Министерство здравоохранения Омской области
БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
(БПОУ ОО «МК»)
ЦК Сестринское дело

Выпускная квалификационная работа

(дипломная работа)

Особенности деятельности медицинской сестры по оказанию психологической помощи пациентке после хирургического вмешательства на молочной железе

Выполнила: Жмакина Светлана Андреевна
студентка 4 курса, группы МВ-403
Специальность: 34.02.01 Сестринское дело
Научный руководитель: Горчакова И.Ю.
Рецензент: Турко Ю.В.

Дата защиты: 23.06.2020

Оценка: _____

Председатель ГЭК: _____Моисеева Т.Ф.

Члены ГЭК: _____

_____

_____

_____

Омск 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 4

1.1. Анатомия и физиология молочной железы.....4

1.2. Заболевания молочных желез.....6

Можно добавить еще существующие методы лечения.....11

1.3. Послеоперационный период.....11

1.4. Психологическое сопровождение пациентки после хирургического вмешательства на молочной железе.....13

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....21

2.1. Особенности сестринского ухода за пациентками после хирургического вмешательства на молочной железе.....21

2.2. Анкетирование пациентки.....23

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....27

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ.....29

ВВЕДЕНИЕ

Согласно ежегодной статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) количество хирургических вмешательств на молочной железе в стране неуклонно растет.

В структуре заболеваний женского населения патологические процессы молочной железы выявляются с частотой 13,5–30%. Диффузные дисгормональные заболевания молочных желез различной степени тяжести проявляются более чем у 50 % женщин, чаще всего в возрасте 30–50 лет. Доброкачественные новообразования выявляются у 40–60 % женщин старше 40–45 лет. Современные данные говорят о встречаемости мастопатий до 86% среди женщин репродуктивного возраста.

Но при этом психологическая сторона заболевания (личность самого больного, его переживания и эмоциональное состояние, оказывающие влияние на лечение) учитываются не в достаточной степени. Процесс лечения предопределяет непосредственный тесный психологический контакт между медицинскими работниками и пациентом. Основной уход после оперативного вмешательства осуществляется средним медицинским персоналом, а именно медицинской сестрой.

Медицинская сестра оказывается именно тем человеком, который наиболее компетентно и в наибольшей степени адекватно может помочь больному существовать в ситуации болезни. От её слов и действий во многом зависит сама жизнь больного и эффективность реабилитационных мероприятий после операции. Согласно исследованиям, направленным на выявление социально-психологических нужд пациенток с заболеваниями молочных желез, доступных для них услуг и доказательной базы для их вмешательства, было установлено, что наиболее эффективными оказались меры по улучшению коммуникации между медицинским персоналом и

пациентом и только потом - психотерапевтическое и психологическое консультирование, а применение психофармакологических средств – на третьем месте.

Таким образом, от медицинской сестры требуется психологически грамотное профессиональное взаимодействие с пациенткой. Отсутствие профессиональной подготовки к коммуникативной деятельности, которая является неотъемлемой частью работы любого медицинского персонала, создает ряд трудностей во взаимоотношениях с пациентами после хирургических вмешательств.

Актуальность темы. Послеоперационный период начинается с момента окончания операции и продолжается до выписки пациента из отделения. Плохо проведенный послеоперационный период, особенно первые дни, после операции, может привести к неблагоприятному исходу и удлинить послеоперационный период. В послеоперационный период все направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений. Правильное и своевременное выполнение врачебных назначений и чуткое отношение к пациенту создают условия для быстрого выздоровления.

Проблема психологического сопровождения пациентов выступает как особо актуальная в современной хирургической практике, поскольку психологическая поддержка больных является важным фактором в оптимизации лечебного процесса, а также - неотъемлемой функцией в профессиональной деятельности медицинского персонала и, в частности, медицинской сестры.

Цель исследования: изучить участие медицинской сестры в оказании психологической помощи при уходе за пациентками после хирургического вмешательства на молочной железе.

Задачи исследования:

1. Изучить данные литературных источников и нормативные документы по вопросам ухода за пациентом после оперативного вмешательства на молочной железе.
2. Определить особенности психологической при уходе за пациентками после хирургического вмешательства на молочной железе.
3. Разработать рекомендации по уходу и психологическому сопровождению пациенток после хирургического вмешательства на молочной железе.

Объект исследования Сестринский уход при хирургическом вмешательстве на молочной железе.

Предмет исследования Роль медицинской сестры при уходе за пациентом после хирургического вмешательства на молочной железе.

Методы исследования:

1. Анализ литературных источников.
2. Анализ нормативных документов.
3. Анализ полученных данных с целью разработки рекомендаций по уходу и психологическому сопровождению пациенток после оперативного вмешательства на молочной железе.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1. Анатомия и физиология молочной железы

Молочная железа - это парный орган, располагающийся на передней поверхности грудной клетки с обеих сторон от срединной линии и имеющий протяженность от III до VII ребра и от парастернальной линии до передней подмышечной линии.

Объем, форма и уровень развития варьирует от множества факторов, таких как возраст, степень развития железистой ткани, количество жировой клетчатки, работа эндокринной системы.

До пубертатного периода область молочной железы имеет плоскую форму, но в процессе полового созревания приобретает форму полусферы. Форма молочной железы может варьироваться от конической и сферической до грушевидной или дискоидной.

У половозрелой женщины молочные железы образуют два симметричных полушаровидных возвышения, прилегающих к передней грудной стенке в области между третьим и шестым или седьмым ребром. Большей частью своего основания каждая железа прикреплена к большой грудной мышце и частично к передней зубчатой мышце. С наружной стороны между молочными железами имеется углубление, называемое пазухой.

Немного ниже середины каждой груди, примерно на уровне четвёртого межрёберного промежутка или пятого ребра, на поверхности имеется небольшой выступ - грудной сосок. Как правило, у нерожавших женщин сосок имеет конусообразную форму, а у рожавших — цилиндрическую. Он окружён так называемой ареолой диаметром 3 - 5 сантиметров. Пигментация кожи соска и ареолы отличается от остальной кожи - она заметно более тёмная. У нерожавших женщин - розоватая или тёмно-красная, у рожавших - буроватая. Во время беременности интенсивность пигментации усиливается.

В околососковом кружке имеется некоторое количество небольших рудиментарных молочных желёз, так называемых желёз Монтгомери, образующих вокруг соска небольшие возвышения. Кожа соска покрыта мелкими морщинами.

У верхушки соска находятся небольшие отверстия — млечные поры, которые представляют собой окончания молочных протоков, идущих от верхушек молочных долей. Диаметр молочных протоков от 1,7 до 2,3 мм. Некоторые молочные протоки сливаются между собой, поэтому количество молочных отверстий всегда меньше количества протоков (обычно их бывает от 8 до 15).

Собственно молочная железа, составляющая основу женской груди и называемая также телом молочной железы, представляет собой плотное тело в форме выпуклого диска. Это тело окружено слоем жира. Тело молочной железы состоит из 15—20 отдельных конусообразных долей, расположенных радиально вокруг грудного соска, обращённых верхушкой к нему и разделённых между собой прослойками соединительной ткани. Каждая доля, в свою очередь, состоит из более крупных и более мелких долек. Каждая долька состоит из альвеол диаметром 0,05—0,07 мм. Графическое изображение анатомического строения молочной железы представлено в Приложении 1.

Кровоснабжение молочных желёз осуществляется в основном внутренней грудной и боковой грудной артериями.

Размер и форма груди индивидуальны. Индивидуальные различия в величине женской груди обусловлены толщиной подкожного жирового слоя. Форма груди (стоячая или отвислая) зависит от прочности и упругости капсулы из соединительной ткани, в которую заключена молочная железа. Таким образом, ни размер, ни форма груди не влияют на способность женщины к грудному вскармливанию. Однако они являются важной составляющей сексуальной привлекательности. Размер груди обычно выражается в терминах, применяемых к обозначению размера

бюстгальтеров. Среднестатистический размер груди колеблется в районе 80 см в обхвате. Обычно левая грудь немного больше правой.

Кровоснабжение молочной железы совершается за счет ветвей межреберных артерий, прободающих ветвей внутренней грудной артерии, а также за счет ветвей наружной грудной артерии. Венозные сосуды следуют параллельно артериальным и сливаются в подмышечную и подключичную вены, а также во внутреннюю грудную и в верхнюю полую вены.

Иннервация молочной железы осуществляется преимущественно за счет передних кожных ветвей 2-5 межреберных нервов и заднебоковых веточек 3-5 межреберных нервов, а также веточек надключичных нервов.

Основным путем оттока лимфы из молочной железы является подмышечный путь. Наряду с этим путем важное значение имеет второй путь – грудинный, или «парастернальный» путь, куда направляется лимфа преимущественно из глубоких отделов молочной железы, главным образом из медиальных ее квадрантов. Помимо этих направлений, лимфа от молочной железы может оттекать по дополнительным путям: интерпекторальному, трансперсональному, в медиальном направлении в подмышечные лимфатические узлы противоположной стороны, в лимфатическую сеть предбрюшинной клетчатки подложечной области.

1.2. Заболевания молочных желез

Переносы убрать во всей работе!

Болезни молочных желез могут возникать у женщин в разные возрастные периоды. Наиболее опасным в отношении онкологической патологии молочных желез считается возраст старше 40 лет. Женщинам в этот период необходимо регулярно осуществлять самоконтроль груди, проходить ее рентгенологическое обследование и УЗИ.

Несмотря на то, что большую часть жизни женщины молочные железы находятся «в покое», но как гормонозависимый орган, они претерпевают сложные изменения, обусловленные физиологией женского

организма. И возникновение большинства заболеваний молочной железы связано именно с нарушениями гормонального фона.

Так, при эндокринных расстройствах в молочной железе могут возникнуть доброкачественные образования –мастопатия,киста и фиброма молочной железы. Их развитие нередко связано с абортами, а также воспалительными заболеваниями органов женской репродуктивной сферы, нарушающими гормональную функцию яичников и других желез внутренней секреции.

Заболевания молочной железы, ведущие к воспалению молочной железы - маститу, развиваются, как правило, в период грудного вскармливания: это лактостаз и трещины соска.

Особую озабоченность маммологов - онкологов вызывает рост количества злокачественных опухолей (рака молочной железы). К их развитию предрасполагают травмы и воспалительные заболевания груди, аборты, половые инфекции, поздняя (после 35 лет) первая беременность и роды, эндокринные расстройства, вредные привычки, экология и наследственность.

О том или ином маммологическом заболевании может свидетельствовать появление у женщины хотя бы одной из жалоб: уплотнение, болезненность в груди, появление выделений из сосков, изменение кожи на груди и в области соска, изменение формы железы, увеличение лимфоузлов в подмышечных зонах.

Сегодня большинство своевременно выявленных заболеваний молочной железы успешно лечится консервативно. Хирургическое лечение маммологической патологии направлено на максимально бережное сохранение органа и его функции.

Таким образом, заболевания молочных желез можно классифицировать следующим образом:

1. Пороки развития молочной железы:

- амастия — отсутствие обеих молочных желез;

- мономастия — отсутствует одна молочная железа;

- полимастия — добавочные молочные железы или соски (полителия) располагаются обычно от подмышечной до паховой области. У больных часто развиваются дисгормональные гиперплазии, опухоли. Лечение хирургическое.

- микромастия — симметричные недоразвитые молочные железы. Встречается при эндокринных заболеваниях. Лечение — коррекция эндокринных заболеваний.

- макромастия — может быть истинной (увеличение железистой ткани) и ложной (увеличение жировой ткани). Истинная макромастия может наблюдаться в детском возрасте при заболеваниях эндокринной системы и при преждевременном половом созревании. У взрослых женщин она наблюдается во время беременности. Лечение в детском возрасте — коррекция эндокринных нарушений.

– мастоптоз — опущение молочных желез наблюдается у полных женщин и при резком похудании. Появляется боль, лимфостаз, мацерация. Лечение — ношение свободных бюстгальтеров, изготовленных под заказ; пластические операции.

2. Воспалительные заболевания:

- неспецифические: острый и хронический мастит;

- хронические специфические заболевания: туберкулез, актиномикоз, сифилис.

3. Дисгормональные гиперплазии: мастопатия, мастодиния, гинекомастия.

4. Доброкачественные опухоли: фиброаденомы, папилломы.

5. Злокачественные опухоли: рак, саркома.

Хирургия молочной железы - совокупность методов хирургических вмешательств на молочных железах.

Оперативные вмешательства на молочной железе можно разделить на три группы:

1. Операции по поводу различных воспалительных заболеваний, например, острый и хронический мастит, эктазия и дилатация. К операциям такого типа относится, прежде всего, вскрытие и дренирование гнойника. Крайне редко при мастите выполняется удаление молочной железы (при гангрене молочной железы).

Об эктазии, как патологии, врачи говорят только в том случае, когда увеличение ширины грудных протоков не связано с вынашиванием ребенка, лактацией и наступлением менопаузы.

Дилатация млечных протоков молочных желез как самостоятельное заболевание встречается нечасто, в основном его присутствие указывает на развитие других патологических процессов в груди. Просвет протоков увеличивается до 3-5 мм и больше (норма – 1,5-2 мм). В данных случаях хирургическое лечение заключается в удалении воспаленного молочного протока.

Микродохэктомия - удаление одного из молочных протоков, удаление всех млечных протоков из области вокруг соска. Обе процедуры выполняются через небольшой полу лунный разрез рядом с ареолой.

2. Операции по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований (фиброаденома, рак молочной железы, фиброаденоматоз). К ним относится - энуклеация опухоли молочной железы - секторальная резекция молочной железы - радикальная резекция молочной железы - мастэктомия (удаление молочной железы) - подмышечная лимфоаденэктомия - биопсия подмышечных лимфатических узлов.

A. Мастэктомия - хирургическая операция по удалению молочной железы. Сущность операции: удаление молочной железы, жировой клетчатки, в которой содержатся лимфатические узлы (вероятные места метастазирования) и, в зависимости от варианта мастэктомии, удаление малой и/или большой грудной мышц.

На сегодняшний день существует несколько разновидностей этого типа хирургического вмешательства:

- радикальная мастэктомия (мастэктомия по Холстеду): удаление грудных мышц (малой и большой), подмышечной (всех трёх уровней), подлопаточной клетчатки.

- мастэктомия по Урбану: техника операции такая же, как по Холстеду, но кроме этого удаляются парастернальные лимфатические узлы (применяется при наличии в них метастазов).

- модифицированная радикальная мастэктомия по Пейти (Пейти-Дайсону): удаление молочной железы, малой грудной мышцы с сохранением большой грудной мышцы, подмышечной клетчатки 1-3 уровня, подлопаточной клетчатки.

- модифицированная радикальная мастэктомия по Маддену: одномоментное удаление молочной железы, подлежащей фасции, подлопаточной, подмышечной 1-2-го уровня и межмышечной клетчатки с лимфатическими узлами.

- ампутация молочной железы: удаление молочной железы без удаления подмышечной клетчатки.

в. Лампэктомия - хирургическая операция, представляющая собой секторальную резекцию молочной железы по поводу злокачественных новообразований. Оперативное вмешательство представляет собой вариант органосохраняющего хирургического лечения ранних стадий рака молочной железы, в котором производится удаление опухоли в пределах здоровых тканей с минимальной резекцией области здоровой ткани.

В определениях Европейской организации по изучению и лечению рака отступ от границы опухоли в случае лампэктомии должен составлять не менее 1 см. Данный параметр (10 мм) был введен по результатам обсуждения на 5-й Международной консенсусной конференции по заболеваниям молочной железы-2005 (Миланский консенсус), как требование к ширине области вокруг опухоли, в пределах которой отсутствует ткань с опухолевым фенотипом.

Среди иных вариантов органосохраняющих операций по поводу опухолей молочной железы также выделяют туморэктомию и сегментэктомию (квадрантэктомию).

С. Хирургическая биопсия молочной железы. Процедура биопсии подразумевает под собой забор участка ткани для дальнейших исследований. Биопсия молочной железы назначается при подозрении на раковую опухоль, осуществляется хирургически или инвазивной иглой.

3. Пластические операции включают в себя:

- Эндопротезирование (увеличение молочной железы с помощью силиконового протеза);
- Редукционная маммопластика (уменьшение молочной железы);
- Мастопексия (подтягивание молочной железы);
- Реконструкция молочной железы.

Можно добавить еще существующие методы лечения

1.3. Послеоперационный период

Послеоперационный период – время с момента окончания операции, до восстановления трудоспособности пациента. Этот период может длиться от нескольких дней, до нескольких месяцев. Различают ближайшие и отдаленные этапы послеоперационного периода.

Ближайший этап начинается с момента окончания операции, до выписки из стационара. Начинается с транспортировки больных из операционной в послеоперационную палату, проводится под руководством врача анестезиолога или сестры анестезиста. При перевозке, голову пациента необходимо повернуть набок или ввести воздуховод, для профилактики затруднения дыхания и западения языка.

В послеоперационной палате – больных наблюдают лечащий врач и анестезиолог-реаниматолог. Медицинская сестра находится непосредственно в палате, где она проводит инфузионную терапию, чаще через катетер

подключичной вене. Проводят оксигенотерапию, через носовые катетеры, подключают контрольно-диагностическую аппаратуру, вводят мягкий катетер в мочевой пузырь. Измеряют АД, температуру и водный баланс. При стабильном состоянии пациента, переводят в хирургическое отделение, где он находится до снятия швов и выписки.

Послеоперационный период может быть осложненным и неосложненным. После секторальной резекции осложнения возникают редко. В основном это осложнения со стороны операционной раны. Также могут быть и другие осложнения:

Послеоперационный период характеризуется острым болевым синдромом, который оказывает значительное влияние на настроение и восприятие ситуации пациенткой в целом. Задача медицинского персонала максимально сократить этот период, и вывести пациентку из депрессивного состояния. На первом месте должно стоять устранение болевого синдрома и настрой пациентки на позитивный контакт с медицинской сестрой. Для этого медицинская сестра должна быть деликатна и участлива, проявлять внимание и интерес к ощущениям пациентки, стараться поддержать и выслушать.

В данный период работа медицинской сестры должна быть сосредоточена на приоритетных проблемах пациента, в соответствии с данной патологией можно выделить следующие проблемы (Таблица 1).

Таблица 1. Проблемы пациента

Проблема пациента	**Причины проблемы**
Невозможность осуществления самоухода	Связанная со слабостью, и тугоподвижностью руки, и наложением швов (нельзя мыться)
Нарушение комфортного состояния	Из-за установки дренажа
Тугоподвижность плечевого сустава, риск возникновения отека.	В связи с удалением значительного по размерам кожного лоскута и сопутствующих болевых ощущений
Страх двигаться	В связи с раной и наложенных швов
Заниженная самооценка	В связи с удалением или деформацией молочной железы

Риск инфицирования	В связи с неправильным уходом за дренажом и послеоперационной раной
Риск возникновения пролежней	В связи с неправильным уходом за дренажом
Слабость, озноб	Послеоперационный период
Боли в области послеоперационной раны	Послеоперационный период
Чувство стыда за внешний вид	В связи с удалением или деформацией молочной железы

Таким образом, период после хирургического вмешательства на молочной железе характеризуется у пациентки наличием ряда физиологических и физических, психологических и социальных проблем, которые часто затрагивают очень важные аспекты жизни женщины. В связи с этим, уход за пациентами с данной патологией также имеет индивидуальные особенности.

1.4. Психологическое сопровождение пациентки после хирургического вмешательства на молочной железе

Любое оперативное вмешательство на молочной железе является тяжелой психологической травмой, поэтому женщина нуждается не только в физической, но и в психологической реабилитации. Так же на психологическое состояние значительное влияние оказывает наличие осложнений, период и тяжесть физической реабилитации.

Женщина испытывает не только страх, но и сомнение в том, как будет в дальнейшем протекать ее жизнь. Она понимает, что отныне её внешность изменилась, и очень волнуется, как теперь будут воспринимать ее окружающие, не будет ли с их стороны наблюдаться негативное отношение.

Часто данная ситуация со здоровьем женщины является причиной негативных изменений в её личных отношениях. Как правило, мужья или возлюбленные не всегда не только в состоянии принять и понять состояние

женщины, но даже и не желают продолжать отношения с «дефективной» женщиной. Самые последние данные Росстата (выборка 2017-2018 гг.) однозначно свидетельствуют об увеличении числа разводов после перенесенной женщиной хирургической операции на молочной железе.

Именно от реакции окружающих во многом зависит и реакция самой женщины, ее способность адекватно отреагировать на создавшуюся ситуацию. Некоторые женщины опускают руки и, пытаясь заглушить душевную боль, начинают злоупотреблять алкоголем или наркотиками, что еще больше усугубляет создавшуюся ситуацию. Другие впадают в отчаяние и могут пытаться покончить жизнь самоубийством, полагая, что жизнь кончена, сопротивляться бесполезно и незачем являться обузой для других людей. Третьи могут на основании полученного диагноза требовать к себе особого внимания, становясь тем самым беспокойством для окружающих. От того, насколько женщина окружена пониманием, сочувствием и реальной поддержкой, зависит, какую тактику отношения к своей болезни она выберет.

Таким образом, основными психологическими проблемами пациенток после оперативного вмешательства на молочных железах могут являться:

1. Страх за свою жизнь;
2. Состояние депрессии;
3. Нарушение качества сна;
4. Чувство ложного стыда;
5. Страх, тревога, неуверенность в своих силах;
6. Нежелание общаться;
7. Отсутствие близких, знакомых;
8. Страх потери работы;
9. Страх негативных изменений в личных и семейных отношениях;
10. Изменение состояния независимости;
11. Изменение окружающей среды и привычной деятельности, и др.

Хронический стресс подавляет функции иммунной системы, что, в свою очередь, может негативно влиять на восстановление после заболевания. Поэтому ***важнейшим фактором выздоровления пациентки является психологическая реабилитация,*** а её отсутствие может препятствовать выздоровлению.

На современном этапе развития медицины преобладает комплексный подход к лечебному процессу, когда с пациентом работает одновременно несколько специалистов, имеющих различный уровень профессиональной, этической и деонтологической подготовки. Значительную и немаловажную роль в такой работе играет средний медицинский персонал. В условиях стационара медицинская сестра практически постоянно находится в непосредственном контакте с пациентами.

Сестринское дело представляет собой диалог - межличностное общение человека с человеком, медицинской сестры с пациентами. При госпитализации пациента, его переводе или выписке из стационара, в процессе до- и послеоперационного ухода, обучения и подготовки пациента к различным процедурам и манипуляциям медсестре необходимо уметь налаживать, поощрять и поддерживать соответствующее общение с пациентом.

Психотерапевтическую роль медицинской сестры трудно переоценить. Не случайно вначале, когда институт медсестер только создавался, они назывались сестрами милосердия, так как заботились не только о теле, но и о душе больных.

Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, использовании пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным, в умении порой защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно затягивающих выздоровление. Такая защита важна для любого пациента. Чтобы осуществить ее, медсестра

должна быть готова к сопереживанию, должна проявлять доброту, отзывчивость, участие.

Как правило, женщины, перенесшие операции на молочной железе по какому-либо поводу нуждаются в медицинском сопровождении на протяжении всей оставшейся жизни. Это обстоятельство повышает для них больных значение деонтологической культуры медицинского персонала. Тактика «психологического щажения» пациенток, нуждающихся в хирургическом методе лечении заболевания молочных железах, должна соблюдаться с момента установления диагноза.

Создание условий, которые сведут до минимума психическую травму, является исключительно важной задачей не только для врачей, но и для всего среднего медицинского персонала.

Пациентка после оперативного вмешательства на молочной железе должна чувствовать себя «как все», возможно быстрее вовлекаться в активную деятельность.

У пациенток могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, консультации или обычном разговоре. То, насколько медсестра способна удовлетворять эти потребности, зависит от ее квалификации, опыта, психологической подготовки, наличия профессионально значимых морально - нравственных качеств, таких как: трудолюбие, ответственность, сострадательность, эмпатия, терпение, альтруизм, доброжелательность, внимательность, решительность, отзывчивость, коммуникабельность.

Устанавливать эффективное общение нелегко, для этого требуются специальные навыки, умение слушать, задавать вопросы, поддерживать и проявлять теплоту и заботу. Коммуникация лежит в основе психологической сестринской помощи.

В исследованиях современных авторов подчеркивается психотерапевтическая роль и значимость участия медицинской сестры в лечебно - диагностических и реабилитационно - восстановительных

мероприятиях. Именно поэтому, помимо специализированных профессиональных навыков, медицинская сестра, должна обладать должной психологической подготовкой и образованием с учетом содержания и структуры её профессиональной деятельности.

В ходе сестринского процесса на всех этапах между медицинской сестрой и пациенткой должен быть установлен психологический контакт. Пациентка должна доверять медицинскому работнику, открыто говорить о своих проблемах, быть уверенной в том, что её выслушают, поймут и окажут квалифицированную и своевременную помощь. При постановке сестринского диагноза ??? медицинская сестра обязана принимать во внимание и учитывать не только физические проблемы пациентки, но также её интеллектуальные и психологические данные.

Любая встреча медицинской сестры и пациентки имеет большое значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно психологически обоснованно провести с пациенткой первую встречу и беседу при её поступлении в стационар, с которой и начинается осуществление сестринского ухода. К первой встрече с пациенткой необходимо готовиться и организовать ее обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна как психотерапевтический фактор. Пациентка должна увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ей.

Наличие психологического контакта между медсестрой и пациенткой - одно из важнейших условий эффективного сотрудничества. Только установив с пациенткой психологический контакт, медицинская сестра сумеет оказать ей необходимую помощь.

В процессе общения с пациенткой медицинская сестра выявляет особенности её поведения, отношение к болезни, наличие или отсутствие нацеленности на положительный исход лечения, желание или нежелание сотрудничать с медперсоналом. Формируется связь между медсестрой без сокращений! и больным.

Осуществляя уход за пациентом, медсестра постоянно проводит психологическую диагностику - слушает больного и наблюдет за его поведением, словами, фразами, сменой настроения, оценивает адекватность или неадекватность реакций, наличие специфических жестов, мимики, соответствие или несоответствие содержания беседы её эмоциональной окраске, реагирует на наличие у пациента психологической напряженности в отношениях с самим собой (неудовлетворенность собой, чувство стыда, страха, неуверенности и т.д.). Медицинская сестра также отмечает динамику эмоциональной сферы пациента в процессе лечения, поскольку эмоции влияют не только на настроение и поведение, но и на состояние организма больного, в частности на иммунитет.

Наблюдая за пациентом, медицинская сестра соотносит его действия и эмоции с известными ей нормами: возраст, пол, профессия и.т.п., а также с представлениями, которые у нее сформировались на основании личного опыта. Движения человека, его мимика, тембр голоса, темп речи, словарный запас дают много разнообразной психологической информации о нем.

Профессиональная наблюдательность медицинской сестры состоит в искусстве замечать в процессе беседы с пациентом то, чего не видят другие. Важно уметь интерпретировать информацию, полученную от собеседника, уметь видеть психологическую сторону ситуации и оценивать их с точки зрения потребности пациента в психологической помощи.

В ходе лечебно-диагностических мероприятий и в связи с изменяющейся картиной болезни, у больного могут неоднократно меняться поведенческие и психологические реакции. Может проявляться либо усугубляться депрессия, чувство изоляции, страха и тревоги. Возможен отказ от дальнейшего лечения, появление суицидальных мыслей и.т.п.

Стоит отметить, что оперативное вмешательство на молочной железе является очень деликатной проблемой для женщин, помимо вопросов здоровья здесь поднимается проблема её состоятельности как женщины, жены, матери и т.д. Поэтому очень важно проработать и этот

психологический компонент, попытаться помочь женщине ощутить себя полноценной.

На заключительном этапе лечения трудности возникают при выписке пациента из стационара. У больного обостряется чувство страха, тревоги и неуверенности, он может быть подавлен или, напротив, слишком возбужден. Его волнует дальнейшая жизнь, пугает необходимость адаптации к изменившимся условиям жизни.

Таким образом, в задачи медицинской сестры входит полноценная подготовка пациента к выписке. Необходимо побеседовать с пациентом обо всех его страхах и сомнениях, выяснить, что его беспокоит, обучить, при необходимости, как пациента, так и его родственников навыкам ухода и самоухода, дать рекомендации по методам аутотренинга и релаксации, убедить в необходимости дальнейшего лечения и наблюдения, соблюдения диеты и режима, предписанных врачом. Весь этот комплекс мероприятий направлен на устранение психологических затруднений, возникающих у пациента при выписке из стационара.

В задачи медицинской сестры входит постоянный контроль за психологическим состоянием пациента, своевременное информирование лечащего врача о происходящих изменениях, а также осуществление мероприятий, направленных на коррекцию психологических проблем и нарушений.

В психологическую помощь медицинской сестры входит правильная организация эмоциональной поддержки пациента с помощью семьи. В случае госпитализации больного такую роль иногда могут выполнять оптимистично настроенные пациенты, завершающие курс лечения (или лечившиеся с ним ранее, но сохранившие дружеские связи), своим примером и добрым словом нейтрализующие часть страхов больного. Надлежащая эмоциональная поддержка позволяет надеяться на положительный исход психотравмирующей ситуации. Очевидна необходимость информирования

родственников пациента о заболевании, помощь в преодолении эмоциональных и психологических барьеров в общении с ним.

Весьма важным навыком медицинской сестры является умение установить контакт с родственниками, поддержать их, включить их в обсуждение плана лечения, психологической реабилитации и ухода.

Одним из направлений сестринской психологической помощи является также формирование новых жизненных смыслов у больного.

В результате тяжелого заболевания у пациента нарушаются главные социальные связи (семейные, рабочие, досуг). Больной оказывается перед проблемой выбора ценностей, перспектив, стратегии и тактики поведения, с которыми он должен разобраться за короткий срок. Нередко пациент к этому просто не готов и оказывается в полной растерянности.

Особо следует выделить проблемы психологической поддержки больных со стойкими дефектами, возникшими в результате лечения. Им необходима помощь в адаптации к жизни с новыми социальными ролями. Например, женщины, перенесшие мастэктомию, считают себя менее привлекательными.

В задачи медицинской сестры входит помощь пациентам в адаптации как к изменившимся условиям их жизни, так и к появившимся у них в результате лечения физическим особенностям. Например, с пациенткой, перенесшей мастэктомию, медсестра может провести беседу о возможностях эстетической коррекции данного дефекта. В своих беседах необходимо заранее ознакомить женщину с планом сестринского ухода , осуществляемого в первые дни после операции, а также дать рекомендации по реабилитации состояния больной после выписки из стационара, чтобы в максимально короткий срок вернуть ее к полноценной жизни.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что психологическая адаптация пациентов с данной патологией имеет особенное значение в реабилитации

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1. Особенности сестринского ухода за пациентками после хирургического вмешательства на молочной железе

В предоперационном периоде медицинская сестра обязана не только обеспечить успешное проведение операции (соматическую, медикаментозную подготовку), но и морально поддерживать пациентку, подготовить ее к адекватному восприятию косметического дефекта - отсутствия груди, наличия рубца, отека руки, и др. Объяснить пациенту причину появления болей и ограничения подвижности в руке на оперированной стороне.

Анализируя настоящие и потенциальные проблемы пациента в послеоперационном периоде необходимо разработать алгоритм сестринского ухода за пациенткой с данной патологией. Сестринский уход будет включать следующие этапы:

Таблица-это этапы????

Таблица 2 название таблицы

Проблемы пациента	Алгоритм сестринского ухода за пациентом
Невозможность осуществления самоухода	Обеспечить гигиенический уход за пациентом, оказывать
Нарушение комфортного состояния	Обеспечить пациентке соблюдение режима дня - полноценный сон, сбалансированное питание, отдых и ограничение стрессовых факторов. Обеспечить пациентке соблюдение режима дня - полноценный сон, сбалансированное питание, отдых и ограничение стрессовых факторов.
Тугоподвижность плечевого сустава, риск возникновения отека	Обучить пациента комплексу ЛФК для уменьшения тугоподвижности руки и уменьшению страха двигаться. Занятие ЛФК для больной руки начинаются с первого дня после

	операции. Необходимо обучить пациентку приемам самомассажа. Массаж - позволит лимфе более свободно дренироваться из отекшей конечности.
Страх двигаться	А здесь?
Заниженная самооценка	А здесь?
Риск инфицирования	Произвести перевязку послеоперационной раны для профилактики инфекции. Осуществить уход за дренажом для профилактики инфекции.
Риск возникновения пролежней	Уход за кожей. В послеоперационном периоде кожа вокруг места операции может пересыхать и значительно бледнеть. Обработка участков каких?
Слабость, озноб	Укрыть пациента одеялом для уменьшения озноба.
Боли в области послеоперационной раны	Приготовить лекарственные средства для купирования боли. По назначению врача ввести лекарственные вещества. Положить пузырь со льдом для уменьшения боли на послеоперационную рану.
Чувство стыда за внешний вид	Успокоить пациента, рассказать о методах реконструкции молочной железы. Предотвращение чувства стыда за свой внешний вид- как???.

А это что?

1.Обеспечить соблюдение диеты. На первом этапе лечения кишечник нуждается в отдыхе, поэтому диета должна состоять только из мягкой и жидкой пищи, с ограничением калорийности, с учетом углеводов и жиров. Поэтому из питания исключают жирные сорта мяса и рыбы, копчености, маринады, консервы, острые специи и раздражающие кишечный тракт овощи (редька, лук, редис, чеснок). Не рекомендуются бобовые, щавель, шпинат, кислые сорта ягод и фруктов, крепкие бульоны, жареные и тушеные блюда,

свежее цельное молоко, а также мягкий хлеб, кондитерские изделия, блины, пирожки и т.п.

2. Здесь предполагается второй этап???

Маловато два, вернее совсем один этап!! Таким образом, осуществляя сестринский процесс, медицинская сестра должна быть коммуникабельной, чтобы выявлять нарушенные потребности и проблемы пациента, уметь оценить способность пациента к самостоятельному уходу и обслуживанию.

Однако, у пациентов с патологией молочной железы важен каждый этап ухода и до операции, и после операции, поэтому каждый пациент нуждается в индивидуальном подходе. Важную роль у таких пациентов занимают возникшие психологические проблемы (чувства страха, стыда, депрессии), поэтому медицинская сестра в данной ситуации должна действовать профессионально, быть предельно внимательной и чуткой к пациенту, относиться с пониманием к его состоянию и максимально успокоить и объяснить, что данное заболевание можно вылечить и скорректировать внешние дефекты. В этом и заключается особенность сестринского процесса при хирургическом лечении патологий молочной железы.

2.2. Анкетирование пациентки

Этот пункт мне совсем не понятен! Он пишется, когда вы работаете с конкретной пациенткой, с ее диагнозом и проблемами!!

Как вы думаете, если бы вам такое количество вопросов задали с таким диагнозом, вы были бы рады? Это оччень много!! Тем более, многие и не нужны вовсе!

Жизненные аспекты	**Вопрос**	**Потенциальная проблема**	**Причина возникновения проблемы**
Профессиональное устройство	1. Связана ли Ваша профессиональная деятельности с умеренной физической нагрузкой? 2. Считаете ли Вы, что	Чувство неполноценности как специалиста	Ограничение физической активности

	Ваше заболевание может оказать влияние на последующее развитие карьеры?		
	3.Возникает ли у Вас чувство непонимания и дискомфорта в обществе коллег? 4. Кажется ли Вам, что коллеги стали относиться к Вам иначе после Вашего заболевания?	Возникновение конфликтных ситуаций и непонимания в коллективе	Повышенная раздраженность в связи с болезнью
	5. По Вашему мнению, в связи с заболеванием Вы стали более медлительны в профессиональном отношении? 6. Возникают ли у Вас острые негативные эмоции в связи с трудностями на работе?	Неадекватное поведение, вызванное дезориентацией	Страх потерять работу, ощущение «что ничего не получается»
Семейная жизнь	7. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушны или даже неприязненно? 8. Возникали ли у Вас конфликтные ситуации с мужем /возлюбленным по причине Ваших переживаний из-за заболевания?	Нарушение семейных отношений с мужем	Страх изменения отношения мужа или возлюбленного в негативную сторону
	10. Считаете ли Вы, что Ваше заболевание повлекло за собой значительные изменения во внешности? 11. Вызывает ли у Вас это беспокойство? 12. Вы следите за своей внешностью, так же как и раньше?	Утрата женственности, сексуальности	Ощущение дефекта внешности, «уродства»
	13. Считаете ли Вы, что Ваше заболевание является для Вас	Невозможность реализации в семейной жизни	Чувство неполноценности как женщины,

	препятствием для начала отношений/создания семьи? 14. Вызывает ли у Вас данное состояние трудности в общении с мужчиной?		неуверенность в себе
	15. Возникают ли у Вас трудности во взаимоотношениях с детьми, в связи с Вашим заболеванием?	Нарушение семейных отношений с детьми	Повышенная раздражительность из-за трудности в общении, недопонимание
Самореализация	16. Стараетесь ли Вы избегать посещения людных мест в связи с Вашим заболеванием? 17. Считаете ли Вы, что Ваше заболевание является барьером для общения с окружающими?	Социальная самоизоляция	Чрезвычайное чувство дискомфорта, вызванное беспокойством о внешнем виде
	18. Возникает ли у Вас внезапное чувство паники? 19. Возникает ли у Вас ощущение, будто что-то ужасное вот-вот случится с Вами? 20. Замечаете ли Вы, что стали чрезмерно эмоциональны, что «каждая мелочь» может Вас очень расстроить или разозлить? 21. Можете ли Вы в любой момент сесть и расслабиться, абстрагируясь от негативных мыслей?	Сниженная индивидуальная способность адаптации и преодоления стрессовых реакций	Чрезмерное перенапряжение и беспокойство по поводу заболевания
	22. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений? 23. Способны ли Вы	Потеря мотивации к реализации в жизни	Потеря возможности радоваться, потеря смысла жизни

	просто рассмеяться или увидеть что- то смешное? 24. Возникает ли у Вас ощущение, что «всё, что вы делаете, не имеет смысла»?		
	26. Возникает ли у Вас чувство, что Вы «хуже, чем другие»? 27. Часто ли мысли о неудовлетворенности собой и своим внешним видом беспокоят Вас?	Заниженная самооценка	Ощущение дискомфорта из-за внешнего вида, неполноценности
Страх за свои жизнь и здоровье	28. Бывает ли так, что из-за переживаний Вы часто не можете уснуть? 29. Бывает ли у Вас ощущение какого-либо беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин нет?	Нарушение сна, потеря энергии и ощущения бодрости	Сильное эмоциональное переживание, связанное с ухудшением состояния
	31. Предстоящее лечение вызывает у Вас страх и опасение? 32. Возникают ли у Вас мысли, что Ваше заболевание на много серьёзнее и страшнее, чем описывает врач?		Отсутствие информации о заболевании и дальнейшего проведения лечения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. На основании проведенного анализа литературных источников было выявлено, что психологическая реабилитация после хирургического вмешательства на молочной железе, является важным этапом выздоровления пациента, так как данный этап оказывает значительное влияния на физическую реабилитацию. Поэтому роль медицинской сестры будет заключаться в нахождении психологического контакта с пациенткой, для того что бы во время заметить изменения в поведении пациентки, оказать ей своевременную помощь и предотвратить возникновение депрессии и других психологических патологий.

2. Психологические проблемы, которые могут возникать у пациенток после хирургического вмешательства на молочной железе, могут оказывать влияние на различные аспекты жизни пациентки :

- Состояние депрессии;
- Страх за свою жизнь;
- Нарушение качества сна;
- Чувство ложного стыда;
- Страх, тревога, неуверенность в своих силах;
- Нежелание общаться;
- Отсутствие близких, знакомых;
- Страх потери работы;
- Страх негативных изменений в личных и семейных отношениях;
- Изменение состояния независимости;
- Изменение окружающей среды и привычной деятельности, и др.

3. Анализ научной литературы позволил сделать вывод, что ……

Таким образом, поставленные цель и задачи данной работы достигнут

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии. - Ростов н/Д: Феникс, 2015 - 516с.
2. Булынский Д. Н., Васильев Ю. С.; под ред. С. В. Яйцева. Современные технологии диагностики и лечения рака молочной железы: учеб. пособие — Челябинск, 2012. - 614с.
3. Вершинина С.И., Потявина Е.В. Болезни молочной железы - М.: Крылов, 2014. – 377с.
4. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий: учеб. пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448с.
5. Диагностика рака молочной железы / под ред. Хайленко В.А., Комова Д.В., Богатырева В.Н. – М.: Медицинское информационное агенство, 2014. 317с.
6. Ковалев А.И. Хирургия - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 576 с
7. Кузнецов Н.А. Уход за хирургическими больными. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 288с.
8. Маммология: национальное руководство / под ред. Харченко В.П., Рожковой Н.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 328с.
9. Мировая статистика здравоохранения 2015 [Текст] / ВОЗ. - М. : Медицина, 2014. - 191 с.
10. Онкология: учеб. / под ред. Чиссова В. И., Дарьяловой С. Л. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1113с.
11. Практическая маммология / под ред. Давыдова М.И., Лятягина В.П. – М.: Практическая медицина, 2012. – 272 с.
12. Рубан Э.Д.: Хирургия. - Ростов н/Д: Феникс, 2016 - 569с.
13. Семиглазов В. В., Топузов Э. Э. Рак молочной железы — М.: МЕДпресс-информ, 2014 – 336 с.

Электронные ресурсы:

1. БУЗОО Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области. Официальный сайт. [Электронный ресурс]. Режим доступа URL: http://www.clinica-omsk.ru/ (Дата обращения: 14.04.2020)

2. Википедия – Свободная энциклопедия. [Электронный ресурс]. Режим доступа URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Остеомиелит (Дата обращения: 25.03.2020)

3. Гостищев, В.К. Общая хирургия / В.К. Гостищев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 238 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа URL: https://www.studmed.ru/gostischev-vk-obschaya-hirurgiya_b152ad347f3.html (Дата обращения: 02.04.2020)

4. Котельников Г.П. Травматология: учеб./Г.П. Котельников, В.Ф.Мирошниченко– Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2014. – 464 с.- [Электронный ресурс]. Режим доступа URL: http://www.medcollegelib.ru/ book/ISBN9785970419458 (Дата обращения: 25.03.2020)

5. Российская Федерация. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития «Об утверждение порядка оказания медицинской помощи больным хирургического отделения». [Электронный ресурс]. Режим доступа URL: https://base.garant.ru/70365864/ (Дата обращения: 14.04.2020)

6. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии [Электронный ресурс]: учеб. пособ./В.Г. Стецюк В.Г.- Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 720 с (Дата обращения: 23.04.2020)

7. Федеральная служба государственной статистики. Официальный сайт [Электронный ресурс]. Режим доступа URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/ healthcare/ (Дата обращения: 11.04.2020)

Приложение 1