ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1.1 Опухолевые заболевания головного мозга, их классификация

.2 Клиника опухолевых заболеваний головного мозга

. АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

.1 Понятие о сестринском процессе

.2 Сестринский процесс при опухолевых заболеваний головного мозга

.3 Психологическая работа медицинской сестры с пациентами с опухолью головного мозга

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Несмотря на все усилия, предпринимаемые сегодня мировым сообществом по поиску эффективных способов лечения и профилактики онкологических заболеваний, до сих пор академическая наука не может сформулировать единого и чёткого теоретического обоснования причин возникновения и развития злокачественных новообразований головного мозга. Традиционная медицина до сих пор не может найти эффективные методы их лечения и профилактики.

Опухоли головного мозга занимают второе место по частоте причин смертности от злокачественных новообразований у людей в возрасте от 35 лет.

По статистике: 40% опухолей головного мозга - доброкачественные, а 60% - злокачественные, ежегодно опухоль головного мозга развивается у 2-25 человек на 100 000 населения земного шара

В России в 2015 году было выявлено 5520 новых случаев опухолей головного мозга, что составило на 36% больше, чем в 2001 году. Распространенность опухолей мозга в России составляет 3.7 на 100 000 населения.

На Южном Урале в 2015 году от опухолей головного мозга умерли 531 мужчины и 472 женщины. По сравнению с 2013 годом цифра немного выросла.

В Копейске, где численность населения на сегодняшний день составляет 144500 человек, в год около 15 человек ставят на учет с данным диагнозом.

Опухоли головного мозга встречаются практически в любом возрасте. Среди взрослых 40-45 % всех опухолей ГМ составляют глиомы, 18-20 % составляют менингиомы, 8% невриномы 8 нерва, 6-8 % аденомы гипофиза.

Медицинская сестра должна уметь выявлять у пациентов нарушенные потребности, связанные с опухолевым заболеванием головного мозга, определять действительные проблемы в связи с имеющимися жалобами, потенциальные проблемы, связанные с прогрессированием заболевания и его возможными осложнениями, наметить план сестринского процесса, для решения которого должна осуществлять независимые и зависимые вмешательства.

При опухолях головного мозга человеку приходится проходить через ряд диагностических и лечебных манипуляций, пациента беспокоят различные симптомы, мешающие вести нормальную жизнедеятельность. Именно поэтому он нуждается в компетентной медицинской сестре, которая будет грамотным, чутким, внимательным и заботливым специалистом, оказывающим помощь пациенту, умеющая провести беседу о его состоянии, методах обследования, лечения, вселить уверенность в благоприятном исходе лечения. Я, как будущая медицинская сестра, должна быть настоящим помощником для врача при выполнении назначений, проведении дополнительных методов исследования.

Значительная роль в лечении данной патологии принадлежит медицинской сестре, поэтому тема курсовой работы актуальна.

Цель курсовой работы: Оптимизация работы сестринского персонала при опухолевых заболеваниях головного мозга.

Для выполнения поставленной цели поставлены следующие задачи :

. Изучить особенности опухолевых заболеваний головного мозга.

. Определить технологии сестринского ухода при опухолевых заболеваниях головного мозга.

. Научно обосновать наиболее эффективные формы сестринской помощи больным с опухолевыми заболеваниями головного мозга.

Объект исследования: Профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: Организация сестринской помощи при опухолевых заболеваниях головного и спинного мозга.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1.1 Опухолевые заболевания головного мозга, их классификация

Опухоль - это рост ткани, который вышел из-под контроля. Опухоли бывают разными.

Доброкачественные опухоли характеризуются тем, что они не прорастают в соседние органы и ткани, не распространяются по кровеносной и лимфатической системе (то есть, не метастазируют). Для них свойственно медленное течение, и отсутствие распада самой опухоли.

Злокачественные опухоли характеризуются более агрессивным течением. Они обычно прорастают в соседние органы и ткани, тем самым, разрушая их. Для них характерен быстрый рост, распад, и самое главное - метастазирование и рецидивирование[1].

Метастазирование - это процесс, при котором имеет место распространение отдельных клеток злокачественной опухоли в отдаленные области организма. Они распространяются по кровеносным и лимфатическим путям. В то время как различные злокачественные опухоли в других органах могут легко метастазировать в головной мозг, стоит отметить тот факт, что опухоли головного мозга редко метастазируют и переходят на другие области.

Это очень важный момент для науки, так как позволяет разрабатывать новые стратегии лечения.

Для опухолей головного мозга характерна та особенность, что для них не имеет значения гистологический тип опухоли - злокачественная или доброкачественная, так как и те, и другие оказывают одинаковый эффект на сам мозг - сдавление и смещение его структур. Поэтому, гораздо большее значение имеет не гистологический тип опухоли, а ее анатомическое расположение, так как именно от того, какую долю и какой отдел головного мозга сдавливается опухолью, зависит тип лечения и прогноз.

Опухоли мозга можно разделить на группы по следующим признакам:

§ По первичному очагу:

· Первичные опухоли - опухоли, развивающиеся из тканей головного мозга, его оболочек и черепных нервов (глиобластома, глиома).

· Вторичные опухоли - опухоли метастатического происхождения.

§ По клеточному составу:

Современная гистологическая классификация опухолей центральной нервной системы, разработанная экспертами ВОЗ в 2007 году, позитивно отличается от предыдущих редакций 1979, 1993, 2000 годов. В первую очередь тем, что в ней достаточно полно нашли отражение изменения во взглядах на гистогенез и степень злокачественности ряда новообразований, которые произошли в результате широкого использования в нейроморфологии целого ряда новейших методик, в частности - иммуногистохимии и молекулярно-генетического анализа. В ней описано более 100 различных гистологических подтипов опухолей ЦНС, объединённых в 12 категорий. Наиболее часто встречающиеся морфологические подтипы приведены ниже:

· Нейроэпителиальные опухоли (эпендимома, глиома, астроцитома). Развиваются непосредственно из мозговой ткани. Составляют порядка 60 %.

· Оболочечные опухоли (менингиома). Развиваются из тканей мозговых оболочек.

· Опухоли гипофиза (аденома гипофиза). Формируются из клеток гипофиза.

· Опухоли черепных нервов (невриномы). Возникают по ходу черепных нервов.

· Метастазы из внемозговых очагов. Попадают в мозг из других очагов путём метастазирования.

· Дизэмбриогенетические опухоли. Возникают в процессе эмбриогенеза. Достаточно редкий, но серьёзный вид патологии.

1.2 Клиника опухолевых заболеваний головного мозга

Клинические проявления опухолей головного мозга определяются их расположением в ограниченном объёме полости черепа. Сдавливание или разрушение ткани мозга в области опухоли (за счёт прорастания новообразования) обуславливает так называемую первичную, или очаговую, симптоматику. По мере прогрессирования заболевания проявляется так называемая общемозговая симптоматика, обусловленная нарушением гемодинамики и внутричерепной гипертензией.

### Очаговая симптоматика:

Очаговая симптоматика во многом определяется локализацией опухоли. Можно выделить следующие группы:

§ Нарушение чувствительности

Снижается или исчезает способность воспринимать внешние раздражители, действующие на кожу - термические, болевые, тактильные. Может утрачиваться способность определять положение частей своего тела в пространстве. Например, с закрытыми глазами больной не способен сказать, держит он руку ладонью вверх или вниз.

§ Нарушение памяти

При поражении коры мозга, отвечающей за память, происходит полная или частичная потеря памяти. От невозможности узнать своих близких до невозможности распознавать или узнавать буквы.

§ Двигательные нарушения (парезы, параличи)

Снижается мышечная активность в связи с поражением путей, которые передают двигательную импульсацию. В зависимости от локализации опухоли отличается и картина поражения. Могут развиваться как поражения отдельных частей тела, так и полные или частичные поражения конечностей и туловища. При нарушении передачи двигательной импульсации из коры головного мозга возникают параличи центрального типа, то есть сигнал из спинного мозга к мышцам поступает, они в гипертонусе, но управляющие сигналы головного мозга не поступают в спинной мозг, произвольные движения невозможны. При поражении спинного мозга развиваются периферические параличи, сигнал из головного мозга попадает в спинной мозг, но спинной мозг не может передать его мышцам, мускулатура в гипотонусе.

§ Эпилептические припадки

Появляются судорожные припадки, возникающие из-за формирования очага застойного возбуждения в коре.

§ Нарушение слуха и распознавания речи

При поражении слухового нерва происходит утрата способности получать сигнал от органов слуха. При поражении участка коры, отвечающего за распознавание звука и речи, для больного все слышимые звуки превращаются в бессмысленный шум.

§ Нарушение зрения, распознавания предметов и текста

При расположении опухоли в районе зрительного нерва или четверохолмия наступает полная или частичная утрата зрения в связи с невозможностью доставить сигнал от сетчатки к коре головного мозга. При поражении областей в коре, отвечающих за анализ изображения, происходят разнообразные нарушения - от неспособности понимать поступающий сигнал до неспособности понимать письменную речь или узнавать движущиеся предметы.

§ Нарушение речи устной и письменной

При поражении областей коры, отвечающих за письменную и устную речь, происходит их полная или частичная утрата. Процесс этот, как правило, постепенный и усиливается по мере роста опухоли - сначала речь больного становится невнятной (как у 2-3 летнего ребёнка), постепенно изменяется почерк, затем изменения нарастают до полной невозможности понять его речь и почерка в виде зубчатой линии.

§ Вегетативные расстройства

Появляются слабость, утомляемость, больной не может быстро встать, у него кружится голова, происходят колебания пульса и артериального давления. Это связано с нарушением контроля за тонусом сосудов и влиянием блуждающего нерва.

§ Гормональные расстройства

Изменяется гормональный фон, может колебаться уровень всех гипоталамо-гипофизарно зависимых гормонов.

§ Нарушение координации

При поражении мозжечка и среднего мозга нарушается координация, изменяется походка, больной без контроля зрения не способен совершать точные движения. Например, он промахивается, пытаясь с закрытыми глазами достать до кончика носа. Неустойчив в позе Ромберга.

§ Психомоторные и когнитивные нарушения

Нарушается память и внимание, больной становится рассеян, раздражителен, изменяется характер. Тяжесть симптомов зависит от величины и локализации области поражения. Спектр симптомов колеблется от рассеянности до полной утраты ориентации во времени, пространстве и собственной личности.

§ Нарушения интеллекта и эмоциональной сферы

При поражении мозга за счёт объемных образований в наибольшей степени страдают интеллектуальные функции и те личностные характеристики, которые отражают особенности социального взаимодействия: социальная конформность и психотизм. Латеральные особенности этого эффекта заключаются в том, что при нарушении функций левого полушария за счёт развития опухоли в большей степени усиливается психотизм, а при дефиците функционирования правого - социальная конформность. Полушарные особенности в изменениях когнитивного статуса при объемных образованиях головного мозга выражены в меньшей степени, чем изменения личностных характеристик. Следует, однако, отметить, что поражение левого полушария вызывает сравнительно большее снижение интеллекта, а правого - показателей креативности. А.М. Перфильев, О.М. Разумникова, В.В. Ступак "Особенности изменения психических функций у пациентов с опухолями головного мозга: значение левосторонней и правосторонней локализации".

§ Галлюцинации

При поражении областей в коре мозга, отвечающих за анализ изображения, у больного начинаются галлюцинации (как правило, простые: больной видит вспышки света, солнечное гало).

§ Слуховые галлюцинации

Больной слышит монотонные звуки (звон в ушах, бесконечные стуки).

### Общемозговая симптоматика.

Общемозговая симптоматика - это симптомы, возникающие при повышении внутричерепного давления, сдавливании основных структур мозга.. Головная боль

Отличительной особенностью при онкологических заболеваниях является постоянный характер и высокая интенсивность головной боли, её плохая купируемость ненаркотическими анальгетиками. Снижение внутричерепного давления приносит облегчение.. Рвота (вне зависимости от приёма пищи)

Рвота центрального генеза, как правило, возникает из-за воздействия на рвотный центр в среднем мозге. Тошнота и рвота беспокоят больного постоянно, при изменениях внутричерепного давления срабатывает рвотный рефлекс. Также больной не способен принимать пищу, иногда и пить воду из-за высокой активности рвотного центра. Любой инородный предмет, попадающий на корень языка, вызывает рвоту.. Головокружение

Может возникать в результате сдавливания структур мозжечка. Нарушается работа вестибулярного анализатора, у больного головокружение центрального типа, горизонтальный нистагм, зачастую возникает ощущение, что он, оставаясь неподвижным, поворачивается, сдвигается в ту или иную сторону. Также головокружение может вызываться ростом опухоли, приводящим к ухудшению кровоснабжения головного мозга[2].

В теоретической части были сделаны выводы:

· При опухолях головного мозга пациенту приходится испытывать ряд неприятных симптомов, таких как: головная боль, головокружение, рвота и т.д.

· Медицинская сестра должна знать обо всех симптомах и особенностях данного заболевания, чтобы составить грамотный сестринский процесс, тем самым оказать необходимую помощь пациенту и его родным.

2. АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

.1 Понятие о сестринском процессе

Сестринский процесс (СП) предполагает системный подход в организации работы палатной медицинской сестры, который позволяет пациенту получить полноценный уход, а медицинской сестре удовлетворение от своей работы.

Для осуществления сестринского процесса медицинская сестра должна обладать необходимым уровнем теоретических знаний, иметь навыки профессионального общения и обучения пациентов, выполнять сестринские манипуляции, используя современные технологии.

Сестринский процесс - научный метод профессионального решения проблем пациента. Он направлен на укрепление, сохранение здоровья и предотвращение заболеваний, планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации с учетом всех составляющих здоровья для обеспечения максимальной физической, психической и социальной независимости человека. Цель СП - так организовать сестринскую помощь, включить в план своей работы такие мероприятия и так выполнить их, чтобы, несмотря на болезнь, человек и его семья могли реализовать себя, повысить качество жизни.

Сестринский процесс включает в себя обсуждение с пациентом и (или) его близкими всех возможных проблем (о наличии некоторых из них пациент и не подозревает), помощь в их решении в пределах сестринской компетенции[6].

Цель сестринского процесса - предупредить, облегчить, уменьшить или свети к минимуму те проблемы, которые возникли у пациента.

Сестринский процесс состоит из 5 этапов:

. сестринское обследование (сбор информации о пациенте);

. сестринская диагностика (определение потребностей);

. определение целей и планирование ухода;

. реализация плана ухода;

. оценка и коррекция ухода в случае необходимости.

Все этапы в обязательном порядке регистрируются в документации к осуществлению сестринского процесса.

1 этап-оценка состояния пациента

Цель 1 этапа - определение потребности пациента в уходе. При оценке источниками информации являются: сам пациент, его семья, медицинский персонал, медицинская документация.

этап- сестринский диагноз

Цель 2 этапа - выявление проблем пациента и их идентификация (настоящая или потенциальная проблема).

Определение по приоритету: первостепенная проблема; промежуточная проблема; вторичная проблема.

Целью сестринской диагностики является разработка индивидуального плана ухода за больным для того, чтобы пациент и его семья могли адаптироваться к изменениям, возникшим из-за проблем со здоровьем. В начале данного этапа медицинская сестра выявляет потребности, удовлетворение которых у данного пациента нарушено. Нарушение потребностей приводит к возникновению у пациента проблем. По характеру реакции пациента на болезнь и своё состояние различают сестринские диагнозы: физиологические, например, недостаточное или избыточное питание, недержание мочи; психологические, например, тревога о своём состоянии, дефицит общения, досуга или семейной поддержки; духовные, проблемы связанные с представлениями человека о его жизненных ценностях, с его вероисповеданием, поисками смысла жизни и смерти; социальные, социальная изоляция, конфликтная ситуация в семье, финансовые или бытовые проблемы, связанные с выходом на инвалидность, переменой места жительства.

этап-планирование

Цель 3 этапа - составление плана ухода совместно с пациентом для решения его проблем. План ухода состоит из целей, которые должны быть индивидуальным, реалистическим, измеряемым, с конкретными сроками достижениями[8].

Существуют определённые требования к постановке целей сестринского вмешательства по проблемам пациента: Цель должна соответствовать поставленной проблеме. Цель должна быть достижимой. При постановке целей необходимо учитывать пожелания пациента и его семьи, а также реальные возможности медсестры. Цель должна быть сформулирована в пределах сестринской компетенции. Цель должна быть сосредоточена на пациенте. Цели должны быть единичными. Цели должны быть конкретными, ясными, следует избегать расплывчатых общих формулировок («пациент будет чувствовать себя лучше», «у пациента не будет дискомфорта»). Цели должны иметь конкретные сроки их достижения. Цель должна быть понятна пациенту, его семье, а также другим медицинским работникам. Следует записывать цель простыми, доступными словами, избегать специальных терминов[9].

этап-выполнение

Цель 4 этапа - провести сестринское вмешательство, предназначенное для достижения цели.

Виды сестринских вмешательств:

независимые

зависимые

взаимозависимые

этап-оценка эффективности ухода:

Оценивает сама медсестра, учитывая мнение пациента. Цель может быть достигнута полностью, достигнута частично или не достигнута. Важно указать причину, по которой не достигла цели.

Если цель сестринского процесса по данной проблеме не достигнута и у пациента сохранилась потребность в сестринском уходе, необходимо провести переоценку, чтобы установить причины ухудшения состояния или момент, когда никаких улучшений в состоянии пациента не наступило. Важно привлечь самого пациента, а также полезно посоветоваться с коллегами относительно дальнейшего планирования[3].

опухоль головной мозг сестринский

2.2 Сестринский процесс при опухолевых заболеваний головного мозга

Нарушенные потребности пациента:

. Быть здоровым

. Спать

. Двигаться

. Вести нормальную жизнедеятельность (работать, учиться)

. Быть в безопасности

. Потребность в комфорте

. Потребность в самоуходе

. Социальная проблема

. Нарушение психо-эмоцианальной реакции

Настоящие проблемы пациента:

. Головная боль, головокружение

. Дефицит знаний

. Беспокойство, страх, негативный настрой

. Нарушение сна

. Рвота, тошнота

. Ухудшение памяти, зрения, внимания

. Утомляемость, слабость

. Рассеянность, раздражительность

. Двигательные нарушения (парезы, параличи)

. Отсутствия аппетита

Потенциальная проблема пациента: риск развития осложнений.

Приоритетная проблема: дефицит знаний.

Цели:

Краткосрочная цель - восполнить дефицит знаний.

Долгосрочная цель - пациент здоров.

Независимые сестринские вмешательства:

. Оптимизация микроклимата. Регулярное проветривание палаты. Контроль над температурой и влажностью воздуха в палате. Проведение генеральной и ежедневной влажной уборки палаты.

. Соблюдение санитарно - эпидемиологического режима.

. Выполнение врачебных назначений. При необходимости постановку инъекций и забор крови выполнять строго в палате пациента.

. Лечебно-охранительный режим. Обеспечить физический и психологический покой пациенту, научить пациента терпеливее относится к боли.

. Оказать помощь при рвоте.

Успокоить пациента, если позволяет состояние, усадить, надеть на пациента клеенчатый фартук, обеспечить судном, дать воду для полоскания рта.

Рвотные массы предварительно показать врачу, обработать их соответственно требованиям сан.эпид.режима.

6. Контроль соблюдением врачебных рекомендаций (диета, постельный режим, гигиена и т.д.)

. Регулярная гемодинамика, измерение температуры тела и занесение данных в температурный лист, контроль состояния пациента.

В случае появления изменений сообщить врачу.

. Провести беседу о заболевании с пациентом и его родственниками.

Оказать морально - психологическую поддержку. Привести благоприятные примеры.

Диагноз опухоль головного мозга является большим ударом для пациента и его семьи. Медицинская сестра должна оказать максимальную поддержку и помощь в уходе за больным.

. При дефиците самоухода оказывать помощь пациенту при утреннем туалете, принятии гигиенической ванны, своевременной стрижке ногтей, смена постельного и нательного белья, подача судна, кормление пациента и т.д.

. Если пациент находится в тяжелом состоянии производить профилактику пролежней.

Менять положение тела пациента каждые два часа (если позволяет его состояние), следить за тем, чтобы нательное и постельное белье не собиралось в складки, подкладывать под конечности ватно-марлевые круги, под крестец и затылок подушечки, контроль чистоты кожи.

11. Рассказать о диете назначенной врачом пациенту и его родственникам. Контроль передач. (см. приложение 2)

. Подготовка пациента к диагностическим и лечебным мероприятиям, к сдаче анализов. Подготовка пациента к предстоящей операции.

При правильном проведении психологической подготовки снижается уровень тревожности, послеоперационная боль и частота послеоперационных осложнений. Тяжелый травмирующий эффект оказывают мучительные переживания больного по поводу предстоящей операции. Больной с опухолью головного мозга может бояться самой операции и связанных с ней страданий, боли. Он может опасаться за исход и последствия операции. В любом случае именно сестра, в силу того, что она постоянно находится при больном, должна суметь выяснить специфику страха того или иного больного, определить, чего именно боится больной и насколько велик и глубок его страх. Помимо слов больного о его опасениях можно узнать косвенно, через вегетативные признаки: потливость, дрожание, ускоренная сердечная деятельность, понос, частое мочеиспускание, бессонницу. Обо всех своих наблюдениях сестра сообщает лечащему врачу, она должна стать внимательной посредницей и с обеих сторон подготовить беседу больного с лечащим врачом о предстоящей операции, которая должна способствовать рассеиванию страхов. И врач, и сестра должны «заразить» больного своим оптимизмом, сделать его своим соратником в борьбе с болезнью и сложностями послеоперационного периода[10].

.3 Психологическая работа медицинской сестры с пациентами с опухолью головного мозга

Психологическая работа должна начинаться со среды, окружающей пациента. Те стереотипы поведения, что сложились у персонала, не всегда удачны. Необходим индивидуальный подход к каждому больному с учетом его представлений о болезни, опасений, установок. Вот первое правило. И оно требует не готовых рецептов, как себя вести, а выслушивания и понимания больного. Как часто больной и не ждет излечения, но нуждается в понимании, сочувствии и поддержке. Здесь выступает второе правило - это терапия присутствием. Нередко мы размышляем, что и как сказать больному, что ему принести, а по большому счету каждый подходящий к нему человек в белом халате, сам уже является лекарством. Вспомним, что в присутствии другого легче переносится боль. Обычно выделяют физический и психический компонент боли. Наше сочувствие, милосердие облегчает и тревогу, и тоску и чувство одиночества.

Транс ситуационная информация о нашей установке мгновенно передается больному, и тут необходимо вспомнить, что лекарство действует во времени. Подарить пациенту кусочек своего времени, коснуться его руки, улыбнуться или поправить одеяло так важно. И это не просто жест вежливости или сочувствия. В каждом больном живет помимо взрослого психологический ребенок. Его аффективное "эго" возрождается в пациенте, который смотрит на нас "снизу вверх", беспомощен и зависим, надеется и верит нам, как когда-то своим родителям. Перенос на персонал своих глубинных установок, сформировавшихся в детстве, должен быть понятен. Достаточно вспомнить свои переживания, когда "мы были маленькими".

Палата пациента должна быть комфортной, в ней должны отсутствовать раздражители (яркий свет и т.д). Таким образом, мы создаем "психологический климат" в палате.

Целью лечения пациента с опухолью головного мозга, особенно на ранних стадиях, является полное излечение. Однако нередко, особенно при распространенном опухолевом процессе, целью терапии может быть не только достижение максимально выраженного клинического эффекта, но и увеличение продолжительности и улучшение качества жизни. Мало кто задумывался о том, что продлить жизнь человеку способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом. От поведения медицинских работников, их умения вселить оптимизм и уверенность в успехе лечения в значительной степени зависят настроение и самочувствие пациента и, соответственно, качество его жизни.

В настоящее время в России все больше больных получают лечение в дневных стационарах клиник, так как сеть амбулаторной специализированной онкологической помощи развита недостаточно, и поэтому на медперсонал онкологических клиник возложена огромная задача - обучение пациентов и их родственников самоуходу, самоконтролю, самоанализу.

Расширение сети амбулаторного лечения и активное проведение клинических испытаний делает пациента активным участником лечебного процесса. Перед началом лечения пациент знакомится с планом проведения диагностических процедур и схемой лечебного процесса. Естественно, у него могут возникнуть несколько существенных вопросов о предполагаемом лечении, других альтернативных видах лечения, возможности возникновения нежелательных побочных явлений, пациент имеет также право на полную информацию о распространенности своего заболевания. Медицинская сестра обучает пациента правилам подготовки к проведению диагностических процедур, информирует его о возможных нежелательных явлениях, которые могут возникнуть во время диагностики. После ознакомления со всеми аспектами лечебного процесса больной подтверждает свое участие в лечебном процессе письменным добровольным согласием.

Часто перед началом лечения пациенту предлагается заполнить анкету качества жизни. Главная задача использования анкет качества жизни - получить более точную предварительную информацию о состоянии больного. Оценивается несколько сфер жизни человека: функциональная, психологическая, социальная, духовная. Роль медицинской сестры - оказать больному психологическую поддержку и разъяснить некоторые вопросы, возникающие у больного во время заполнения анкеты качества жизни.

Субъективная оценка, даваемая самим пациентом, более точно отражает состояние больного и его взгляды на будущее. Анкета качества жизни заполняется пациентом перед каждым курсом лечения. Для различных заболеваний используются специально разработанные анкеты. Таким образом, на протяжении всего периода лечения врач имеет более точную картину течения заболевания, психоэмоционального состояния больного, экономических затрат, перспектив лечения.

Медицинской сестре в ходе своей работы приходится осуществлять просветительскую деятельность. Сестринский процесс должен включать в себя обсуждение с пациентом и его близкими всех возможных проблем, с которыми он может столкнуться вследствие своего заболевания, а также оказание помощи в их решении, естественно в пределах сестринской компетенции.

Медицинская сестра рассказывает больному о подготовке к диагностическим процедурам, о процессе лечения и целесообразности тех процедур и манипуляций, которым он подвергается, о соблюдении рациональной диеты.

Важным моментом при работе с пациентами является простота речи. Целесообразно использовать короткие фразы в действительном залоге, а также слова, состоящие не более чем из двух-трёх слогов. В объяснениях медицинских терминов должен использоваться тот язык, который больной понимает.

Также пациенту важно объяснить:

.Цель приёма назначенного лекарственного средства;

. Потенциальные побочные эффекты и действия больного в случае их возникновения;

. Время и способ приёма лекарственного препарата;

. Правила хранения лекарственного препарата;

. Продолжительность лечения;

. Последствия в случае несоблюдения режима лечения.

Болезнь оказывает влияние на человека в целом. Она может изменить привычный образ жизни, заставить пациента отказаться от любимого дела, нарушить эмоциональное равновесие. Подавленное настроение значительно ухудшает течение заболевания.

Работа медицинской сестры повышает уверенность пациента в благоприятном исходе болезни, учит пациента жить со своей болезнью более полноценно.

Особенностью образования онкологических больных и потенциальных пациентов в онкологии является то обстоятельство, что, по данным социологических исследований, подавляющее большинство населения никогда не хотело бы слышать такие слова как "рак" и "онкология" ни по отношению к своим родным и близким, ни, тем более, по отношению к себе. Онкология и всё, что связано с понятием "рак", для большинства населения по-прежнему покрыто "страшными" тайнами.

Результаты социологических исследований в развитых странах показывают, что население больше всего боится онкологических заболеваний. У людей укоренилось представление о раке как о фатальной болезни. А между тем прогресс онкологической науки позволяет уже сейчас добиваться выздоровления у значительного числа больных, в то время как 40 лет назад удавалось помочь одному больному из пяти. Сегодня онкологи знают, при каких опухолях можно полностью вылечить больного, при каких - значительно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни. Наступил период осторожного оптимизма с научным и индивидуальным подходом к лечению каждого больного.

Одним из способов лечения злокачественных новообразований является лекарственная терапия. Надо отметить, что психологически пациенты больше настроены на проведение хирургического лечения и лучевой терапии, чем на химиотерапию. Определенный страх у них вызывают побочные явления этого метода лечения. В этой ситуации роль медицинской сестры неоспорима. Доверие больных к медицинским сёстрам высоко, так как медицинские сестры по долгу службы проводят с ними значительно больше времени, чем врачи. Особенно важными являются беседы пациентов и медицинских сестёр в вечернее время.

Медицинская сестра обладает возможностью настроить больного на благоприятный результат лечения и на преходящий характер побочных эффектов[7].

Выводы практической части:

· Сестринский процесс предполагает системный подход в организации работы палатной медицинской сестры, который позволяет пациенту получить полноценный уход, а медицинской сестре удовлетворение от своей работы.

· Очень важна грамотная психологическая поддержка со стороны медперсонала. Основная задача медсестры - убедить пациента в эффективности и необходимости лечения, «заразить» пациента своим оптимизмом перед предстоящими лечебными мероприятиями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В теоретической части были сделаны выводы:

· При опухолях головного мозга пациенту приходится испытывать ряд неприятных симптомов, таких как: головная боль, головокружение, рвота и т.д.

· Медицинская сестра должна знать обо всех симптомах и особенностях данного заболевания, чтобы составить грамотный сестринский процесс, тем самым оказать необходимую помощь пациенту и его родным.

Выводы практической части:

· Сестринский процесс предполагает системный подход в организации работы палатной медицинской сестры, который позволяет пациенту получить полноценный уход, а медицинской сестре удовлетворение от своей работы.

· Очень важна грамотная психологическая поддержка со стороны персонала. Основная задача медсестры - убедить пациента в эффективности и необходимости лечения, «заразить» пациента своим оптимизмом перед предстоящими лечебными мероприятиями.

Психологическое сопровождение пациентов с опухолями головного мозга - важная и неотъемлемая часть лечебного процесса, во многом влияющая на его эффективность.

Рассмотрев психологическое сопровождение пациентов как функцию медицинской сестры в оптимизации лечебного процесса, мы можем сделать вывод, что его качество, полноценность, своевременность и непрерывность напрямую зависят от профессиональной компетентности среднего медперсонала.

Трудно переоценить роль медицинской сестры в своевременном выявлении психологических проблем пациента, качественном и полноценном выполнении задач, связанных с оказанием психологической помощи больному и его родственникам, установлении с ними доверительных отношений, повышении эффективности взаимодействия пациента и медперсонала.

Медицинская сестра не только выполняет ключевые функции в сфере коммуникации, наблюдения и ухода за больным человеком, контроля и исполнения предписаний лечащего врача, но и способна повлиять на отношение пациента к своему состоянию и проводимому лечению, дать необходимые рекомендации, побеседовать с родственниками, помочь пациенту адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации, повышая тем самым шансы на положительный исход заболевания.

Также немаловажна роль медсестры в проведении мероприятий, направленных на повышение эффективности психологической помощи, восполнении дефицита информации о заболевании, методах диагностики и лечения, проведении санитарно-просветительной работы, организации досуга пациентов.

Учитывая в процессе психологического сопровождения онкологических больных все перечисленные выше аспекты, медицинская сестра способствует стабилизации и улучшению психического состояния пациента, нормализации духовно-интеллектуальной и эмоциональной сферы, предотвращает развитие депрессивных, тревожных и аффективных состояний, что позволяет оптимизировать лечебный процесс и сделать его максимально эффективным.

Цель курсовой работы выполнена. Обоснованы наиболее эффективные формы сестринской помощи больным с опухолевыми заболеваниями головного мозга.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Зарянская, В.Г. Онкология для медицинских колледжей [Текст] / В.Г. Зарянская.- М.: Просвещение, 2008. - 332с

. Айрин, С.В. Помощь онкологическим больным [Текст] / С.В. Айрин. - СПб: Феникс, 2011. - 221с

. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела [Текст] / Т.П. Обуховец.- Ростов н/Д: Медицина, 2012.- 480с

. Задворнова, О.Л. Профилактика онкологических заболеваний [Текст] / О.Л.Задорнова. - М.: Новая волна, 2008.- 441с

. Бокова, С.М. Нервные и психические болезни [Текст] / С.М.Бокова. - Ростов н/Д: Феникс, 2010.- 480с

. Магазаник, Н.А. Искусство общения с больными [Текст] / Н.А.Магазаник. - М.: Медицина,2011.-256с

. Абрамова, Г.С. Психология в медицине [Текст] / Г.С.Абрамова. - М.: Наука, 2009. - 272с

. Перфильева, Г.М. Сестринский процесс [Текст] / Г.М.Перфильева. - М.: Медицина, 2009.- 333с

9. Яровинский, М. Я. Медицинский работник и пациент [Текст] / М.Я.Яровинский.- СПб: Медицина, 2010.- 285с

10. Барыкина, Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в онкологии [Текст] / Н.В.Барыкина. - Ростов н/Д: Феникс, 2014г. - 460 с.