При сестринском обследовании выявляет жалобы на: быструю утомляемость, общую слабость, снижение массы тела, геморрагическое высыпание на коже, повышенную температуру тела.

Объективный статус: Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, на коже геморрагическая сыпь, в углах рта «заеды», слизистая рта эрозированна. ЧД - 22 в минуту. Ps - 110 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД-120/80; 125/85 мм. рт. ст., температура тела 39,2ОС. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень увеличена (на 2 см выступает за край реберной дуги) болезненная при пальпации.

Осуществляя **I этап** сестринского процесса - сестринское обследование, была заполнена медицинская документация - письмо первичной сестринской оценки. Проводя анализ, можно сделать вывод, что состояние пациента тяжелое, температура тела 39,2ОС. Кожные покровы бледные, на конечностях мелкие множественные подкожные кровоизлияния. Исходя из полученных данных обследования пациента, переходим к осуществлению **II этапа** сестринского процесса - определение проблем пациента обнаруживаем нарушенные потребности, определяем проблемы (настоящие, приоритетные, потенциальные).

Настоящие проблемы: лихорадка, быстрая утомляемость, слабость, подкожные кровоизлияния.

Приоритетные проблемы: лихорадка.

Потенциальные проблемы: риск развития инфекционных осложнений, риск кровотечения. Риск снижения массы тела из-за лихорадки.

Цель: снизить температуру тела, избежать развития инфекционных осложнений и кровотечений.

Краткосрочная цель: содействовать снижению температуры тела в максимально короткие сроки до субфебрильных цифр.

Долгосрочная цель: стабилизировать показатели температуры.

На **III этапе** сестринского процесса требуется составить план необходимой помощи пациенту. Проводятся беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, режима труда и отдыха, приеме лекарственных препаратов. Подготовка больного к инъекциям.

На **IV этапе** происходит реализация плана сестринского ухода.

Потребность в движении:

- Провести беседу с пациентом и объяснить пациенту, что соблюдение постельного режима необходимо для того, чтобы ускорить восстановительные процессы, а также предупредить возникновение осложнений и тем самым ускорить его выздоровление;

- Предоставлять пациенту необходимую помощь.

Риск травматизации из-за слабости:

- Проводить контроль за соблюдением пациентом постельного режима;

- Предоставлять пациенту помощь в выполнении мероприятий по личной гигиене;

- Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов (по назначению врача).

Снижение аппетита из-за лихорадки:

- Провести беседу с пациентом о необходимости полноценного питания.

- Создать благоприятную обстановку во время еды.

Риск инфицирования кожи через расчесы и "заеды" в уголках рта, эрозированную слизистую оболочку рта:

- Провести беседу с пациентом о значении гигиены;

- Содействовать ежедневному приему душа;

- Проводить туалет полости рта и кожи вокруг рта после каждого приема пищи.

После спланированного сестринского вмешательства переходим к **V этапу** сестринского процесса - оценке эффективности всех предыдущих этапов: состояние пациента улучшилось, температура тела снижена и не

поднимается до высоких цифр, отмечается улучшение аппетита, удалось избежать инфицирования.

Таким образом, верная организация сестринского процесса при лейкозе позволит добиться положительного результата и улучшить качество жизни пациента.

2.3. Исследование качества оказания сестринского ухода за пациентами с лейкозом

Организация исследования

В исследовании принимали участие 30 человек ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы, Онкогематологического отделения №2, 18 женщин и 12 мужчин в возрасте от 42 до 60 лет.

Целью исследования – определение роли медицинской сестры при оказании помощи больным лейкозом.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- Изучить этиологию и предрасполагающие факторы лейкозов.
- Изучить клиническую картину и особенности диагностики лейкозов.
- Определить методы обследований и подготовку к ним.
- Изучить принципы лечения и лейкозов.
- Обозначить манипуляции, выполняемые медицинской сестрой.
- Изучить особенности сестринского процесса при данной патологии.
- Провести анализ деятельности медицинской сестры при лейкозе у взрослых и сделать выводы.

Методы исследования: теоретический, эмпирический, эксперимент.

Гипотеза исследования: знание медицинской сестрой принципов оказания помощи взрослым больным лейкозом позволит улучшить качество, оказания помощи таким пациентам, что кардинально повлияет на качество их жизни в процессе лечения и реабилитации. Проведенный анализ деятельности медсестры позволит выявить погрешности в ее работе или отсутствие таковых, что даст возможность сделать выводы относительно качества оказанной помощи.

Работа проводилась в три этапа.

На первом этапе были изучены теоретические вопросы по проблематике, распространенности, факторов риска, диагностике и лечении лейкозов у взрослых.

На втором этапе было определено место медицинской сестры при оказании помощи больным лейкозом. Использовались различные клинико-лабораторные методы для постановки диагноза. Определенны основные жалобы больных лейкозом, поставлен сестринский диагноз и определенны пути решения проблем больных лейкозом.

На третьем этапе проведен анализ деятельности медсестры, оценены результаты ее деятельности и сделаны выводы.

Характеристика группы исследования

Для наглядности деятельности медицинской сестры у взрослых с лейкозами были отобраны пациенты со следующими диагнозами: острый миелоидный лейкоз встречался у 10 (33,3%) человек, острый эритробластный лейкоз был у 6 (20%) человек, острый лимфобластный лейкоз диагностирован у 12 (40%) пациентов и острый мегакариобластный лейкоз 2 (6,6%) больных пациентов (см. рис. 1).

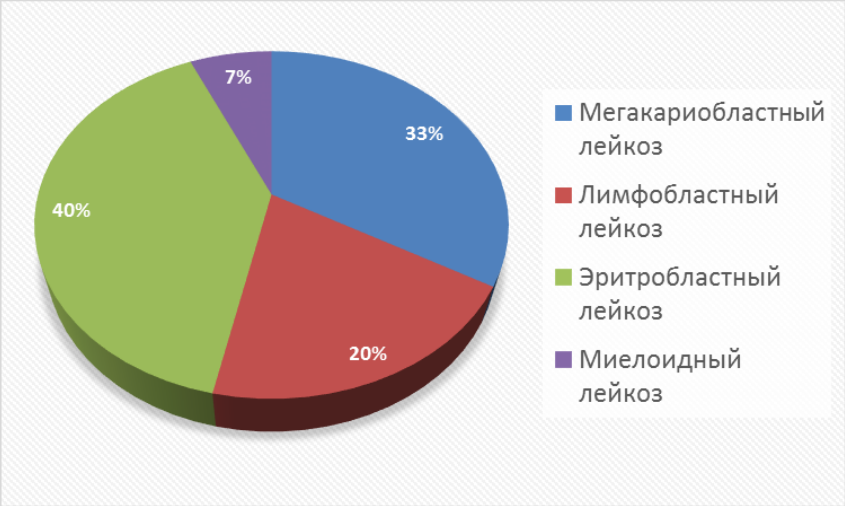


Рис. 1 Распределение взрослых с лейкемией за нозологическими единицами

По половому признаку взрослые больные лейкозом распределялись следующим образом: 18 (60%) пациента составили женщины и 6 (40%) мужчины (см. рис. 2).

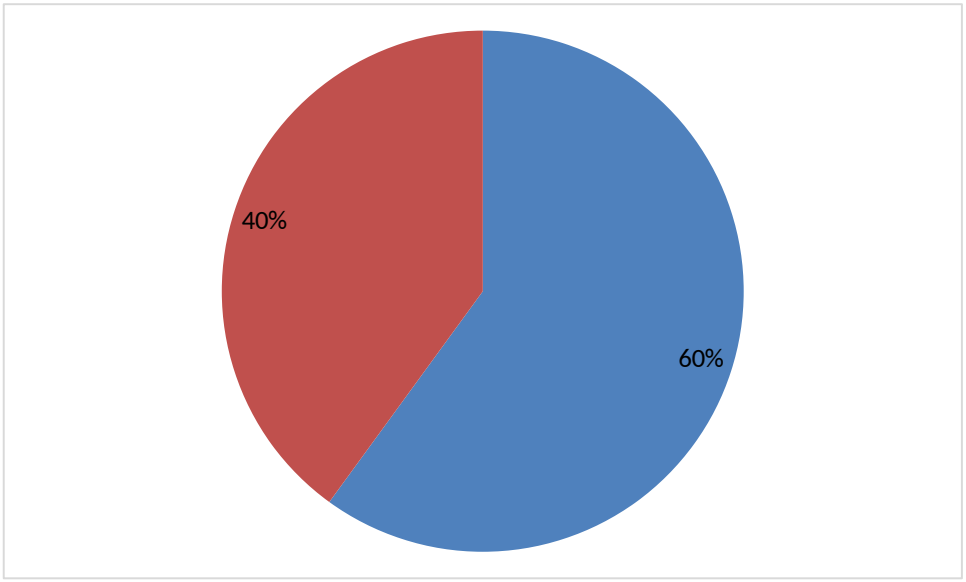


Рис. 2 Распределение пациентов больных лейкозом по половому признаку

Осуществляя I этап сестринского процесса – сестринское обследование, была заполнена медицинская документация – письмо первичной сестринской оценки (см. Приложение 1). Мы наблюдали за работой медсестринского персонала.

При сестринском обследовании были выявлены жалобы на:

- боль в суставах и при глотании,
- быструю утомляемость,
- общую слабость,
- снижение массы тела,
- геморрагическое высыпание на коже,
- повышенную температуру тела.

Все жалобы были распределены в зависимости от значимости их проявлений для каждого пациента, то есть на такие, на которые он в первую очередь обострял свое внимание.

Так приоритетными жалобами на боль в суставах и при глотании были у 12 (40%) человек, быструю утомляемость у 6 (26,6%) человек, общую слабость у 4 (13,3%) пациентов с лейкозом, снижение массы тела у 3 (10%), геморрагическое высыпание на коже 1 (3,3%) человек, жалобы на повышенную температуру тела выявляли 2 (6,6%) человек (см. рис. 3).

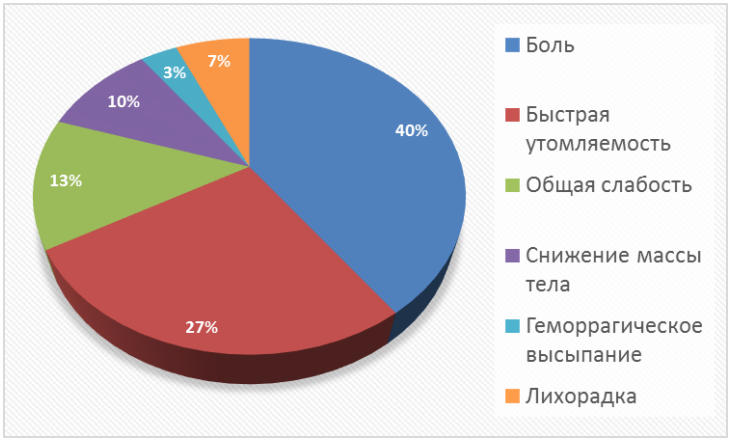


Рис. 3 Первоочередные жалобы пациентов с лейкозом

Как видно из представленного рисунка наибольшее внимание пациенты концентрируют на болевых ощущениях.

Для оценки интенсивности боли использовали модифицированную лицевую шкалу боли Verbal Descriptor Scale (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990) (см. Приложение 2). Мы общались с самими пациентами определяя их шкалу боли.

Так, 6 (20%) пациентов из 25 оценили интенсивность боли в 10 баллов (нестерпимая боль), 5 (16,6%) оценили интенсивность боли в 8 баллов (очень сильная боль) и 12 (63,3%) пациентов оценили боль в 6 баллов (сильная боль) (см. рис. 4).

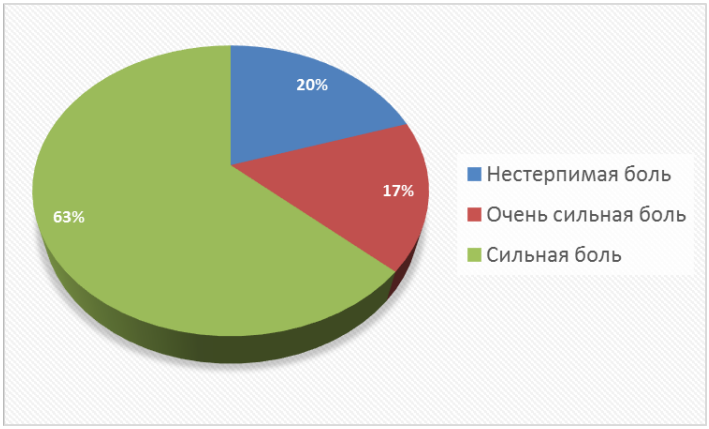


Рис. 4 Интенсивность боли у пациентов больных лейкозом

Болевые ощущения у взрослых имеют огромное значение, так как обострение внимания на данной проблеме приводит к развитию у взрослых

других болезненных состояний, таких как отсутствие аппетита, ограничение движений, депрессия.

Исходя из полученных данных обследования пациента, переходили к осуществлению II этапа сестринского процесса – определение проблем пациента. Результатом, которого являлось выявление нарушений потребностей пациента. На данном этапе определялись проблемы испытуемых (настоящие, приоритетные, потенциальные).

Настоящие проблемы: выраженная слабость (не может встать с кровати), озноб, проливные поты, боль в горле при глотании, боль в суставах, обильное геморрагическое высыпание.

Приоритетные проблемы: боль в горле при глотании из-за проявлений стоматита (изъязвления), боли в суставах, вследствие чего – ограничение подвижности с вытекающими из этого последствиями.

Потенциальные проблемы: риск развития инфекционных осложнений (наличие дефекта в клеточном иммунитете, раневая поверхность на слизистой оболочке рта), риск кровотечения, риск травматизации (возможность падения) из-за слабости, риск снижения массы тела из-за депрессии и невозможности глотать.

III этап сестринского процесса предполагал составление плана необходимой помощи пациенту.

Проводились беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, режима труда и отдыха, приеме лекарственных препаратов. Подготовка больного к медицинским манипуляциям.

Цель: уменьшение боли в горле и суставах, избежать развития инфекционных осложнений и кровотечений.

Краткосрочная цель: снижение уменьшения боли в горле, во рту и суставах будет достигнуто через 7 дней лечения.

Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие боли во рту и горле до момента выписки, снизится уровень лихорадки, уменьшатся или исчезнуть области высыпаний, улучшится общее состояние больного.

IV этап предполагал реализацию плана сестринского ухода.

Реализация потребности в приеме пищи.

Больные принимали пищу в постели. Тяжелобольных медицинская сестра кормила сама. Кормление больного проводилось малыми порциями с достаточными паузами, чтобы больной имел возможность хорошо пережевывать и не поперхнутся. Поили больного из поильника или обычного небольшого чайника. Исключалась горячая пища.

Питание было высококалорийным, с достаточным содержанием животных и растительных белков, жиров и углеводов. Исключались свежие овощи и фрукты в связи с возможностью инфицирования, ограничивали употребление копченостей, жареных блюд и тугоплавких жиров. По назначению врача использовали противорвотное средства (мотилиум, церукал и др.). Следили за достаточным водным насыщением организма и проводили коррекцию недостаточности потребления жидкости в виде чая, разбавленных фруктовых и овощных соков, минеральных вод.

Особое значение уделялось парентеральному питанию у ослабленных пациентов. В таких случаях применяли концентрированные растворы глюкозы, аминокислотные препараты и жировые эмульсии.

Реализация потребности в гигиенических процедурах.

Медсестрой проводился контроль чистоты тела пациентов, своевременно менялось нательное и постельное белье, особенно эпизодов лихорадки. Регулярно менялось положение тела, предоставлялось ему полусидячее положение.

Большое внимание уделялось мероприятиям, направленным на предупреждение геморрагий, кровоточивости десен, носовых и других кровотечений, раздражений, повреждений и инфицирования кожи и слизистых оболочек. Медсестра следила за соблюдением пациентом правил личной гигиены, ежедневно осматривала кожные покровы и видимые слизистые, проводила туалет кожи тяжелобольным (обтирание мягкой чистой тряпкой, смоченной дезинфицирующим раствором; особое внимание

уделяется складкам кожи, местам трения и усиленного потения (паховые складки, половые органы, вокруг заднего прохода, под молочными железами); подмывание больного 2-3 раза в день, особенно после взимания физиологических потребностей), рекомендовала чистить зубы мягкой щеткой, постоянно полоскать рот холодным физиологическим раствором, раствором калия перманганата (1 кристаллик на стакан теплой воды) или водой. Для лечения стоматита проводились аппликации (наложения стерильных марлевых салфеток, смоченных 0,1% раствором фурацилина или отваром ромашки) несколько раз в день.

Реализация потребности в нормальной температуре тела.

Медицинской сестрой проводился постоянный мониторинг температуры тела, отчет о котором записывался в соответствующий раздел истории болезни. При необходимости по назначению врача применялись антипиретики.

Болевой синдром снимался с помощью анальгетиков, в том числе – наркотического происхождения.

После реализации плана сестринского процесса проводился V этап – оценка эффективности всех предыдущих мероприятий.

Анализ деятельности медсестры у взрослых с лейкозами

После реализации сестринской деятельности, через 7 дней, был проведен анализ работы медицинской сестры.

Данные полученные при анализе дали возможность сделать вывод об высоких показателях деятельности медсестры при оказании помощи взрослым с лейкозом, про что свидетельствуют следующие результаты: так жалобы на боль в суставах и при глотании которые встречались у 12 (40%) человек до сестринского вмешательства остались только у 2 человек (6,6%) после реализации сестринского процесса, быстрая утомляемость как остаточное явление встречалось у 1 (3,3%) человека, общая слабость у 1 (3,3%) пациента с лейкозом, снижение массы тела было устранено у всех человек группы наблюдения, геморрагическое высыпание на коже устранено

у всех, жалобы на повышенную температуру тела остались у 1 (3,3%) человека, что наглядно демонстрирует рисунок 5.

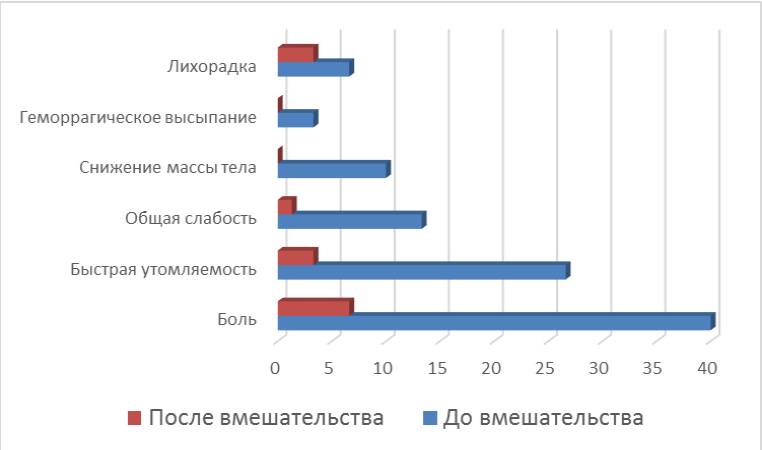


Рис. 5 Регресс жалоб пациентов с лейкозом после сестринского вмешательства

Особое значение при применении сестринского процесса имеет снижение болевых ощущений у пациентов с лейкозом, так как именно боль больше всего ухудшает качество жизни пациентов.

После реализации сестринской деятельности интенсивность боли в 10 балов (нестерпимая боль) не была оценена ни одним из пациентов, интенсивность боли в 8 балов (очень сильная боль) была оценена 1 (1,3%) пациентом, интенсивность боли в 6 баллов (сильная боль) была оценена 4 (13,3%) пациентами, интенсивность боли в 4 балла (умеренная боль) оценена 3 (10%), интенсивность боли в 2 балла (слабая боль) была расценена 10 (33,3%) и в 0 баллов (отсутствие боли) оценили интенсивность болевых ощущений 12 (40%) человек, что свидетельствует о высоком качестве борьбы с болью (см. рис. 6).

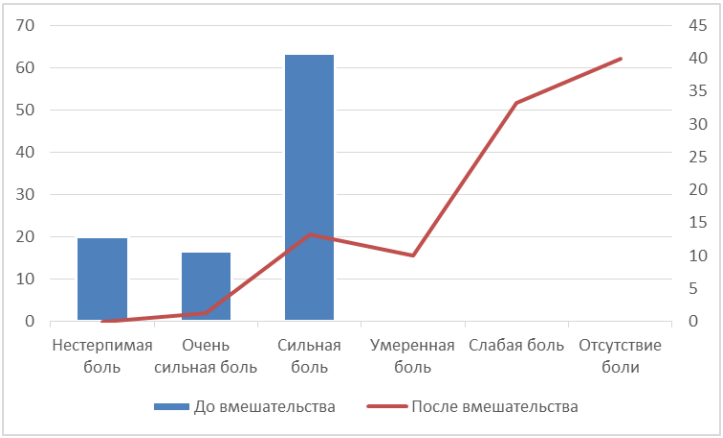


Рис. 6 Регресс болевых ощущений у пациентов с лейкозом

Кроме того, с целью улучшения качества оказания медицинской помощи медицинской сестрой больным с лейкозом было проведено анкетирование, в котором принимали участие взрослые, что дало возможность определить уровень компетенции медицинской сестры гематологического отделения (см. Приложение 3). Анкета очень проста в использовании.

По данным анкетирования были получены следующие результаты: показатели работы медсестры, как «высокие» оценили 27 (90%) пациентов, удовлетворены работой медсестры 3 (10%) больных, деятельность как «неудовлетворительную» не оценил никто из опрошенных (см. рис. 7).

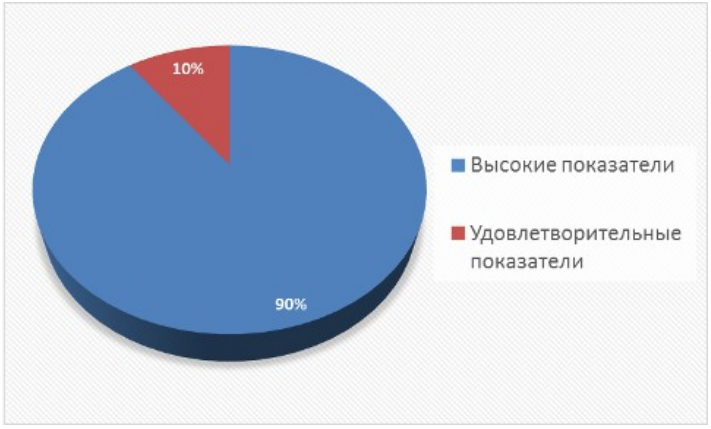


Рис. 7 Оценка работы медсестры по данным анкетирования

У всех без исключения пациентов, находившихся на лечении в отделение онкогематологии, удалось избежать развития осложнений

основного заболевания, что имеет огромное значение в лечении и последующей реабилитации данных больных.

Таким образом, для повышения шансов на успешное лечение пациентов, страдающих лейкозами медицинская сестра должна:

- обладать достаточными профессиональными знаниями;
- соблюдать правильный режим ведения данных пациентов;
- тщательно придерживаться всех предписаний врачей;
- предоставлять своевременную и полноценную психологическую поддержку больным и их родным;
- избегать дальнейших инфекционных осложнений;
- решать проблемы, связанные с нарушением потребностей пациентов;
- проводить разъяснительную работу и обучение правильному поведению, и питанию, отказ от вредных привычек среди членов семей пациентов.

2.4. Риски медицинской сестры при оказании помощи пациентам с лейкозом

Любая профессия связана с риском заболевания. Причины могут быть разные: неисправное оборудование, нарушение норм безопасности, развитие скрытых заболеваний, несоблюдение гигиены и т. д. Вероятность попасть в зону риска достаточно высока для медицинских сестер, так как по роду своей деятельности они работают непосредственно с больным людьми, кровью, острыми предметами.

Опасности медсестры

Риск заразится, постоянно подстерегает медработников на рабочем месте. И неважно где они трудятся: в государственной или частной клинике, в больнице или на дому.

К заболеваниям относятся:

- вирусные инфекции (ОРВИ, грипп);
- инфекционные болезни;
- заболевания органов дыхания;
- аллергия;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- неврозы и психологические проблемы.

Профилактика заражения

Снизить риск заражения для медсестры можно при соблюдении нескольких факторов:

- не нарушать технику безопасности;
- периодически проходить медосмотр;
- при первых признаках недомоганий обращаться к специалистам.

Администрация учреждения здравоохранения обязана следить за выполнением техники безопасности. Для этих целей создать, соответствующие нормам санитарии, рабочие места, обеспечить средствами индивидуальной защиты, проводить разъяснительные работы (семинары, тренинги), устраивать периодическую проверку знаний (аттестацию) и выборочный контроль.

Наиболее опасными являются действия, связанные с нарушением целостности кожи и поражения слизистых оболочек.

Основные требования безопасности:

- соблюдать личную гигиену;
- не пренебрегать средствами защиты (использовать перчатки, маски, очки, халаты и другие приспособления), по мере использования менять на новые средства;
- обеспечить наличие аптечки первой помощи;
- использованные шприцы, пробирки помещать в контейнер для дальнейшей утилизации;
- не разбирать шприцы, не отделять иглы от капельниц;
- не приступать к работе даже в защитных средствах при наличии открытых ран и мокнущего дерматита кожи;
- регулярно проводить дезинфекцию рабочего места и предметов труда многоразового использования.

Экстренные меры защиты

При тщательном соблюдении техники безопасности существует вероятность порезаться, уколоться, а при соприкосновении с биологическими выделениями человека (моча, пот, слюна, ушная сера, рвотные массы) – вероятность заражения. Поэтому медицинским работникам следует четко знать свои первые действия экстренной помощи самому себе.

Повреждение кожи рук. Не снимая перчатки вымыть руки с мылом, избавиться от перчаток, обработать любым антисептическим средством.

Поражение слизистой оболочки глаза. Промыть водой или специальным раствором несколько раз.

Повреждение носоглотки. Сплюнуть, несколько раз прополоскать рот и нос.

При попадании инфекции на обувь, мебель, пол, оборудование, немедленно обеззаразить неоднократным протиранием поверхность антисептическим средством.

Соблюдая технику безопасности и личную гигиену, используя средства защиты, следя за своим здоровьем, медицинская сестра в состоянии сама снизить процент риска профессионального заболевания.

Стресс в работе медсестры, согласно исследованиям, является наиболее сильным.

Самыми беззащитными перед лицом стрессовых ситуаций являются добросовестные работники, полностью отдающие себя профессии, предъявляющие к себе слишком высокие требования. В их предоставлении идеальный сотрудник должен отбросить все человеческие эмоции, целиком отдавая себя работе. Существует классификация психотипов медицинских сестёр, подверженных нервным сбоям под влиянием работы:

- Педанты, которым присуща полная отдача на службе, стремление к перфекционизму, точности, доведению любого дела до конца. При малейшем отклонении от идеала человек перестаёт испытывать удовлетворение от работы, раздражается. Часто такое самоотверженное служение профессии негативно и отражается на нервной системе работника.
- Демонстративные трудяги, стремящиеся доказать всему коллективу, что именно они его лидеры. Обычно несговорчивы, не умеют уступать. Растрачивая множество усилий на показную деятельность, такие сотрудники на самом деле очень быстро утомляются. Пребывают в постоянном страхе потерять свой авторитет перед коллегами.
- Эмпаты. Сердобольные медсестры, склонные проявлять сочувствие к каждому пациенту, воспринимать его проблемы, как собственные. Подобная сентиментальность приводит к нервным сбоям и депрессиям.

Поскольку работа медсестры связана с ответственностью за жизнь и здоровье человека (хоть и в меньшей степени, нежели у врача), она не может позволить себе расслабиться. Люди в белом – это медработники, которым доверяют человеческие жизни. Подобные обстоятельства накладывают

отпечаток на психику и нередко становятся причиной эмоционального выгорания, стресса в профессиональной деятельности.

Рабочие условия и их влияние на нервную систему

Прогрессирование эмоционального спада во многом зависит от конкретного занятия медицинского работника и его загруженности. Необходимость успеть всюду, расторопность, работа круглые сутки – такое способен выдержать активный человек, стойкий, хладнокровный человек.

Дополнительными факторами формирования психического сбоя могут быть:

- перевыполнение рабочего плана (что характерно для сферы медицины);
- частые ночные дежурства;
- чрезмерная загруженность;
- наличие плохих рабочих условий;
- множество рутинной работы и т.д.

Нагрузке подвергается опорно-двигательный аппарат и зрение (вследствие сидячей и канцелярской работы). Поскольку работник медицинской сферы должен быть всегда готов выполнять свою работу, у него нет возможности позволять себе много отдыхать.

Среди факторов риска возникновения стрессов у медсестер — постоянное напряжение.

Последствия производственных издержек Перенапряжение на работе, физическое и моральное, способно привести работника медицины к серьёзным проблемам с психикой. Эти люди подвержены серьёзной угрозе развития соматических заболеваний: от частых головных болей, скачков артериального давления и неврозов до тяжёлой формы депрессии. На фоне переживаний иммунитет слабеет.

Таким образом, адекватное восприятие и хладнокровность, профессиональная отстранённость приобретаются с годами, и их выработкой нужно заниматься. От стресса в профессиональной деятельности

медицинского работника никуда не деться, важно уменьшить его влияние. Человек, который сознательно решил работать в сфере медицины, должен быть готов к подобным трудностям и иметь соответствующий склад характера. При этом важно сохранить баланс и уметь отделять работу от личной жизни.

2.5. Разработка рекомендации по совершенствованию профессиональных компетенций медицинской сестры при уходе за пациентами с лейкозами

Рекомендации медицинским сестрам:

1. Индивидуальный подход к каждому пациенту, обращаться по имени и отчеству, подробно информировать пациента о правилах приема лекарственных средств.

2. Необходимо быть внимательным, выявить проблемы пациента.

Таким образом, для эффективного общения медицинской сестры с пациентами необходимо соблюдать этико-деонтологические аспекты в своей профессиональной деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лейкемия или лейкоз крови – это злокачественное заболевание костного мозга, вызванное нарушением его функций кроветворения. При данном типе патологии из незрелых клеток образуют бласты, которые замещают собой здоровые клетки крови. Определить лейкоз можно по характерным

симптомам и при помощи специальных анализов. Заболевание считается очень опасным, но при своевременном лечении врачам удается достичь стойкой ремиссии и продлить жизнь пациента.

Прогноз лейкемии зависит формы заболевания, распространенности поражения, группы риска больного, сроков постановки диагноза, ответа на лечение и др. Хорошим прогнозом лейкемии считается вероятность 5-ти летней выживаемости 70% и более; риск рецидивов - менее 25% .

Хроническая лейкемия при достижении бластного криза приобретает агрессивное течение с риском летального исхода из-за развития осложнений. При правильном лечении хронической формы можно добиться ремиссии лейкемии на долгие годы.

Следует помнить, что рецидив может наступить в любой момент. Поэтому, соблюдение мер предосторожности, наблюдение у врачей не должны прекращаться на протяжении всей жизни. Лечиться тяжело, а поддерживать организм еще тяжелее.

А роль медсестры в лечении пациентов с лейкозом трудно переоценить. Именно средний медицинский персонал осуществляет уход, исполнение и контроль за исполнением врачебных назначений. Медсестра осуществляет организацию противоэпидемического режима и контроль за его соблюдением.

Сестринский персонал ограничивает контакт больного с окружающими людьми и посещение им мест большого скопления людей, разъясняя пациенту о необходимости данных мер. Помимо вышеперечисленного медсестра осуществляет контроль за приемом лекарственных средств, выполнением назначений врача, сдачей анализов.

Не зависимо от формы лейкоза, выбора схемы лечения все пациенты нуждаются в соответствующем уходе, при грамотной организации которого шансы на выздоровление повышаются. Поэтому главной задачей сестринского ухода при лейкозах является создание комфортной и безопасной атмосферы вокруг больного.

Как показало проведенное исследование, не последняя роль в диагностике и предоставлении медицинской помощи при лейкозах принадлежит правильно организованному сестринскому процессу.

В работе доказано, что использование всех этапов сестринского процесса при лейкозе дает возможность улучшить качество жизни пациентов в процессе лечения.

Анализ деятельности работы медицинской сестры продемонстрировал, что цель работы достигнута и результат – улучшение качества жизни пациентов при лечении в стационаре, является именно результатом глубоких теоретических знаний и практических навыков. У всех пациентов посредством верно организованного сестринского процесса удалось добиться позитивной динамики в течении болезни, а также удалось избежать развития осложнений. Работа медсестры также была позитивно оценена самими пациентами, про что свидетельствуют данные анкетирования.

Подводя итог, можно сказать, что без лечения лейкоз приводит к гибели больного в течение нескольких месяцев или даже недель. Однако использование современных протоколов лечения дает очень хороший результат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ причин поздней диагностики острого лейкоза / Н.В. Нагорная, Е.В. Вильчевская, Е.Н. Марченко [и др.] // Здоровье. –2014. - № 1 (36). – С.84-89.

2. Бершадская М.Б. Причины лейкоза. – М., 2016. – 86 с.

3. Бирюкова Е.Г. Инновации в работе медсестер / Е. Г. Бирюкова, Е.Ю. Варфоломеева, И.М. Спивак // Сестринское дело. – 2015. – № 5. – С.33-35.

4. Белканова С.Н. Роль медицинской сестры при проведении химиотерапии / С.Н. Белканова // Старшая медицинская сестра. - 2016. - № 3. - С. 3-16

5. Винник Т.И. Основные причины возникновения сепсиса – на руках медсестер / Т.И. Винник // Медсестра. – 2015. – № 3. – С.27-28.

6. Воробьев А.И. Руководство по гематологии: в 3 т. – Т. 1. – 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Ньюдиамед, 2015. – 280 с.

7. Выполнение диагностических процедур. Методические рекомендации для медсестер // Сестринское дело. – 2015. – № 1. – С.33-37.

8. Гематология и иммунология / Под ред. Н.А. Алексеева. — СПб.: Гиппократ, 2016. – 1044 с.

9. Гематология: руководство для врачей / Н.Н. Мамаев, С.И. Рябов. — СПб.: СпецЛит, 2015. – 543 с.

10. Глузман Д.Ф. Диагностика лейкозов. Атлас и практическое руководство. — К.: Морион, 2013. – 224 с.

11. Глузман Д.Ф. Иммуноцитохимическая диагностика опухолей кроветворной и лимфоидной тканей. – К.: ДИА, 2014. – 216 с.

12. Грицаев С.В., Мартынкевич И.С., Мартыненко Л.С. и др. Возраст и кариотип – факторы риска у больных первичным острым миелоидным лейкозом // Клинич. онкогематология. – 2014. – № 4. – С.359-364.

13. Диагностика лейкоза / Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2012. – 684 с.

14. Онкология. Национальное руководство / Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевич, С.А. Маяковой. — М.: Издательская группа РОНЦ, 2014. – 678 с.

15. Дурнов Л.А. Злокачественные новообразования кроветворной и лимфоидной ткани. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2015. — 272 с.

16. Ермолин А.Э. Дифференциальная диагностика и лечение острых и хронических лейкозов. — М.: Бином, 2014. — 200 с.

17. Лейкозы у взрослых / Г.Л. Меткевич, С.А. Маякова. — М.: Практическая медицина, 2017. — 384 с.
18. Медицинская реабилитация в терапии. Руководство для студентов и врачей. Под редакцией В.Н. Сокрута, В.Н. Казакова. – Донецк, 2013. – 600 с.
19. Меткевич Г.Л. Лейкозы у взрослых / Г.Л. Меткевич, С.А. Маякова. - М.: Практическая медицина, 2016. - 384 с.
20. Мухина С.А. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела": учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 512 с.
21. Мышкина Л.В. Особенности работы медсестры с онкологическими пациентами / Л.В. Мышкина, Н.И. Костина // Медсестра. – 2015. – № 7. – С. 33-41.
22. Нагорная Н.В. Дисэлементоз у взрослых с дефицитом железа и пути его коррекции / Н.В. Нагорная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая // Современная педиатрия. – 2014. – №1(41). – С.41-47.
23. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 160 с.
24. Сестринский уход в гематологии и онкологии: практ. рук. / под ред. Е.В. Самочатовой, А.Г. Румянцева. - Москва: Литтерра, 2015. – 196 с.
25. Сисла Б. Руководство по лабораторной гематологии: Пер с англ. / Под общей ред. А.И. Воробьева. — М.: Практическая медицина, 2015. — 340 с.
26. Сопина З. Е. Управление качеством сестринской помощи: учеб. пособие / З.Е. Сопина, И.А. Фомушкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 176 с.
27. Теория сестринского дела: учебник / Г.М. Перфильева [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с.
28. Филенко А.Б. Психологическое сопровождение средним медицинским персоналом пациентов в химиотерапевтическом отделении / А.Б. Филенко, Т.Е. Акрытова // Медсестра. - 2015. - № 7. - С.33-36.

29. Цветкова Л.К. Обязанности медсестры, связанные с химиотерапией / Л.К. Цветкова // Медицинская сестра. - 2015. - № 1. - С.9-11 .

30. Янкина О.В. Роль психологической поддержки пациентов при проведении химиотерапии / О.В. Янкина // Медсестра. - 2016. - № 4. - С.29-30.

Приложени1

Ф.И.О.пациента_____М_____

Адрес проживания _____Город Н

Телефон _____000000000000000000_____

Лечащий врач _____Е.К._____ Диагноз:

Дата поступления г. время?

Первично __ Повторное ___

Поступил(а)?:

- По скорой помощи
- Самостоятельно

Направление медицинские Перевод

Способ транспортировки в отделение:

- на каталке
- на кресле
- пешком

Сознание:

- Ясное
- Контактный
- Ориентирован
- Дезориентирован

Потребность в дыхании. Дыхание:

- Свободное
- Утруднено

Частота дыхательных движений ____ в мин. Частота пульса _____ в минуту? Ритмичный? Аритмичный АД _____ мм рт. ст.

Кашель:

- Нет
- Да

- Сухой
- С мокротой

Масса тела _____ кг рост _____ см.

Принимает пищу и питье:

- Самостоятельно
- Нуждается в помощи

Аппетит:

- Нормальный
- Снижен
- Повышен
- Отсутствует

Болеет или сахарный диабет:

- Нет
- Да Если "да", то как регулирует заболевания? Инсулин? Сахароснижающие таблетки? Диета? Придерживается?

Аллергия отрицает.

Диспепсические расстройства:

- Тошнота
- Рвота
- Тяжесть, дискомфорт в области живота.

Зубы:

- Сохранены
- Отсутствуют
- Частично сохранены или съемные зубные протезы? Да? Сверху? Снизу?

Состояние полости рта:

- Санирована
- Не санирована

Состояние кожи:

- Сухая
- Нормальная
- Жирная
- Отечность
- Расчесы
- Язвы
- Высыпания

Способность поддерживать нормальную температуру тела. Температура тела в момент обследования 36,6:

- Снижена
- Нормальная
- Повышенная

Имеется:

- Потливость
- Озноб
- Чувство жара

Физиологические отправления Мочеиспускание:

- Обычное по частоте
- Ускоренное
- Редкое
- Болезненное
- Ночное (сколько раз) _____
- Недержание
- Наличие катетера

Функционирование кишечника Частота 3 раза в день.

Характер стула:

- Обычной консистенции
- Жидкий

Потребность в движении. Независимый? Зависим? Полностью?

- Твердый
- Недержание
- Стома

Потребность в движении.

- Независимый
- Зависим
- Полностью
- Частично
- Ходьба пешком.
- Самостоятельно
- С посторонней помощью

Использования дополнительных приспособлений _____ .

Потребность во сне.

- Использует снотворные
- Храпит
- Спит хорошо

Привычки сна _____-_____

Факторы, нарушающие сон _____-_____.

Потребность трудится, и отдыхать работает _____?

- Не работает
- Пенсионер
- Ученик
- инвалидность?

Есть ли возможность реализовать свои увлечения:

- Да
- Нет

Возможность общения:

- Разговорная речь нормальная
- Трудности в общении

Слух. Нормальный? Тугоухость? Справа? Слева? Глухой? Слуховой

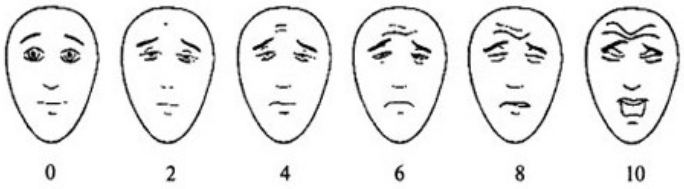
Пациент ____М___

(Подпись)

Медсестра ____О.О.___

Модифицированная лицевая шкала боли Verbal Descriptor Scale (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990)

Carl von Baeyer со студентами из Университета Saskatch-ewan (Канада) в сотрудничестве с Pain Research Unit модифицировал лицевую шкалу боли, которая получила название модифицированной лицевой шкалы боли. Авторы вместо семи лиц в своей версии шкалы оставили шесть, сохранив при этом нейтральное выражение лица. Каждое из представленных в шкале изображений получило цифровую оценку в диапазоне от 0 до 10 баллов.



Инструкция по использованию шкалы:

«Посмотри внимательно на эту картинку, где нарисованы лица, которые показывают, какое количество боли можно иметь. Это лицо (покажите самое левое) показывает человека, которому совсем не больно. Эти лица (покажите каждое лицо слева направо) показывают людей, у которых боль увеличивается, нарастает. Лицо справа показывает человека, которому нестерпимо больно. Теперь укажи мне лицо, указывающее, насколько Вам больно в данный момент».

Приложение 3

Анкетирование проводится у пациентов, находящихся на лечении в отделении.

Показатель	Баллы		
	0	1	2
Как Вы оцениваете отношение к Вам среднего медицинского персонала?	Негативно	Хорошо, но есть некоторые замечания	Позитивно
Доступна ли была для Вас информация, предоставляемая медицинской сестрой в период пребывания в отделении по поводу лечебных процедур?	Не доступна	Частично доступна	Доступна, были даны четкие объяснения
Вовремя ли медицинская сестра осуществляла медицинские манипуляции?	Не вовремя, иногда вообще не уделяла мне внимания	Вовремя, но иногда были незначительные задержки	Всегда вовремя.
Как Вы в целом оцениваете работу медицинской сестры в отделении	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Отлично
Всего			

- 0 баллов – неудовлетворительная работа медицинской сестры;
- 4 балла – удовлетворительная работа медицинской сестры;
- 6 баллов – высокие показатели работы медицинской сестры.