



**Медицински университет - Варна
„Проф. Д-р Параскев Стоянов”**

**Факултет „Обществено здравеопазване“
Катедра „Здравни грижи“**

Калина Стоянова Катранджиева

**СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ В ГРИЖИТЕ ЗА
ПАЦИЕНТИ С РАННИ РЕАКЦИИ ПРИ
ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен **“Доктор”**

Научен ръководител:

Доц. Катя Генова Егурузе, д.оз.

Научен консултант:

Проф. д-р Елица Енчева-Мицова, д.м.

Варна, 2023

Дисертационният труд съдържа 158 стандартни страници и е онагледен с 5 таблици, 46 фигури и 5 приложения. Литературната справка включва 289 литературни източника, от които 27 на кирилица и 262 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на катедрен съвет на Катедрата „Здравни грижи“ при Медицински университет ”Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна на 26.01.2023 г.

НАУЧНО ЖУРИ:

Външни членове:

1. Проф. Иванка Костова Стамболова, д.м.
2. Доц. д-р Невяна Георгиева Фесчиева, д.м.
3. Доц. Евгения Кунчева Димитрова, д.м.

Резервен външен член:

1. Доц. Грета Великова Колева - Петкова, д.узг.

Вътрешни членове:

1. Проф. Силвия Борисова Димитрова, д.оз.н.
2. Доц. Мариана Николова Димитрова, д.оз.

Резервен вътрешен член:

1. Доц. Валя Иванова Димитрова, д.оз.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 27.04.2023 г. от часа във Факултет по обществено здравеопазване – гр. Варна на открито заседание на Научното жури.

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ - Варна и са публикувани на интернет страницата на Медицински университет - Варна.

Забележка: В автореферата номерата на таблиците и фигурите не съответстват на номерата в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ	5
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	6
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	15
IV. ИЗВОДИ, ПРИНОСИ И ПРЕПОРЪКИ	67
VI. ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ, СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	70

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ДНК	Дезоксирибонуклеинова киселина
ИТМ	Индекс на телесната маса
КГШ	Карцином на глава и шия
КЖ	Качество на живот
ЛЛ	Лъчелечение
МДЕ	Мултидисциплинарен екип
НЗОК	Национална здравно осигурителна каса
СЗО	Световна Здравна Организация
ACR	Американски колеж по радиология
CARES-SF	Cancer Rehabilitation Evaluation System
СМТ	Комбинирано лечение
ЕВР	Основана на доказателствата практика
EBV	Epstein-Barr вирус
EORTC QLQ C-30	EORTC Core Quality of Life Questionnaire
FACT-G	Functional Assessment Cancer Therapy General
FLIC	Functional Living Index Cancer
HPV	Човешки папиломен вирус
IMRT	Модулирано по интензитет лъчелечение
ONS	Оранизация на онкологичните сестри

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Разпространението на онкологичните заболявания сред населението в световен мащаб нараства, като България не прави изключение от тази тенденция. Ежегодно се диагностицират над тридесет хиляди нови случая, и прогнозата е те да нарастват. Лъчелечението (ЛЛ) е един от основните методи за лечение на онкологичните заболявания, като приблизително половината от диагностицираните пациенти с такива заболявания, се подлагат на лъчелечение в рамките на тяхната терапия. Един от най-честите странични ефекти от облъчването, независимо от мястото, на което се прилага е увреждането на кожата. Във връзка с това грижата за кожата се оказва основен проблем за пациентите провеждащи лъчелечение и медицинските специалисти [232]. Предизвиканите от разглеждания метод на лечение кожни реакции, както и другите тъканни последици, са следствие от биологично увреждане [280].

Лъчелечението като основен метод за лечение на онкологични заболявания се прилага самостоятелно или заедно с оперативно лечение и химиотерапия. Целта му е да се достави прецизно разпределената доза йонизиращо лъчение до определена туморна зона с възможно най-малко увреждане на околната здрава тъкан, което води до унищожаване на тумора и подобряване качество на живот на пациента. Независимо от съществуващите предимства на съвременните лъчетерапевтични методи и техники за щадене на кожата при 95% от пациентите се проявява реакция в различна степен [207].

Днес грижата за пациентите със злокачествени заболявания се е променила, поради сложността на провежданото лечение, новостите и развитието в технологиите, което води до промяна в ролята на медицинската сестра в този процес. Тя има ключова позиция в екипа, който планира и провежда лечението на пациентите. Медицинските сестри започват да предоставят специализирани грижи в процеса на лечение. Управлението на случаите става неразделна част от ролята им в структурите по лъчелечение, тъй като грижите за онкологично болните стават по-сложни и изискват включване на различни специалисти. Пациентите, провеждащи лъчелечение в наши дни представляват голямо предизвикателство, тъй като все по-често се прилага комбинирано химио- и лъчелечение с различни варианти на лечението. Това увеличава сложността на координирането на грижите за онкологично болните и осигуряването на правилно планиране на лечението. Онкологичните пациенти се подлагат на различни метода на лечение, което налага задълбочено познаване, непрекъснато обучение и координиране на грижите между отделните специалисти. В тази динамично променяща се и сложна ситуация, ролята на доставчика на здравни грижи в лъчелечението се развива и заема все по-значимо място в интердисциплинарния екип.

От друга страна въпреки, че лъчелечението има доказани ползи за здравето при хора с онкологични заболявания, неговите странични ефекти могат да повлияят отрицателно върху качеството на живот. Това налага необходимостта от обективно изследване на неговото

влияние върху качеството на живот при тази група пациенти. Здравните специалисти трябва да познават често срещаните неблагоприятни ефекти при провеждане на лъчелечение, които да се откриват на ранен етап, за да се предприемат своевременни мерки за ограничаването им. Обучението на пациента и неговите близки за целите и методите на лечение, както и страничните ефекти от него са изключително важни. В процеса на комуникация медицинската сестра трябва да провежда ефективно обучение на пациентите и техните семейства, което да започне преди терапията и да продължи по време и след нея. Важно е да се стимулират пациентите да водят ежедневник, за да им се помогне да се справят с поставената диагноза, да осмислят и приемат информацията за превенция, диагностика и грижи, и да развиват умения, знания и нагласи за поддържане и/или възстановяване на здравния статус.

Крайната цел на обучението е изграждане на партньорство и сътрудничество между пациента, близките му и екипа от специалисти в сферата на онкологичните заболявания.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И ХИПОТЕЗИ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ: Да се проучат ранните лъчеви реакции при пациенти провеждащи лъчелечение и да се предложи модел на здравна грижа, гарантиращ повишаване качеството на живот на онкологично болните.

ЗАДАЧИ

За постигане на целта си поставихме следните задачи:

1. Да се проучи и анализира научната литература по проблема, свързана с появата и овладяването на ранните лъчеви реакции по време на лъчелечение.
2. Да се очертаят ранните лъчеви реакции, на кожа и лигавица при пациенти провеждащи лъчелечение с карцином на глава и шия и карцином на млечна жлеза.
3. Да се оцени и проследи качеството на живот при пациентите с ранни лъчеви реакции от медицинската сестра.
4. Да се изследва готовността на медицинските сестри, работещи в звена провеждащи лъчелечение за участие в проследяване на ранни лъчеви реакции при пациенти с онкологични заболявания.

5. Да се изследва необходимостта от допълнителна квалификация на медицинските специалисти относно планиране и полагане на здравни грижи при пациенти с ранни лъчеви реакции.
6. Да се разработи и апробира алгоритъм за оценка на ранните лъчеви реакции при пациенти на лъчелечение.
7. Да се разработи и апробира Модел на сестринска грижа при пациенти с ранни лъчеви реакции.

РАБОТНИ ХИПОТЕЗИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Допускаме, че навременното проследяване на ранните лъчеви реакции от медицинската сестра при пациенти, провеждащи лъчелечение на глава и шия и на млечна жлеза ще доведе до предотвратяване на възможните усложнения и до повишаване качеството на живот.
2. Допускаме, че независимо от проследяването на пациентите, провеждащи лъчелечение появата на ранните лъчеви реакции е неизбежна и няма отражение върху промяната на качеството им на живот.
3. Допускаме, че прилаганите до момента грижи за пациентите, провеждащи лъчелечение са достатъчни и не е необходимо допълнително проследяване на ранните лъчеви реакции от медицинска сестра за подобряване процеса на лечение при тези болни.

2.2. ПРЕДМЕТ, ОБЕКТ И ОБЕМ НА ПРОУЧВАНЕТО

Предмет на изследване на настоящото проучване са изявиите на ранни лъчеви реакции на кожа и на лигавица.

Обект на проучването са три групи респонденти – медицински сестри, работещи в структури по лъчелечение; пациенти, провеждащи лъчелечение и лекари, работещи в структури по лъчелечение.

Обем на проучването:

- **Първа група респонденти:** Медицински сестри, работещи в 4 структури по лъчелечение в градовете Варна, Бургас и Русе (n=30), обхванати са 100 %.
- **Втора група респонденти:** Пациенти, провеждащи лъчелечение в Клиниката по лъчелечение към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна (n=63).

- **Трета група респонденти:** Лекари, работещи в 4 структури по лъчелечение в градовете Варна, Бургас и Русе (n= 15), обхванати са 100 %.

Логически единици на проучването:

- Всяка медицинска сестра, работеща в структура по лъчелечение в гр. Варна, гр. Русе и гр. Бургас.
- Всеки пациент с карцином на глава и шия, и карцином на млечна жлеза, провеждащ лъчетерапия в Клиниката по лъчелечение към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна и отговарящ на критериите за включване в проучването.
- Всеки лекар, работещ с структура по лъчелечение в гр. Варна, гр. Русе и гр. Бургас.

Технически единици:

Общо са изследвани 4 структури по лъчелечение в гр. Варна, гр. Бургас и гр. Русе:

- Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Св. Марина“ ЕАД - Варна, Клиника по лъчелечение
- Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания „Д-р Марко А. Марков – Варна“ ЕООД
- „Комплексен онкологичен център – Бургас“ ЕООД
- „Комплексен онкологичен център – Русе“ ЕООД

Критерии за включване и изключване в проучването

а) Критерии за включване в проучването

Първа и трета група респонденти:

- ✓ Над 1 година трудов стаж
- ✓ Работещи в структури за лъчелечение
- ✓ Подписали информирано съгласие

Втора група респонденти:

- ✓ Над 18 годишна възраст
- ✓ Провеждащи лъчелечение с 20 и повече облъчвания на глава и шия, и млечна жлеза
- ✓ Подписали информирано съгласие

б) Критерии за изключване от проучването

Първа и трета група респонденти:

- ✓ Под 1 година трудов стаж
- ✓ Работещи в други структури
- ✓ Не подписали информирано съгласие

Втора група респонденти:

- ✓ Под 18 годишна възраст
- ✓ Провеждащи лъчелечение с по-малко от 20 облъчвания на глава и шия, и млечна жлеза
- ✓ Пациенти провеждащи лъчелечение на други зони
- ✓ Не подписали информирано съгласие

Органи на наблюдението

Значителна част от изследването ще се проведе от докторанта, като в посочените структури за сътрудници са привлечени старшите медицински сестри – предварително запознати с целта, методиката за провеждане на проучването и обучени за работа с инструментариума (анкетна карта и въпросник).

2.3. ВРЕМЕ И ЕТАПИ НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

Време и място на проучването:

- Проучване на мнението на медицинските сестри за необходимостта от проследяване на пациенти с ранни лъчеви реакции, се осъществи в периода м. октомври – м. декември 2021 г.
- Проследяване на ранните лъчеви реакции, чрез специфично разработен инструментариум и оценка на качеството на живот сред пациентите се осъществи в периода м. октомври 2021 г. – м. април 2022 г.
- Проучване на мнението на лекарите във връзка с анализиране и очертаване ролята на медицинската сестра, при проследяване на пациенти с ранни лъчеви реакции на кожа и лигавица и персонализиране на здравните грижи за подобряване качеството им на живот се осъществи в периода м. октомври – м. декември 2021 г.

ЕТАПИ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ

етап	описание на дейността	инструмент	време	място
Подготвителен	Формулиране на проблема, определяне на целта, задачите и дизайна на проучването, разработване на хипотезите, инструментариума и организационния план.	Проучване на литература по проблема. Публикуване на обзорни статии	февруари 2019 г. – септември 2021 г.	МУ-Варна
Първи	Проучване сред медицински сестри относно готовността им за проследяване на пациенти с ранни лъчеви реакции и необходимостта от продължаващо обучение. Проучване мнението на лекари относно ролята на медицинската сестра, при	Информирано съгласие за пациенти лекари и медицински сестри (Приложение №5) Анкетна карта №1 за медицински сестри Въпросник №4 за полуструктурирано	октомври - декември 2021 г.	Структури по лъчелечение в гр. Варна, гр. Бургас и гр. Русе

	проследяване на ранни лъчеви реакции и делегиране на права за проследяване.	интервю за лекари		
	Анализ на получените резултати.	Статистическа обработка на данните.	януари - март 2022 г.	МУ-Варна
Втори	Проучване мнението на пациенти провеждащи лъчелечение относно качеството им на живот. Проследяване на ранните лъчеви реакции при пациенти провеждащи лъчелечение.	Анкетна карта №2 за оценка качеството на живот на пациенти с карцином на глава и шия и карцином на млечна жлеза провеждащи лъчелечение (FACT-B и FACT-H&N на FACIT organization). Лист за проследяване на ранните лъчеви реакции на кожа и лигавица №3 при пациенти с карцином на глава и шия и карцином на млечна жлеза.	октомври 2021 г. - април 2022г.	МУ-Варна
Трети	Анализ и оценка на ранните лъчеви реакции при пациенти провеждащи лъчелечение и оценка качеството на живот. Изработване на алгоритъм за оценка на ранните лъчеви реакции при пациенти на лъчелечение за подобряване проследяващата роля и грижа на медицинската сестра. Изработване на Модел на сестринска грижа за повишаване качеството на живот на пациентите.	Статистическа обработка на данните. Изработване на алгоритъм за оценка на ранните лъчеви реакции при пациенти на лъчелечение и на Модел на сестринска грижа при тези пациенти.	май - септември 2022 г.	МУ-Варна
Четвърти	Изготвяне на изводи и препоръки. Оформяне на дисертационния труд.		октомври 2022 г. – януари 2023 г.	МУ-Варна

2.4.МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

- Документален метод – за проучване на национална и международна литература, документи и нормативни актове, касаещи проблема свързан с появата на ранните лъчеви реакции при пациенти провеждащи лъчелечение.
- Анкетен метод – използвани са преки индивидуални анкети, за проучване мнението на медицински сестри, работещи в структури по лъчелечение и пациенти относно качеството

им на живот. Полуструктурирано интервю проведено с лекари експерти работещи в специализирани центрове по лъчелечение.

- Наблюдение – проведено от изследователя в Клиника по лъчелечение на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна върху включените в изследването за оценка и проследяване на ранни лъчеви реакции, пациенти провеждащи лъчелечение, за срок от 6 месеца.
- Статистически методи
 - ✓ Вариационен анализ за изследване на количествените характеристики на показателите
 - ✓ Сравнителни анализи (оценка на хипотези) – χ^2 , t-test Student's за сравняване на количествени и качествени показатели и изследване на разликата между тях
 - ✓ Дисперсионен анализ (ANOVA) за оценка доколко влиянието на даден фактор е статистически значимо или не
 - ✓ Анализ за оценка на риска (OR) – съотношението на шансовете е статистически анализ, който определя количествено силата на връзката между две събития или два фактора. Дефинира се като съотношението на шансовете за настъпване на едното събитие при липсата или отсъствието на другото. Например риска от развитие на заболяването при дадена експозиция или от развитието на болестта, като се има предвид липсата на експозиция
 - ✓ Корелационен анализ за оценка на зависимостта между изследваните показатели. Оценката на силата на зависимостта между променливите се базира на резултатите от коефициента на Пийрсън (r) и на Спиърман (p), като коефициентът на Спиърман изчислява корелацията на базата на монотонни взаимоотношения, а на Пийрсън на базата на линейни връзки.
 - Степента на асоциация между променливите е определяна като:
 - $0 < r(p) < 0.3$ – слаба корелация
 - $0.3 < r(p) < 0.5$ – умерена корелация
 - $0.5 < r(p) < 0.7$ – значителна корелация
 - $0.7 < r(p) < 0.9$ – висока корелация
 - $0.9 < r(p) < 1$ – много висока корелация

Обработката на данните е извършена с SPSS v. 20.0 for Windows, като за ниво на значимост на резултатите се приема $p < 0.05$.

2.5. ИНСТРУМЕНТАРИУМ НА ПРОУЧВАНЕТО

✓ Анкетни карти

За постигане на целта и задачите на проучването са изработени 1 анкетна карта, 1 лист за проследяване и 1 въпросник, които съдържат затворени и отворени въпроси. Допълнително се използват два специализирани въпросника (анкетни карти) за оценка на качеството на живот при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия.

Анкетна карта № 1 за мнението на медицинските сестри относно готовността им за проследяване на ранните лъчеви реакции при пациенти, провеждащи лъчелечение. Анкетата съдържа 22 въпроса, от които 21 са затворени и 1 е отворен, разпределени в следните 3 групи:

1 група въпроси – за демографски и общи данни

2 група въпроси – свързани с компетенциите и готовността на медицинските сестри за проследяване на ранни лъчеви реакции

3 група въпроси – проучват нивото на професионална подготовка и желанието на медицинските сестри за включване в продължаващото обучение

Анкетна карта № 2 - въпросник за оценка на качеството на живот при пациенти с карцином на глава и шия и карцином на млечната жлеза, провеждащи лъчелечение (ФАСТ-В и ФАСТ-Н&N).

Използвани са две анкетни карти, както следва:

а) ФАСТ-В за пациенти с карцином на млечна жлеза, съдържащ 37 въпроса, на които се поставя оценка според 5 степенна ликертова скала, разделени в пет области:

- ✓ Физическо благосъстояние – 7 въпроса
- ✓ Социално/семеино благосъстояние – 7 въпроса
- ✓ Емоционално благосъстояние – 6 въпроса
- ✓ Функционално благосъстояние – 7 въпроса
- ✓ Допълнителни грижи – 10 въпроса

Ликертова скала:

0 – категорично не

1 – съвсем малко

2 – малко

3 – доста

4 – много

б) ФАСТ-Н&N за пациенти с карцином на глава и шия, съдържа 39 въпроса, на които се поставя оценка според 5 степенна ликертова скала, разделени в пет области:

- ✓ Физическо благосъстояние – 7 въпроса
- ✓ Социално/семеино благосъстояние – 7 въпроса
- ✓ Емоционално благосъстояние – 6 въпроса
- ✓ Функционално благосъстояние – 7 въпроса
- ✓ Допълнителни грижи – 12 въпроса

Ликертова скала:

0 – категорично не

1 – съвсем малко

2 – малко

3 – доста

Анкетна карта № 3 - Лист за оценка и проследяване на ранни лъчеви реакции (кожа и лигавица)

Попълва се от медицинската сестра, която проследява пациентите провеждащи лъчелечение за поява на симптоми и ранни лъчеви реакции, веднъж седмично, за всеки проследяван пациент. Листа съдържа паспортна част, диагноза на пациента и три таблици, както следва:

а) в първата таблица се извършва субективна оценка на пациентската симптоматика с включени в нея 5 симптома, с помощта на 4 степенна скала за оценка.

б) във втората таблица се извършва обективна, професионална оценка на включени 6 ранни лъчеви реакции и оценени по 5 степенна скала.

в) в третата таблица се проследява пациента и се извършва оценка на симптомите, оценка на реакциите и обща оценка.

За всяка консултация оценката на симптомите и реакциите се записва с цифра от 0 до 4 в зависимост от изявата, като по този начин се оценяват. В графата обща оценка се записва сбора от всички оценки.

Въпросник за полуструктурирано интервю №4

За лекари-експерти от специализираните центрове по лъчелечение, състоящо се от пет основни въпроса:

- Каква професионална подготовка е необходимо да притежава медицинската сестра, за да проследява пациенти с ранни лъчеви реакции?
- Как виждате мястото на комплексният подход за специализирани грижи при пациенти провеждащи лъчелечение? Той би ли подобрил качеството на живот?
- От кои специалисти е изграден мултидисциплинарния лъчетерапевтичен екип?
- Какви функции има медицинската сестра в проследяването на ранни лъчеви реакции при пациенти провеждащи лъчелечение?
- Какви препоръки бихте дали за подобряване на грижата при пациенти с ранни лъчеви реакции?

Лекарите експерти имаха възможност да задълбочат и развият своята гледна точка по всеки един от зададените 5 основни въпроса, чрез отговаряне на допълнителни въпроси.

2.6. АЛГОРИТЪМ ЗА ОЦЕНКА НА РАННИТЕ ЛЪЧЕВИ РЕАКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ

Алгоритъмът е разработен за оценка и проследяване (наблюдение) на ранните лъчеви реакции и качеството на живот при пациенти провеждащи лъчелечение.

Дизайн на проучването

- ✓ *Цел:* Подобряване на качеството на живот при пациенти провеждащи лъчелечение, чрез оценка и проследяване на ранните лъчеви реакции.
- ✓ *Обект:* пациенти с карцином на глава и шия, и карцином на млечна жлеза провеждащи лъчелечение със или без химиотерапия.
- ✓ *Предмет:* ранни лъчеви реакции.
- ✓ *Задачи:*
 - 1/ Да се получи информирано съгласие от пациентите.
 - 2/ Да се запознаят пациентите и медицинските сестри с процедурата на проучването.
 - 3/ Да се проведе оценка и проследяване на всеки пациент за ранни лъчеви реакции:
 - с карцином на млечна жлеза в рамките на 6 седмици;
 - с карцином в областта на глава и шия в рамките на 8 седмици.
 - 4/ Да се създадат оптимални условия за наблюдение и проследяване на ранните лъчеви реакции.
 - 5/ Да се проведе мониторинг по съставена скала за оценка, както следва:
 - в началото на лъчелечението;
 - на всеки пет облъчвания (веднъж седмично) до приключване на лъчелечението;
 - в края на лъчелечението;
 - както и на контролните преглед след провеждане на терапията.
 - 6/ Проучването да се проведе в рамките на 6 месеца.
 - 7/ Да се обработят и анализират резултатите.

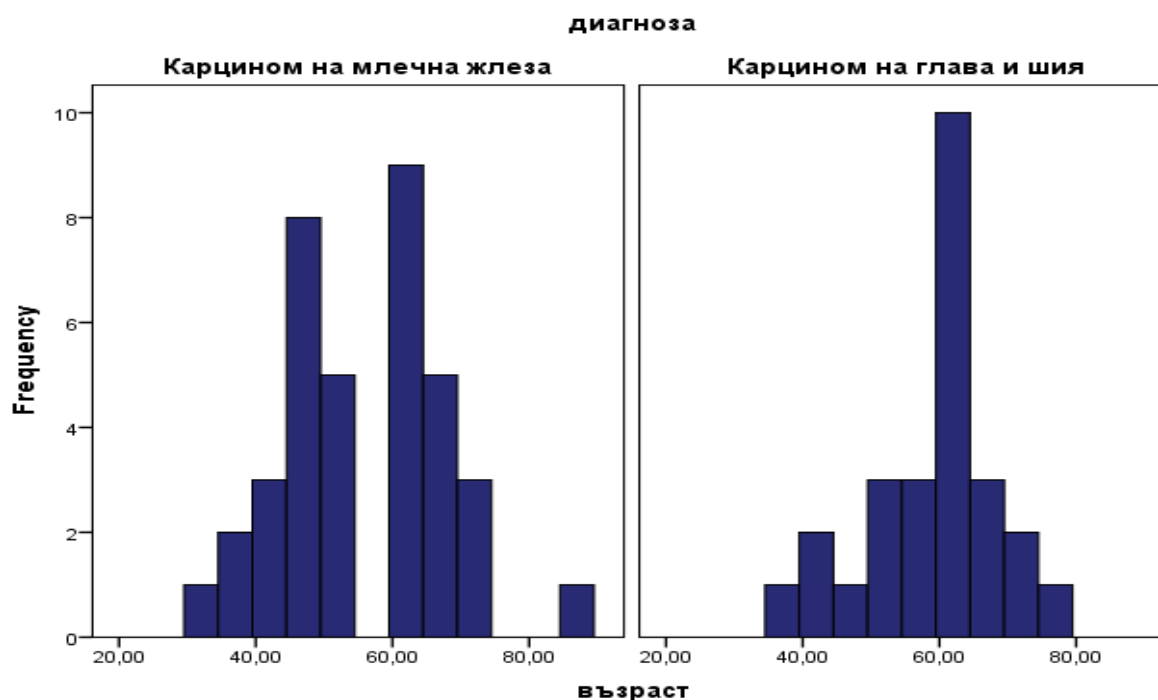
Проучването е проведено след получено разрешение от Комисията по етика на научните изследвания при МУ-Варна - Протокол/решение №107, заседание на 28.10.2021 г. Всички участници в изследването са подписали информирано съгласие.

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1 Проследяване на ранните лъчеви реакции от медицинската сестра

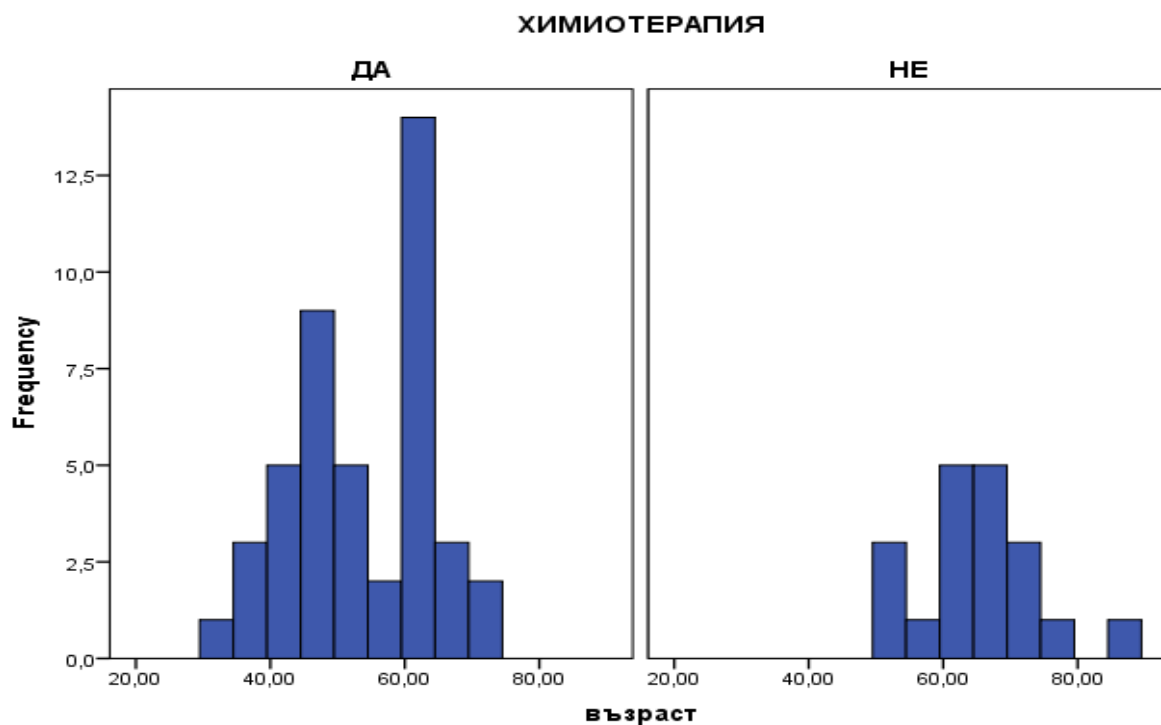
Проведеното изследване за подобряване качеството на живот при пациенти провеждащи лъчелечение чрез оценка и проследяване на ранните лъчеви реакции, се проведе в рамките на шест месеца. Извърши се оценка и проследяване на изследваните пациенти с карцином на млечна жлеза в рамките на 6 седмици (за всеки пациент), с карцином в областта на глава и шия в рамките на 8 седмици (за всеки пациент), за ранни лъчеви реакции.

В проследяването бяха включени 63 пациенти с карцином в областта на глава и шия и карцином на млечна жлеза преминали лъчелечение в клиника по лъчелечение на УМБАЛ „Св. Марина“ –ЕАД гр. Варна. Средна възраст и в двете групи е 57.2 г. \pm 10.8 г., като минималната е 32 г., а максималната е 88 г. Не се установява статистически достоверна разлика в средната възраст между пациентите с карцином на глава и шия и пациентите с карцином на млечната жлеза (съответно 59 г. за първата група и 55.9 г. за втора група ($p>0.05$)) (фиг. 1).



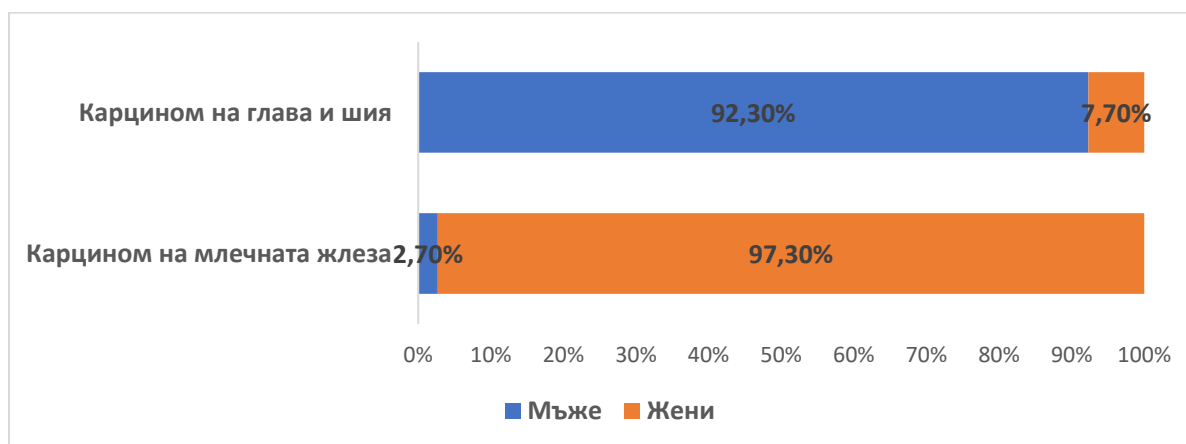
Фиг. 1. Разпределение според възрастта и изследваната група пациенти

Установява се съществена разлика във възрастта на пациентите, които са провели и химиотерапия ($p<0.001$), като тази група е на по-млада възраст (съответно 53.75 за пациенти с химиотерапия (32-71) и 65.11 г. за пациенти без химиотерапия (50-88) (фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение според възрастта на пациентите с и без химиотерапия

Разпределението по пол логично показва съществена разлика ($p < 0.001$) между двете диагнози (фиг. 3). При пациентите с карцином на млечната жлеза преобладават жените, като от 37 пациента, 36 са от женски пол и един пациент от мъжки пол. Съотношението корелира с данните публикувани в литературата [156]. От друга страна при пациентите с карцином на глава и шия преобладават мъжете. Установи се, че полът е рисков фактор за развитието на определен вид карцином ($OR = 18.24$ (4.722-70.452); $p < 0.001$).



Фиг. 3. Разпределение според пола и диагнозата

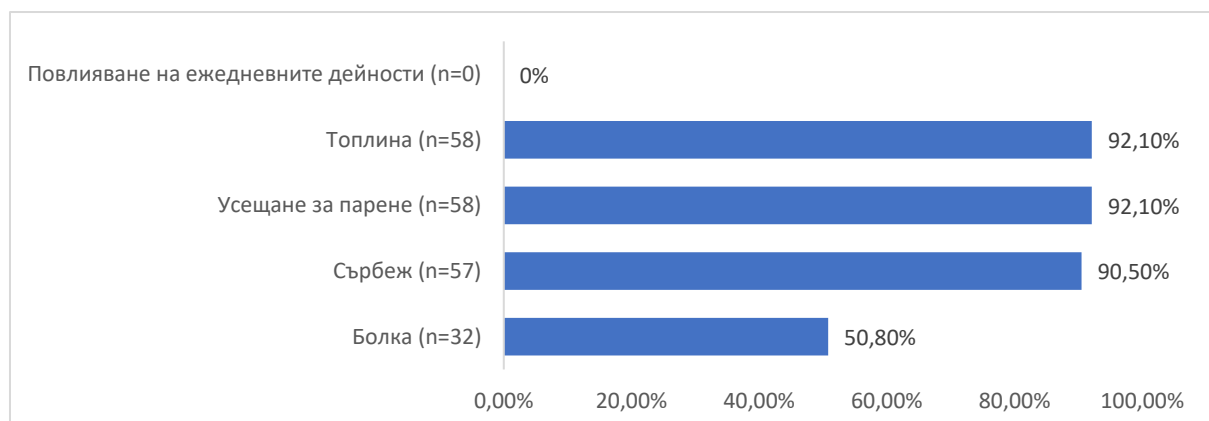
Много фактори допринасят за степента на кожната реакция, която може да изпита отделен пациент. Те са, свързани с лечението, като: вид енергия, дневна доза, размер на полето на облъчване, използване на болус материал (чиято цел е да се увеличи дозата в кожната повърхност). Индивидуалните характеристики на пациента също играят роля в развитието на този вид реакции. Те могат да включват затлъстяване с образуване кожни гънки, генетични фактори, коморбидни състояния като диабет, хранителен статус, възраст, раса, етническа принадлежност, тютюнопушене, медикаменти, едновременна химиотерапия, излагане на слънце [225].

Специфични заболявания, като карцином на кожата и T4 карцином на гърдата, лекувани с лъчелечение, по своето естество изискват по-висока кожна доза и се очаква да имат интензивна кожна реакция. По този начин общата цел на управлението на сестринските грижи за лъчеви кожни реакции е да се забави и/или намали интензивността им, а не да ги елиминира напълно [208].

Ключов елемент в управлението на ранните кожни реакции даване на указания за поддръжка на лична хигиена в областта на обема на облъчване, следене за спазване на тези указания както и рутинната оценка с помощта на стандартизиран инструмент [100]. Оценката на кожата трябва да бъде направена в началото, преди започване на лечението и да е минимум веднъж седмично.

В нашето проучване оценката на ранните лъчеви реакции е извършена в две направления: оценка на симптомите и оценка на кожните и лигавичните реакции.

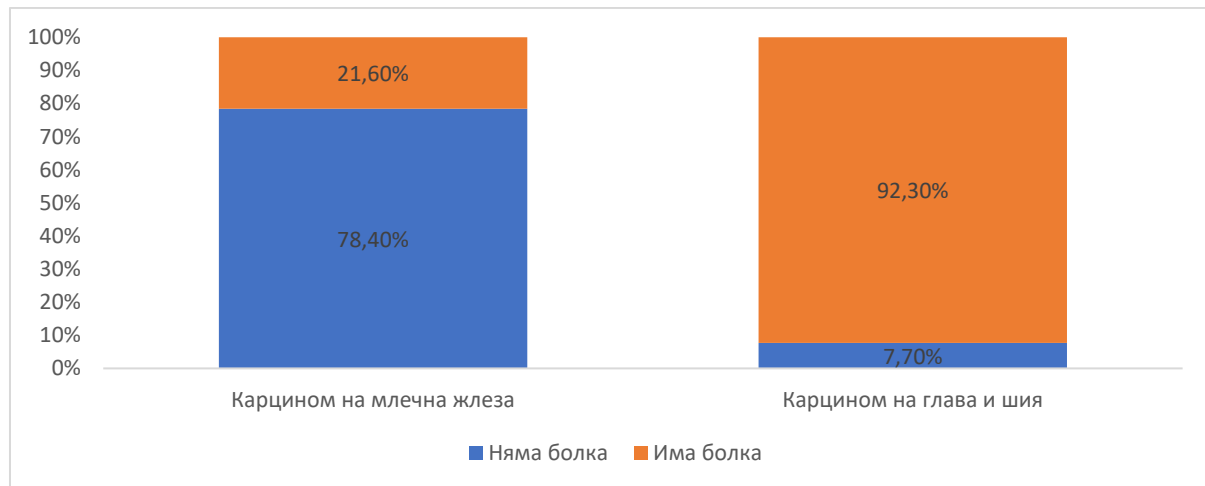
Оценката на симптомите е извършена върху пет симптома, които се оценяват от пациента и показва тяхната субективна оценка за тяхното състояние при проследяването на кожните реакции по време на провеждане на лъчелечението. На фиг. 4 е представена честотата на съответния симптом при проследяването.



Фиг. 4. Честота на оценяваните субективни симптоми

Първият симптом от проследяването на ранните лъчеви реакции при пациентите, преминали лъчелечение е болката, която те изпитват по време на процедурата.

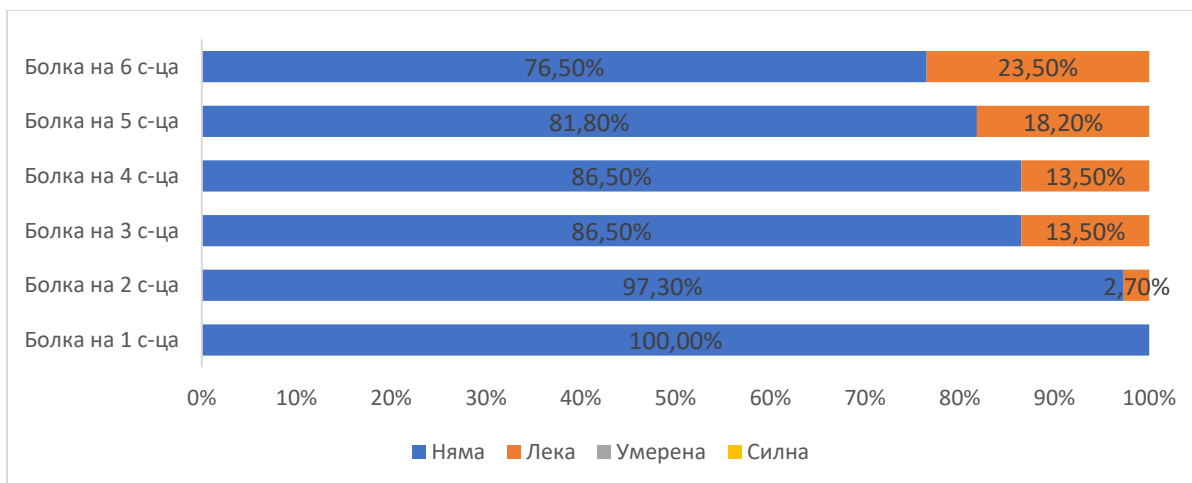
Анализът на болката показва наличието на съществена разлика по отношение на двете изследвани групи пациенти ($p < 0.001$), като при пациентите с карцином на млечната жлеза с болка са 21.6 %, докато при пациентите с карцином на глава и шия с болка са 92.3 % (фиг. 5). Установена е силна зависимост между болката вида на карцинома ($r = 0.696$; $p < 0.001$).



Фиг. 5. Разпределение на пациентите според наличието на болка и вида на карцинома

Карцинома на главата и шията носи 43.5 пъти по висок риск от появата на болка по време на лъчелечението ($OR = 43.5$ (8.428-224.512); $p < 0.001$).

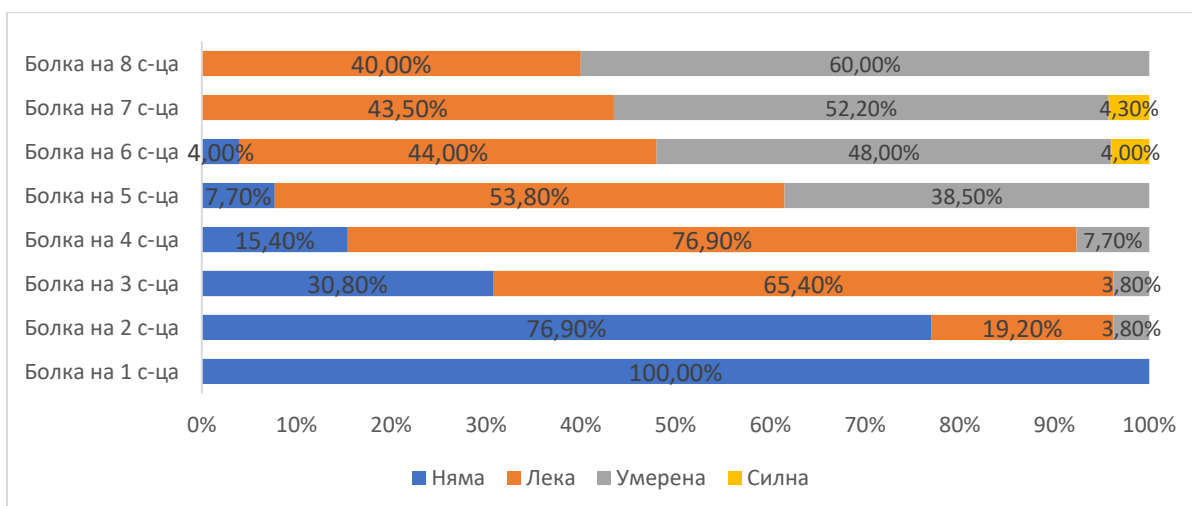
Изследването на болката по време на лъчелечението при пациентите с карцином на млечната жлеза показва, че тези, които изпитват лека болка нарастват с продължителността на времето на процедурите (фиг. 6) от 0 % на първа седмица до 23.5 % на 6-та седмица. Това нарастване на болковия синдром при приблизително 24% от пациентите би могло да се дължи на появил се оток и/или лимфедем в хода на лъчелечение. Още на нарушение на нормалната анатомия на млечната жлеза, нервния сноп, както и разрастването на фиброзна тъкан в областта на цикатрикса. Отделно, при проява на ранни лъчеви реакции, болката може да бъде и от сухотата на кожата при сух радиодермит или от влажната десквамация. Болковия синдром е свързан с каскадата на болката както при всички останали видове рани.



Фиг. 6. Проследяване на болката по време на лъчелечение при пациенти с карцином на млечна жлеза

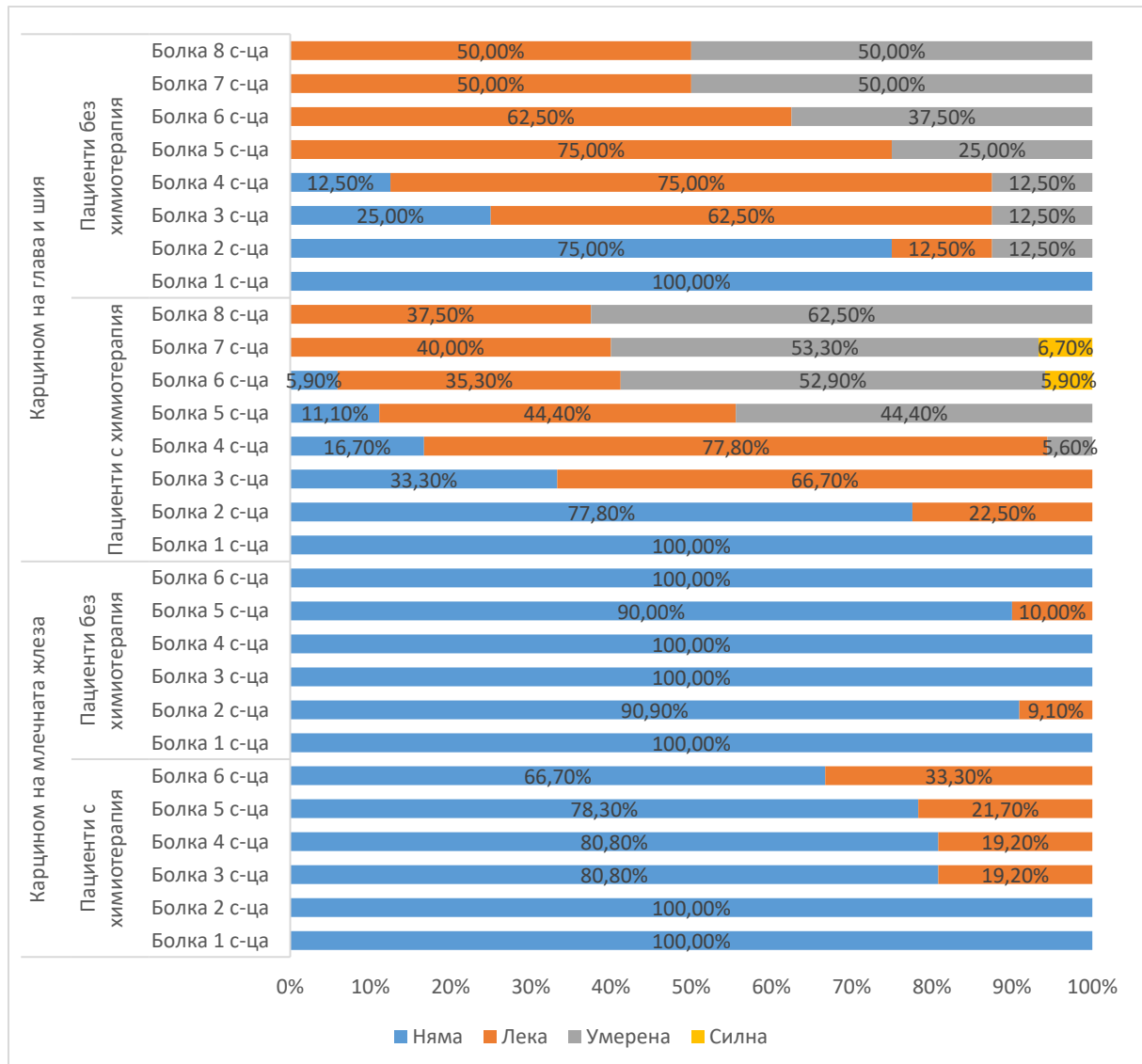
Изследването на болката по време на лъчелечението при пациентите с карцином на глава и шия показва, че броят на тези, които изпитват болка нарастват с продължителността на времето на процедурите (фиг. 7) от 0 % на първа седмица до 100 % на 8-та седмица. Терапевтичният ефект от лъчелечението се проявява с натрупване на дозата на йонизиращо лечение от отделните фракции на облъчване, което от своя страна увеличава възможността от проява на ранни лъчеви реакции в т. ч. и болката.

Установена е правопрпорционална силна зависимост между болката и продължителността на лъчелечението ($r=0.762$; $p<0.001$).



Фиг. 7. Проследяване на болката по време на лъчелечение при пациенти с карцином на глава и шия

На фиг.8 е представен сравнителен анализ на болката при пациентите с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия, които са със или без проведено химиолечение. И при двете групи пациенти се установява съществена разлика в появата на болка при пациентите, които са провели химиотерапия ($p<0.05$), като по-изразена е в групата на пациентите с карцином на глава и шия. В групата на пациентите без химиотерапия и карцином на млечната жлеза болката не е толкова изразена както в групата на пациентите с карцином на глава и шия ($p<0.05$).

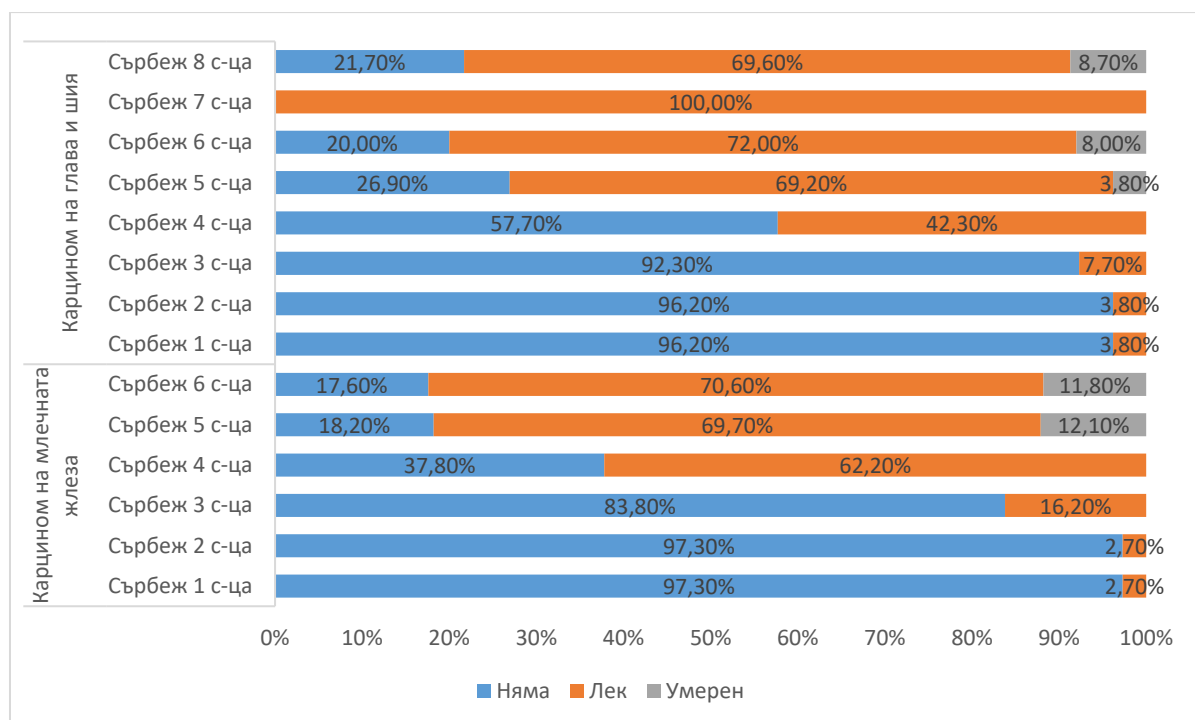


Фиг. 8. Проследяване на болката по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Много пациенти с карцином на главата и шията получават съчетана терапия (лъчелечение и химиотерапия), което може да доведе до по-ранно развитие и повишена тежест на нежеланите реакции.

От фиг. 8 се вижда, че при пациенти с карцином на млечна жлеза провели химиотерапия, след третата седмица от лъчелечението в малък процент се установява болка. За разлика от тези, които не са провеждали химиотерапия и при които няма изява на болка. От същата фигура прави впечатление, че при пациенти с карцином на глава и шия, с и без химиотерапия, болковия синдром започва да се проявява през втората седмица и е с различен интензитет (фиг.8).

Лъчевите кожни реакции или радиационният дерматит се срещат при почти всички пациенти, получаващи лъчева терапия. Старите апарати и техники за лъчелечение доставяха по-голямата част от дозата на повърхността на кожата. Терапевтичните и максимално толерирани дози са определени от степента на проявената еритема. Съвременното оборудване и новите техники за планиране на лечението имат "протектиращ кожата" ефект, като терапевтичната доза се реализира в мишенния обем в дълбочина, и се свежда до минимум дозата до кожата. И все пак, приблизително 95% от пациентите, провеждащи лъчелечение, могат да получат известна степен на кожна реакция, варираща от лека еритема до по-сериозна и неудобна влажна десквамация [100]. Тежката влажна десквамация води до болка и дискомфорт като може да изисква прекъсване на облъчванията и така вероятно би довело до компрометиране на ефективността на лечението.



Фиг. 9. Проследяване на сърбежа по време на лъчелечение при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия

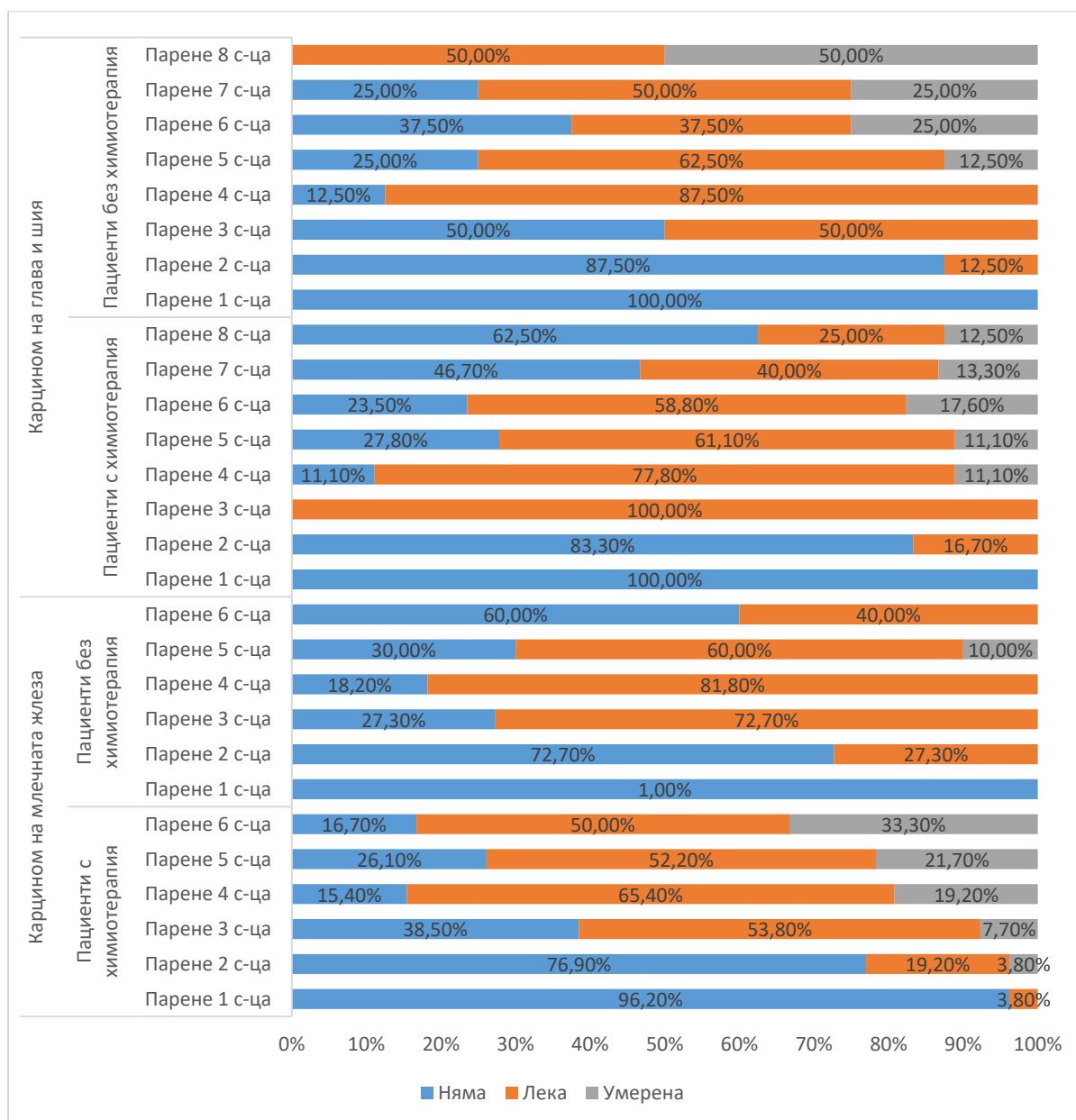
Проследяването на втория симптом (сърбеж) на лъчелечението не показва съществена разлика между двете групи пациенти. До 3-та седмица и при двете групи преобладава относителният дял на пациентите, които не изпитват сърбеж на мястото на облъчване. Постепенно се появява сърбеж в лека до умерена степен вече в края на периода на облъчване. Не се установява зависимост между сърбежа и продължителността на лъчелечението (фиг. 9).



Фиг. 10. Проследяване на сърбежа по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Резултатите представени на фиг. 10 показват, че няма съществена разлика в проявата на сърбежа според вида на карцинома и проведената химиотерапия преди или по време на лъчелечението.

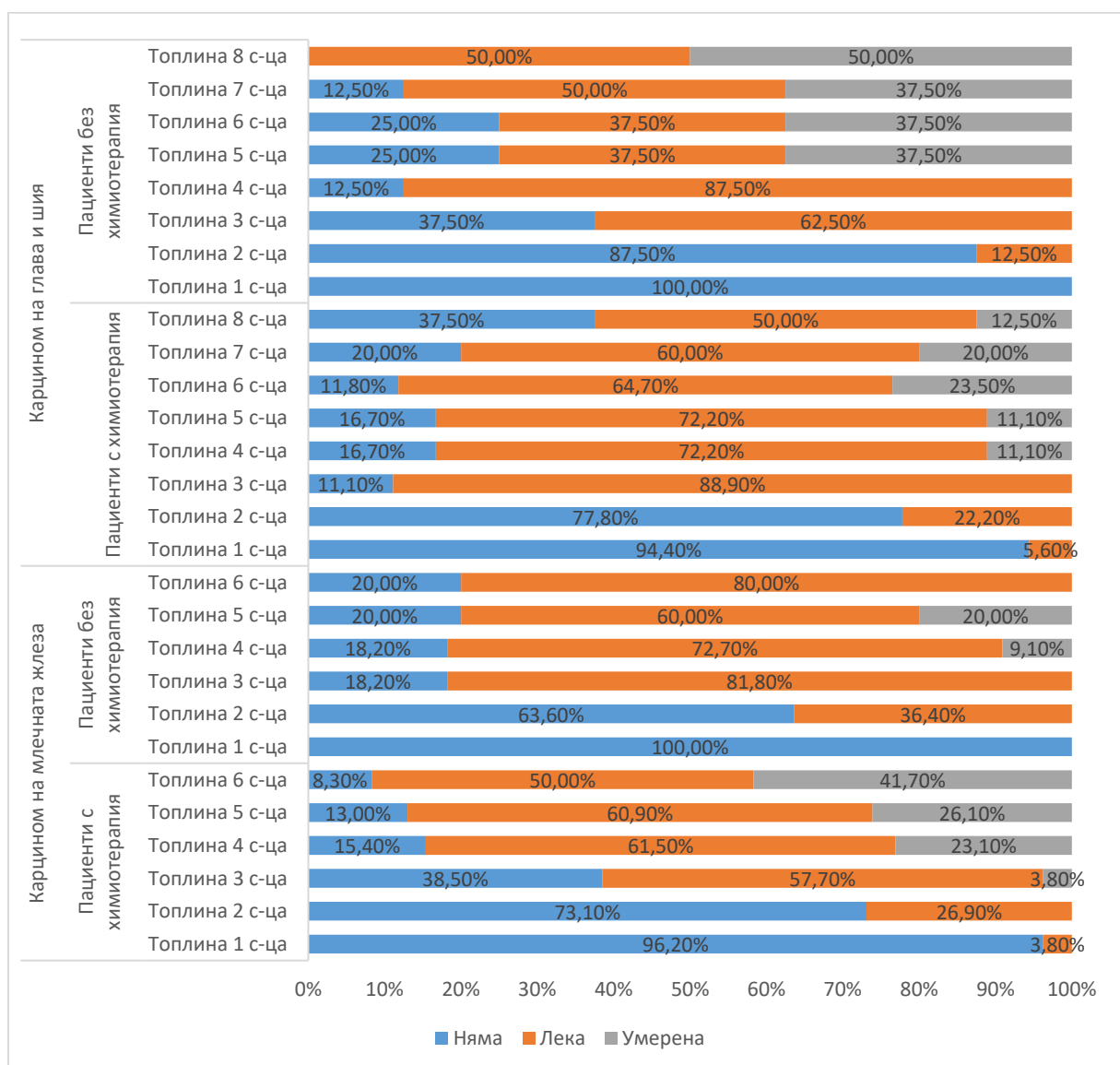
Установява се, че при пациентите с карцином на млечна жлеза с и без химиотерапия не се установява съществена разлика във времето на поява на сърбежа в хода на лъчелечението и в интензитета му. В същото време прави впечатление, че при пациентите с карцином на глава и шия се наблюдава разлика във времето на поява на сърбежа, като за тези с химиотерапия той на лице още през първата седмица при 5.60 % и обхваща 83.30 % от пациентите на петата седмица, след което започва леко да намалява. При пациентите без химиотерапия обаче сърбежа се появява през четвъртата седмица при 12.50 %, леко изразен, а през шеста-седма седмица обхваща 62.50 % (фиг. 10).



Фиг. 11. Проследяване на паренето по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Проследяването на паренето по време на лъчелечението показва, че има съществена разлика както по отношение на вида на карцинома ($p < 0.05$), така и по отношение на проведената химиотерапия ($p < 0.05$). Пациентите, които са провеждали химиотерапия имат по-изявени оплаквания за парене по време на лъчелечението (фиг. 11).

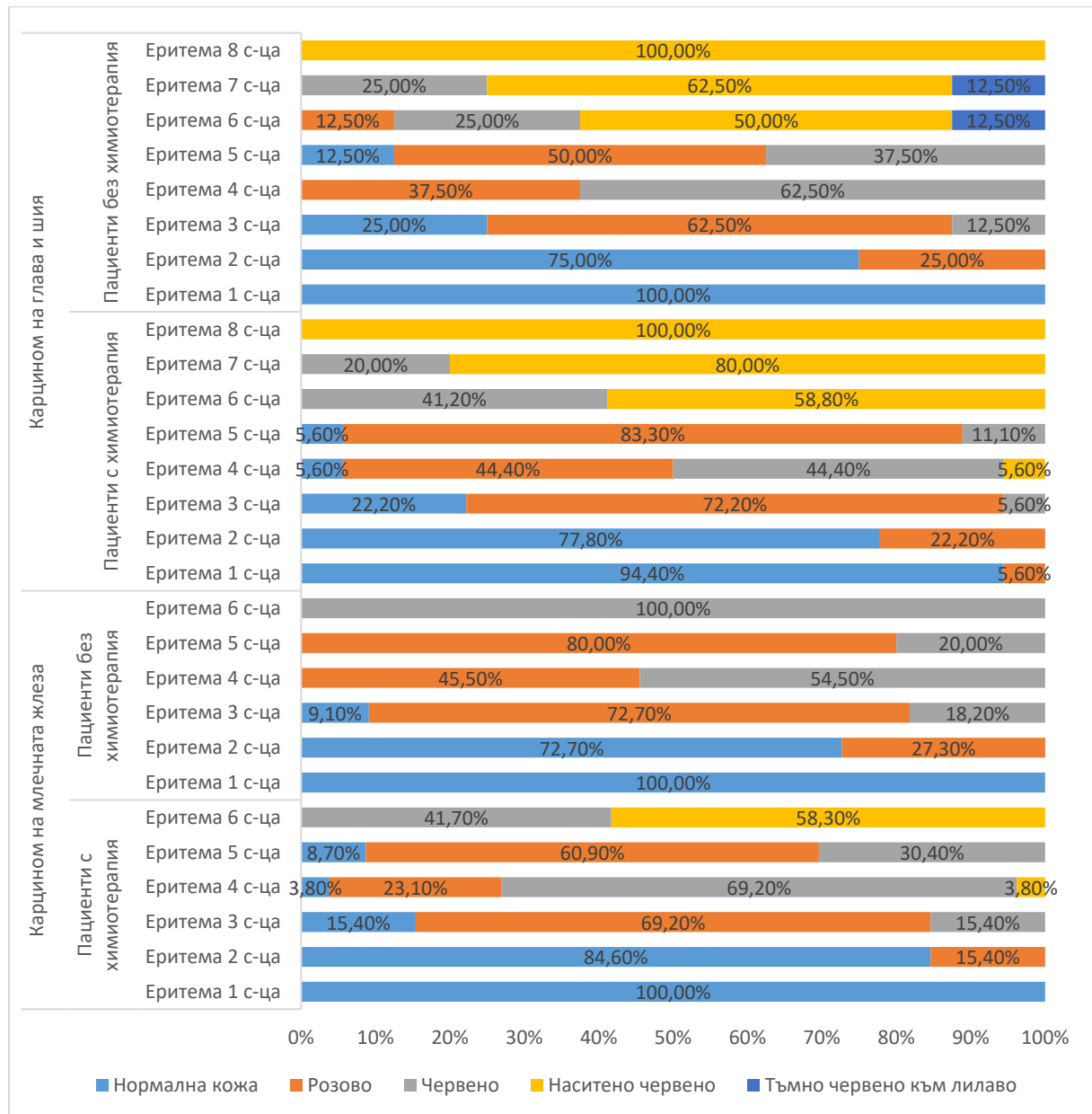
Проследяването на топлината, показва същата тенденция като при паренето по време на лъчелечението, като има съществена разлика както по отношение на вида на карцинома ($p < 0.05$), така и по отношение на проведената химиотерапия ($p < 0.05$). Пациентите, които са провеждали химиотерапия имат по-изявени оплаквания за усещане на топлина по време на лъчелечението (фиг.12).



Фиг. 12. Проследяване на усещането за топлина по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Не се установява влияние на кожната реакция върху изпълнението на ежедневните дейности при изследваните и проследени пациенти с карцином на глава и шия и карцином на млечната жлеза.

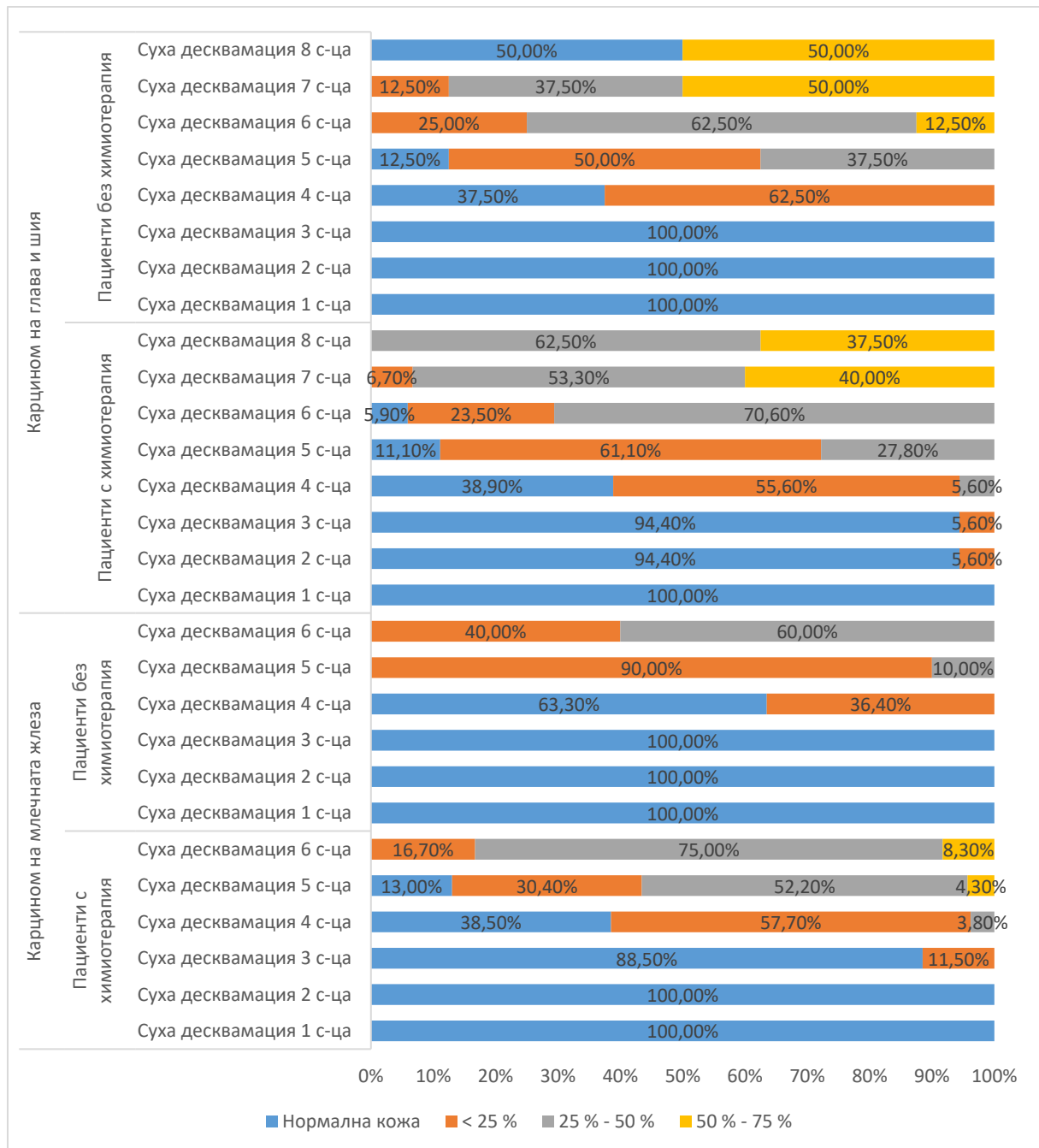
Установена е умерена правопрпорционална зависимост между еритемата и продължителността на лъчелечението при пациентите с карцином на млечната жлеза ($r=0,540$; $p=0.025$) (фиг.13).



Фиг. 13. Проследяване на еритемата по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

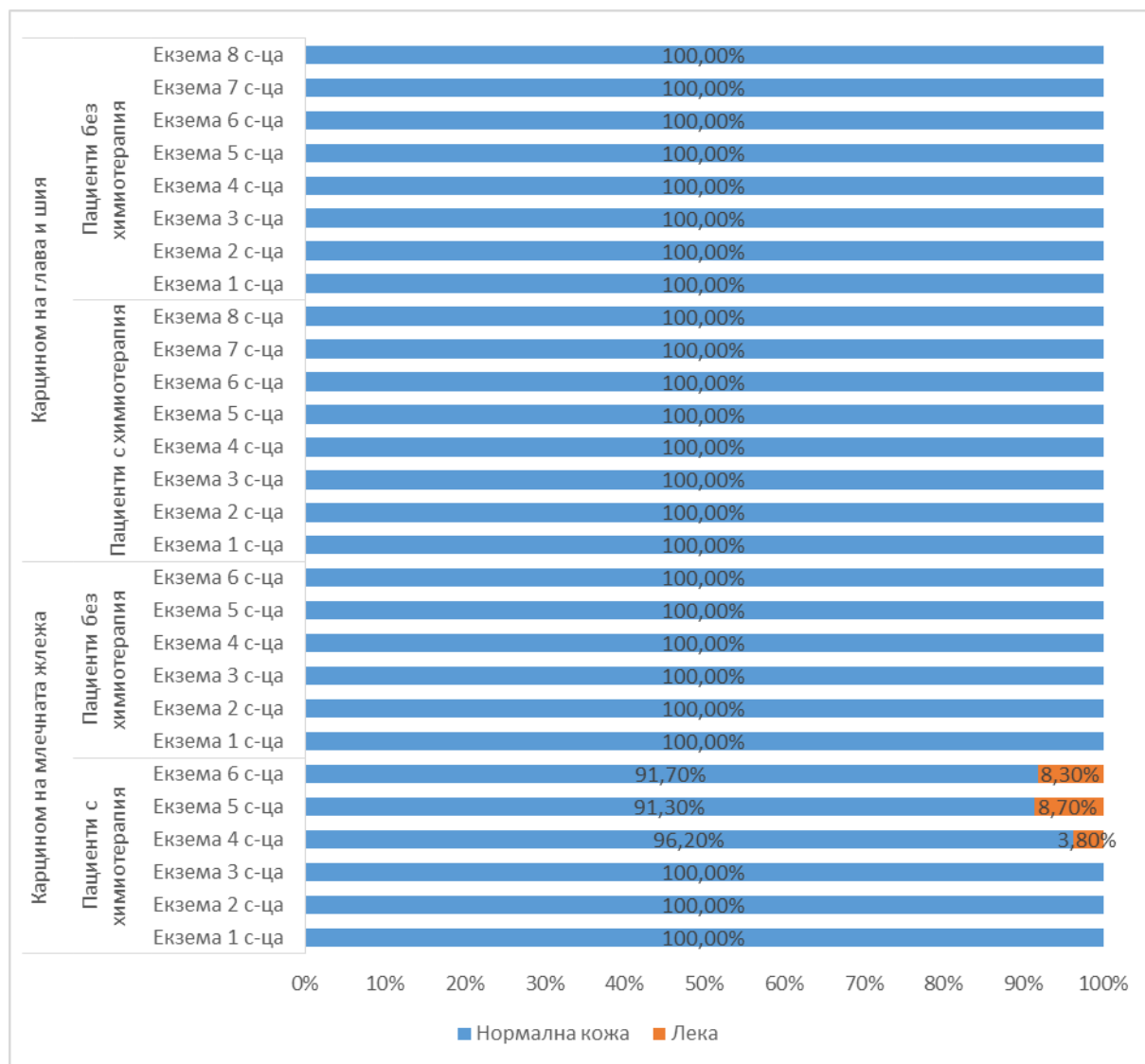
Установена е умерена правопрпорционална зависимост между сухата десквамация и продължителността на лъчелечението при пациентите с карцином на млечната жлеза ($r=0.309$; $p=0.008$).

Установена е умерена правопрпорционална зависимост между суха десквамация и продължителността на лъчелечението при пациентите с карцином на глава и шия ($r=0.401$; $p=0.025$) (фиг.14).



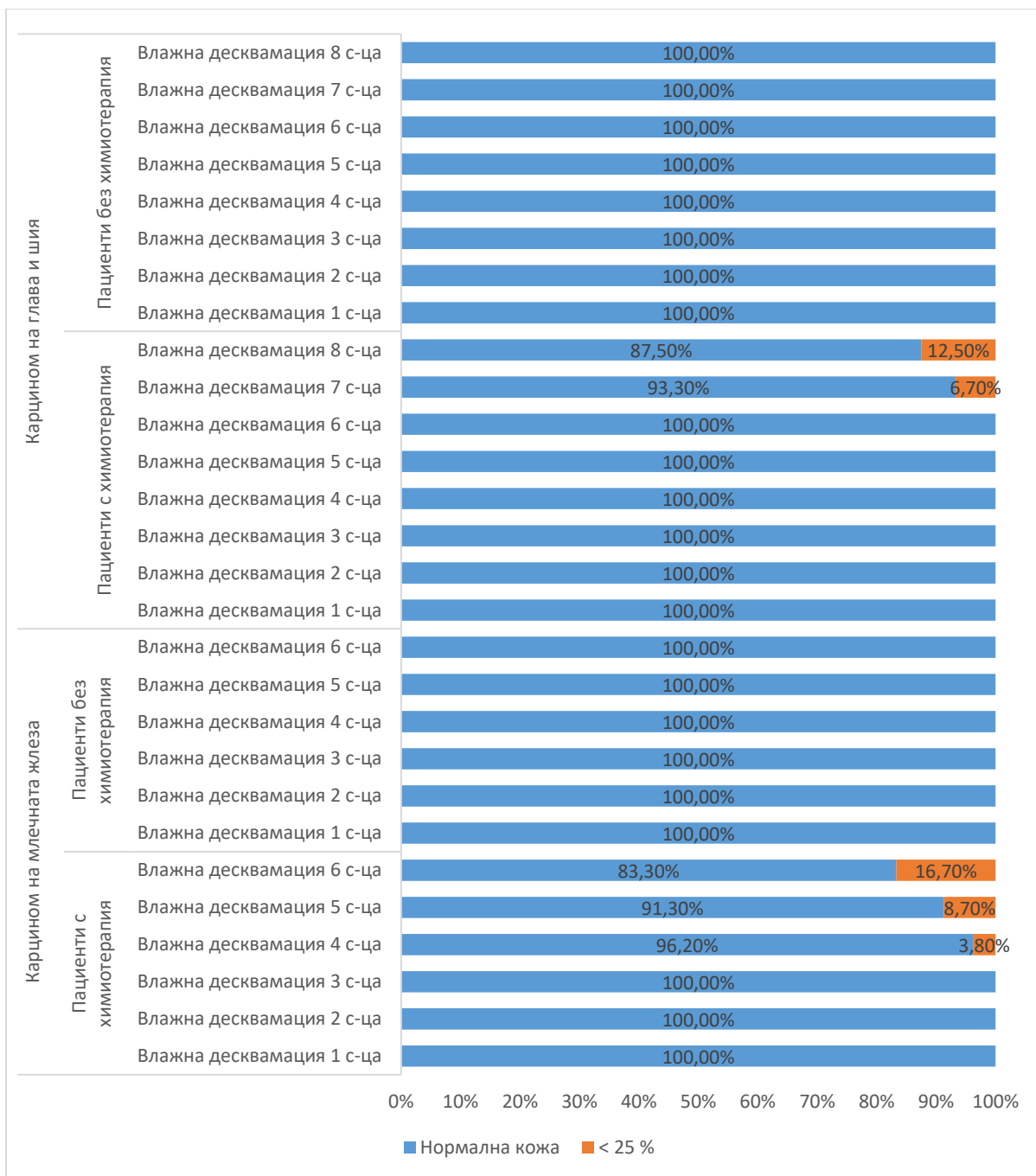
Фиг. 14. Проследяване на суха десквамация по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Резултатите от изследването на екземата показват, че тази реакция е установена само при пациенти с карцином на млечната жлеза, които са провеждали химиотерапия преди лъчелечението (фиг. 15).



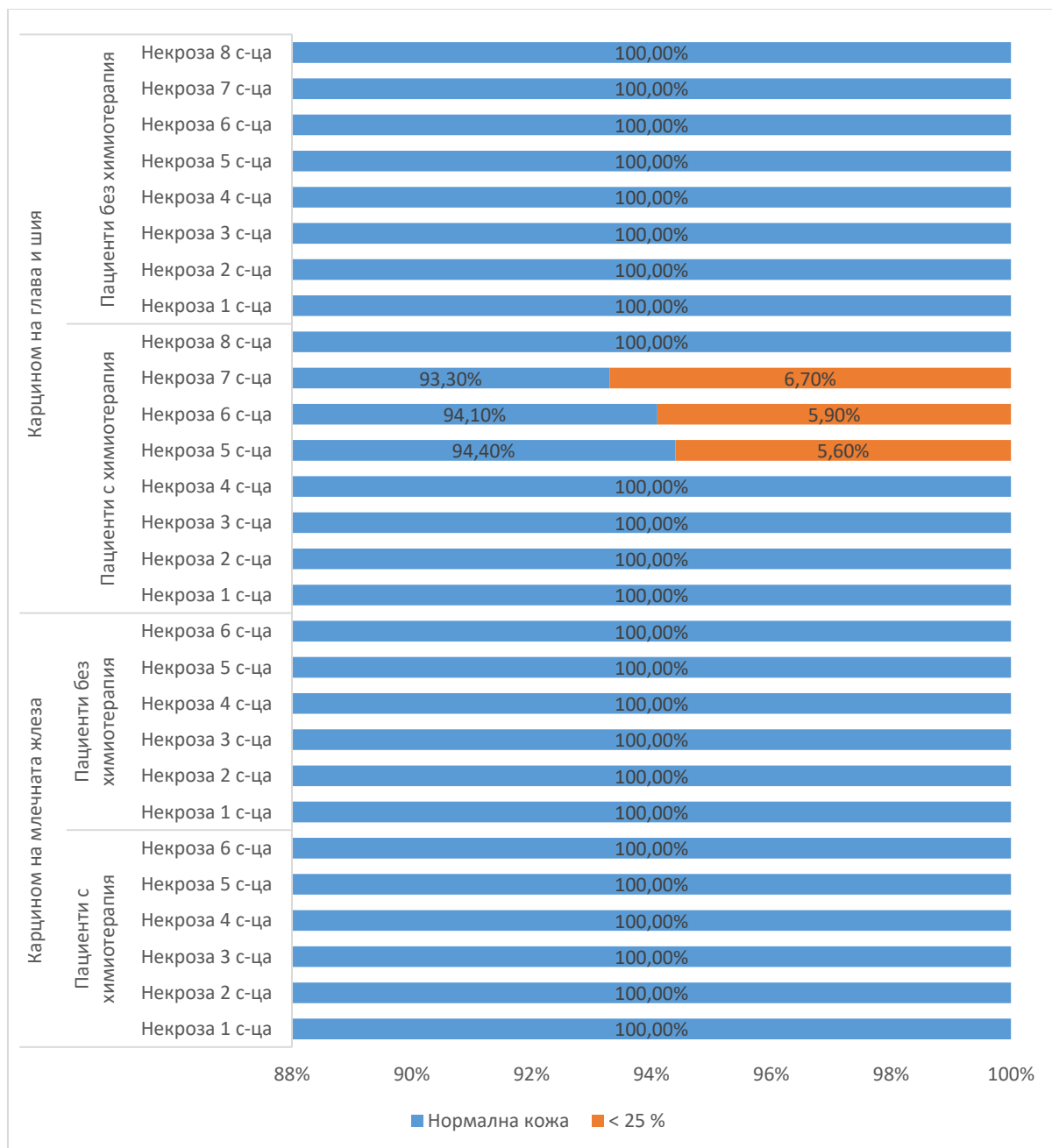
Фиг. 15. Проследяване на екзема по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Проследяването на пациентите с влажна десквамация показва същата тенденция, както и при екземата, като не се установява съществена разлика между изследваните групи пациенти, както според вида на карцинома, така и по отношение на проведената химиотерапия. Наблюдават се единични случаи и при двата вида карциноми в групата на пациентите с проведена химиотерапия (фиг. 16).



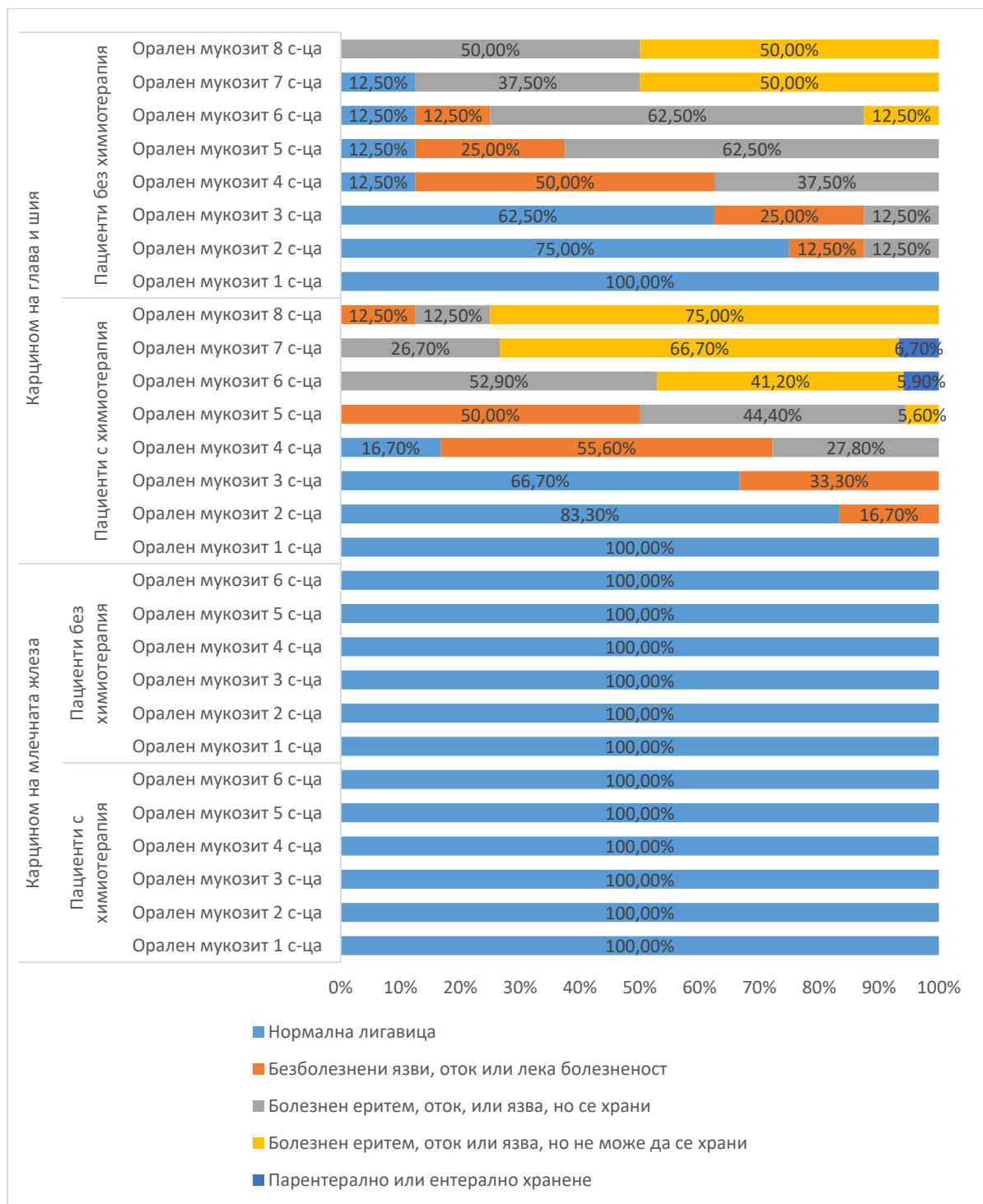
Фиг. 16. Проследяване на влажна десквамация по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Некроза се наблюдава само при един пациент с карцином на глава и шия, който е провеждал химиотерапия преди лъчелечението (фиг. 17).



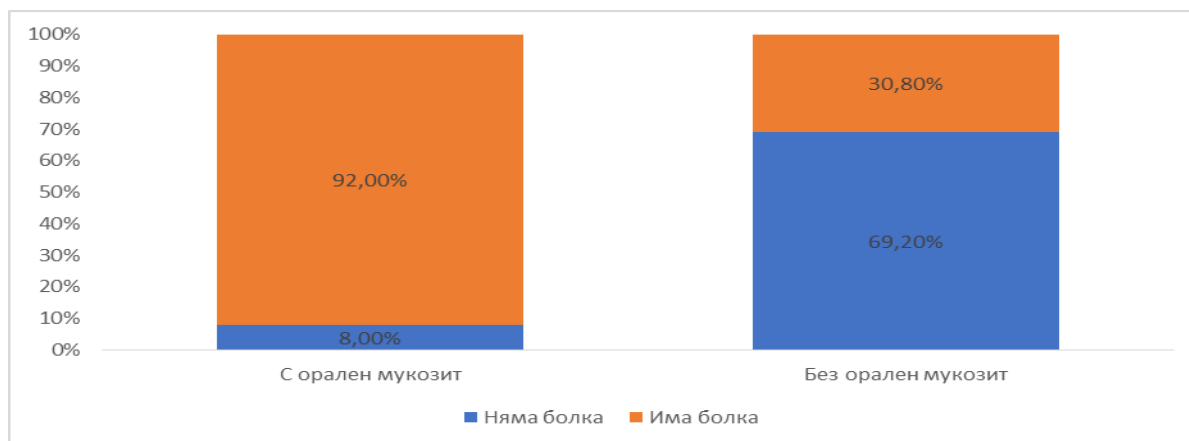
Фиг. 17. Проследяване на некрозата по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Установена е умерена правопрпорционална зависимост между орален мукозит и продължителността на лъчелечението при пациентите с карцином на глава и шия ($r=0.469$; $p=0.018$). При пациентите с карцином на млечната жлеза не се наблюдава проява на тази реакция (фиг. 18).



Фиг. 18. Проследяване на орален мукозит по време на лъчелечение според проведената химиотерапия

Установена е силна зависимост между болката и оралния мукозит ($r=0.641$; $p<0.001$), като вероятността за засилване на болката при наличието на орален мукозит е 25.8 пъти по-голяма ($OR=25.87$ (4.011-166.900) (фиг. 19).



Фиг. 19. Проява на болката при орален мукозит

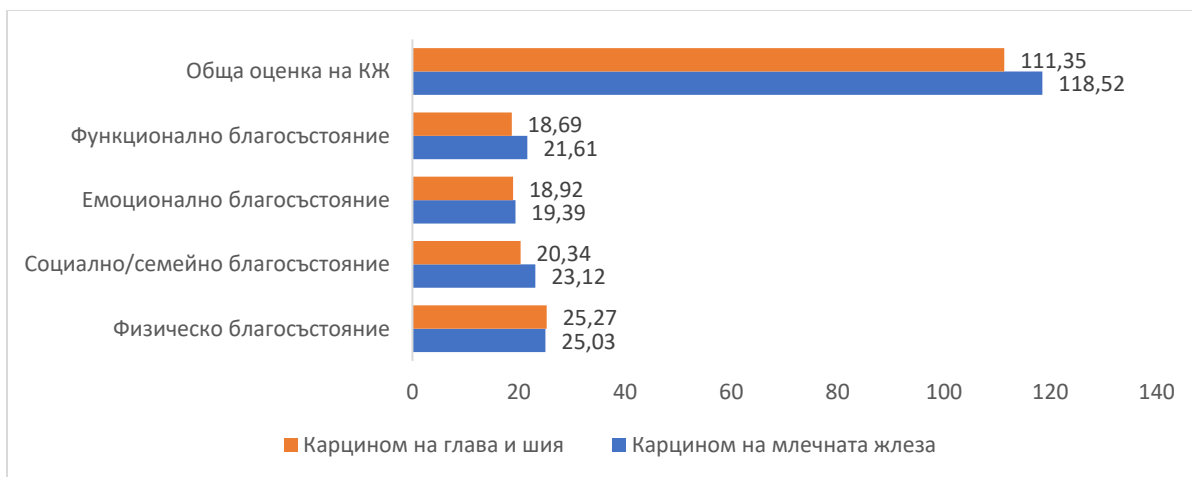
Пероралният мукозит нарушава целостта на устната кухина и може да бъде свързан със спад на функционалния статус и качеството на живот, болка, недोхранване и инфекция [120, 188]. Това е особено значимо при карцином на главата и шията, защото е доказано, че спиране на лечението заради мукозит би оказало влияние, както на локалния контрол, така и на общата преживяемост [223].

Медицинските сестри трябва да направят оценка на пациентите за наличието на инфекция и при установяване на такава, същата трябва да бъде третирана по лекарско назначение.

3.2. Оценка и проследяване качеството на живот при пациенти с ранни лъчеви реакции

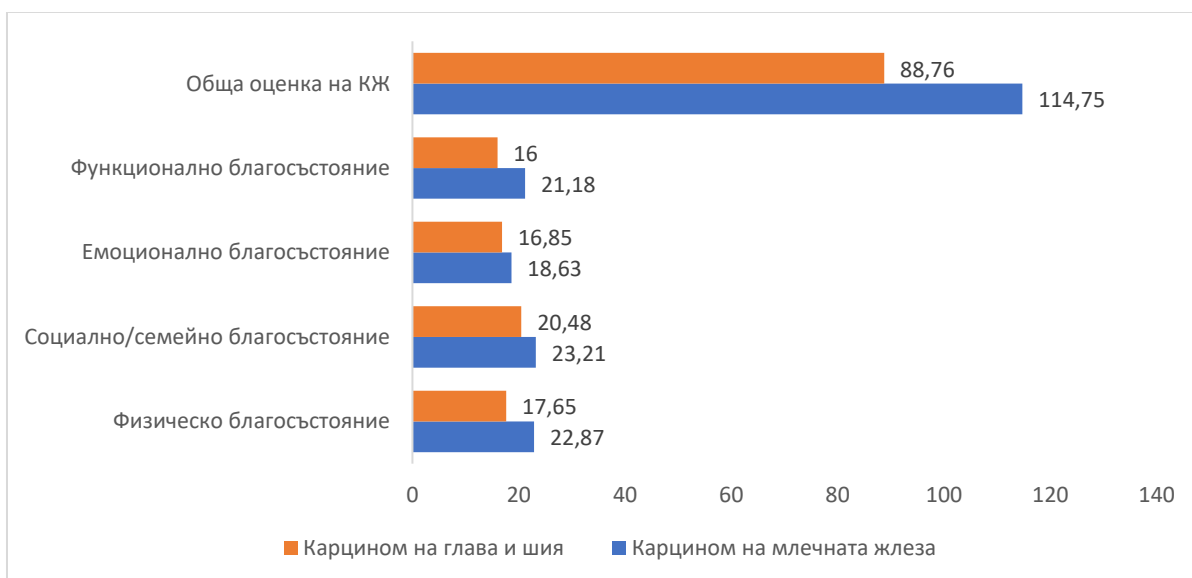
Оценката на качеството на живот при пациентите с карцином на глава и шия и карцином на млечна жлеза, провеждащи лъчелечение е извършена преди и след проведена терапия. За целта е използван въпросник FACT-H&N при пациенти с карцином на глава и шия и FACT-B при пациенти с карцином на млечна жлеза от FACIT organization.

Резултатите от изследването показват, че има съществена разлика между двете изследвани групи по отношение на социалното/семеино благосъстояние ($p=0.035$) и функционалното благосъстояние ($p=0.027$), където пациентите с карцином на глава и шия показват значително по-ниски резултати (фиг. 20).



Фиг. 20. Средна стойност на отделните подскали и общата оценка на КЖ преди провеждане на лъчелечението

Установява се съществена разлика в общата оценка на КЖ след приключване на лъчелечението ($p < 0.001$), като пациентите с карцином на глава и шия имат значително по-ниско КЖ в сравнение с тези с карцином на млечната жлеза. Съществена разлика между двете изследвани групи се наблюдава и по отношение на отделните подскали на КЖ за оценка на функционалното благосъстояние ($p < 0.001$), социално/семеино благосъстояние ($p = 0.028$) и физическото благосъстояние ($p < 0.001$) (Фиг. 21).

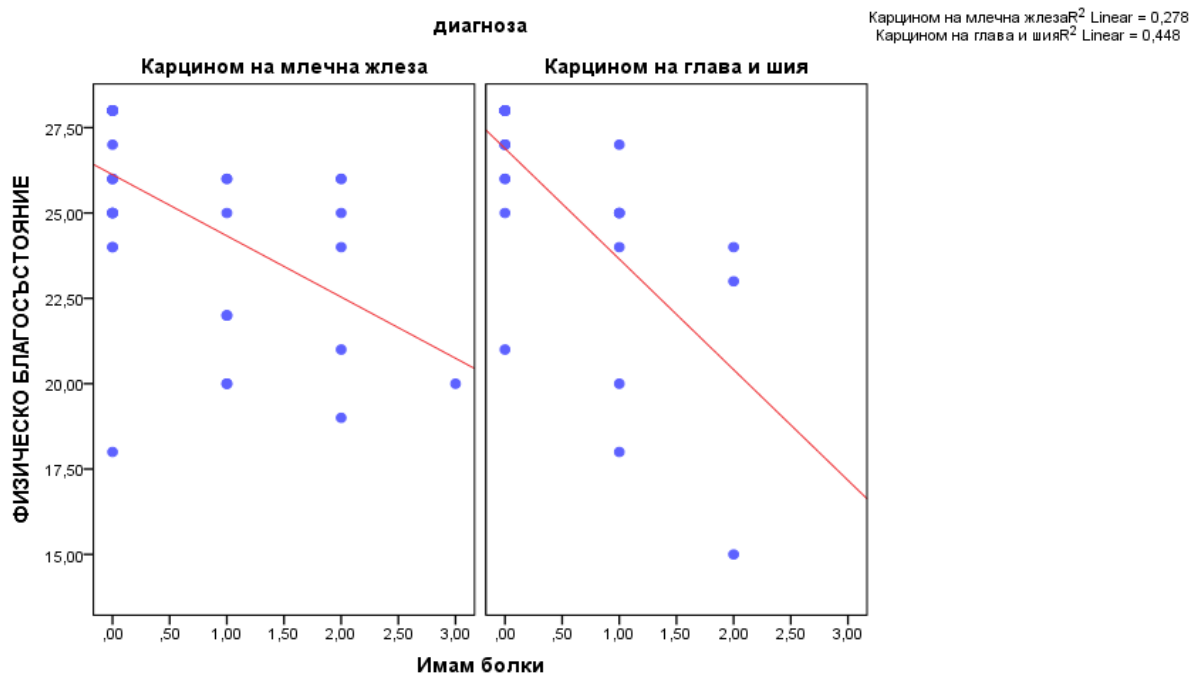


Фиг. 21. Средна стойност на отделните подскали и общата оценка на КЖ след провеждане на лъчелечението

Един от основните фактори, които оказват влияние върху качеството на живот по време на лъчелечението при пациентите с карцином на глава и шия и карцином на млечната жлеза е болката.

Изследването на връзката между болката и различните аспекти на КЖ показва, че тя корелира негативно с оценката на пациентите в различните области.

От гледна точка на физическото благосъстояние се установява, че болката корелира умерено обратно пропорционално при пациентите с карцином на млечната жлеза ($r=-0.527$; $p<0.001$) и умерено към силно при пациентите с карцином на глава и шия ($r=-0.669$; $p<0.001$) (фиг. 22).

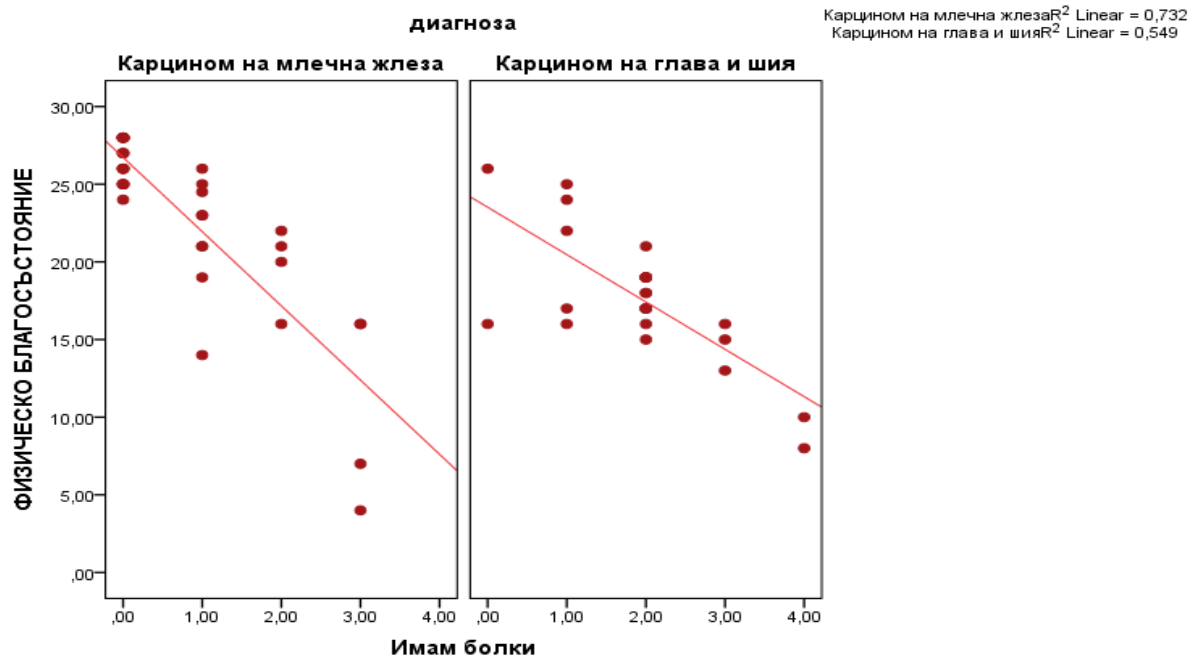


Фиг. 22. Корелационен анализ на болката и физическото благосъстояние при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия в началото на лъчелечението

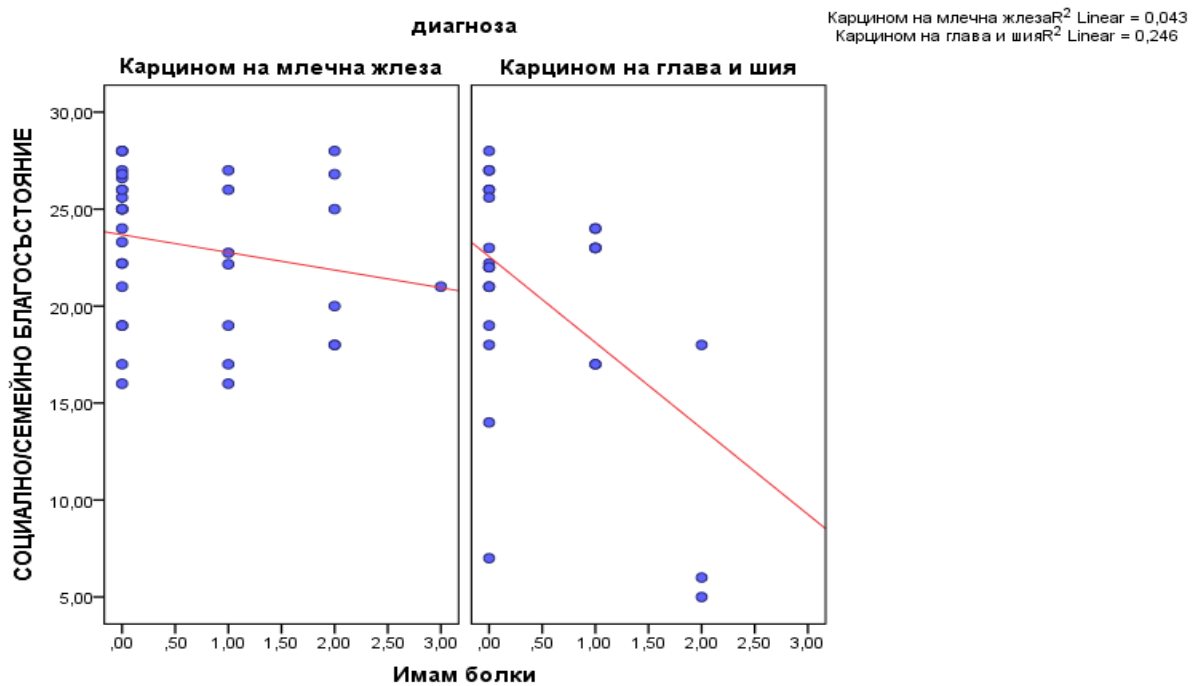
След провеждане на лъчелечението се наблюдава засилване на връзката между болката и физическото благосъстояние, като вече се установява силна негативна зависимост, както при пациентите с карцином на глава и шия, така и при пациентите с карцином на млечна жлеза. Резултатите показват, че при пациентите с карцином на млечна жлеза се наблюдава по-голяма зависимост ($r=-0.856$; $p<0.001$) отколкото при пациентите с карцином на глава и шия ($r=-0.741$; $p<0.001$) (фиг. 23).

Изследването на влиянието на болката върху социалното или семейно благосъстояние не показва наличието на статистически значима връзка при пациентите с карцином на млечна жлеза в началото на лъчелечението. От друга страна при пациентите с карцином на глава и шия се установи наличието на обратнопропорционална умерена зависимост ($r=-0.496$; $p=0.01$) (фиг.

24). При тях с повишаване на болката качеството на живот свързано със социално/семеино благосъстояние значително намалява.



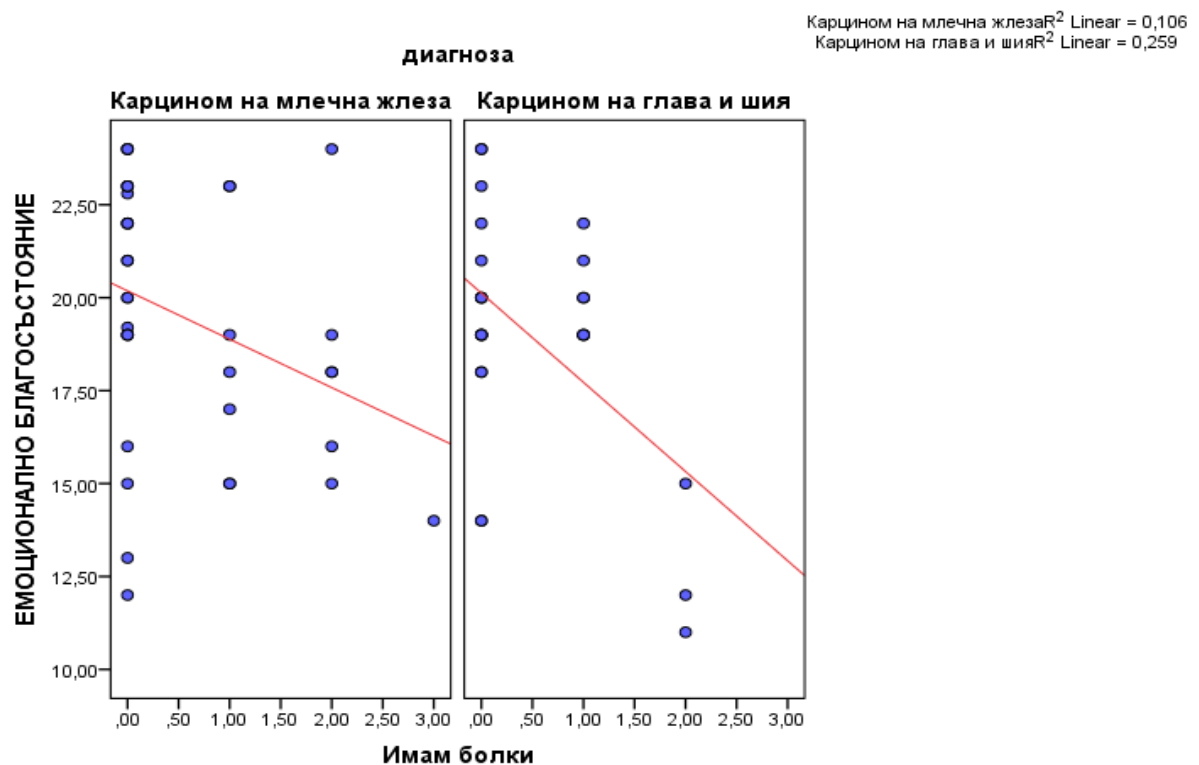
Фиг. 23. Корелационен анализ на болката и физическото благосъстояние при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия след лъчелечението



Фиг. 24. Корелационен анализ на болката и социалното/семеино благосъстояние при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия в началото на лъчелечението

Оценката на връзката между болката и социалното или семейно благосъстояние не показва наличието на сигнификантна зависимост, както при пациентите с карцином на млечна жлеза, така и при тези с карцином на глава и шия.

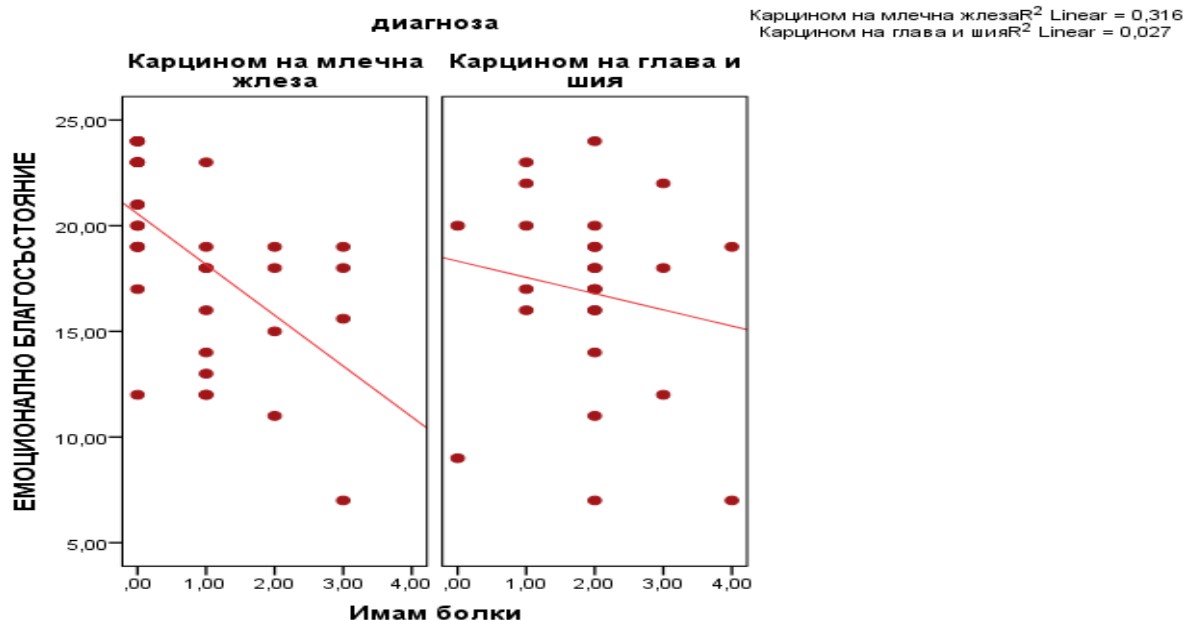
Оценката на влиянието на болката върху друга подскала на КЖ, емоционалното благосъстояние показва наличието на умерена обратно пропорционална зависимост както при пациентите с карцином на млечна жлеза ($r=-0.325$; $p<0.05$), така и при пациентите с карцином на глава и шия ($r=-0.509$; $p=0.008$) (фиг. 25).



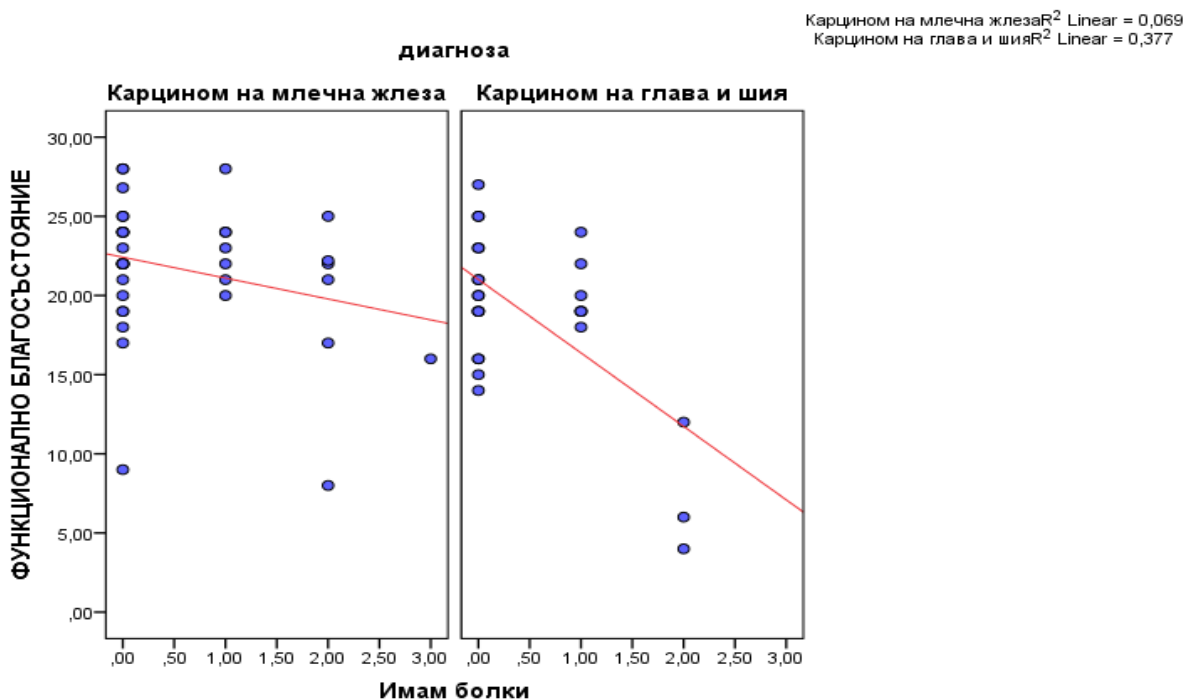
Фиг. 25. Корелационен анализ на болката и емоционалното благосъстояние при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия в началото на лъчелечението

След провеждане на лъчелечението се установява, че болката не оказва влияние върху емоционалното благосъстояние при пациентите с карцином на глава и шия, но при пациентите с карцином на млечната жлеза се засилва негативната зависимост ($r=-0.562$; $p<0.001$) (фиг. 26).

Преди лъчелечението се установи, че болката не оказва влияние върху функционалното благосъстояние при пациентите с карцином на млечна жлеза, от друга страна при пациентите с карцином на глава и шия се установява силна обратнопропорционална зависимост ($r=-0.614$; $p=0.001$) (фиг. 27).



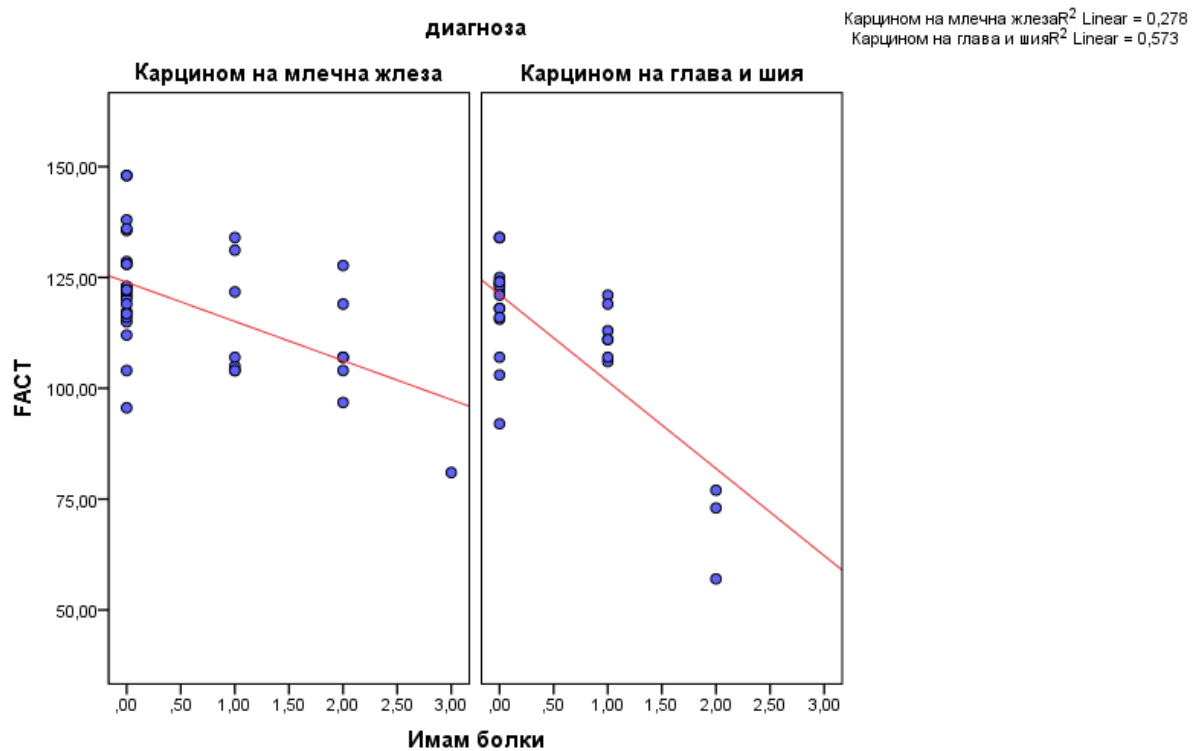
Фиг. 26. Корелационен анализ на болката и емоционалното благосъстояние при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия след лъчелечението



Фиг. 27. Корелационен анализ на болката и функционалното благосъстояние при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия в началото на лъчелечението

След лъчелечението не се установява зависимост между болката и функционалното благосъстояние при двете групи изследвани пациенти.

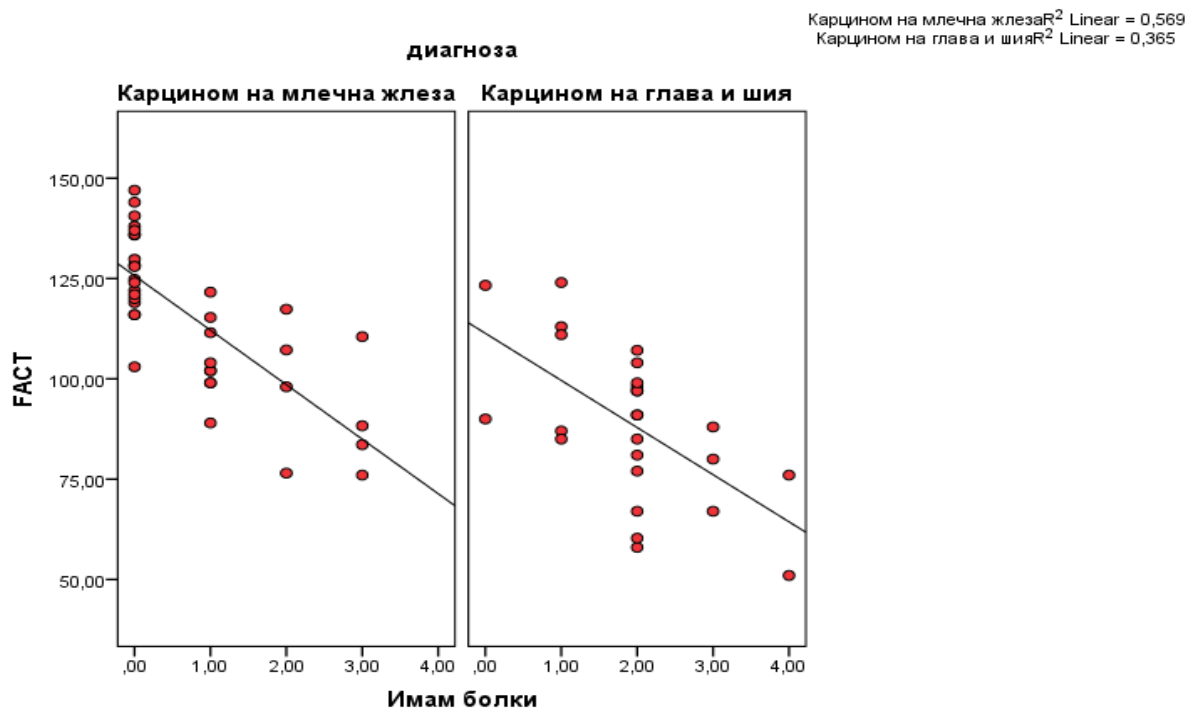
Последната зависимост на болката е с общата оценка за качеството на живот преди и след лечение. Резултатите от проведеният анализ показват, че и при двете групи пациенти болката корелира негативно с оценката за КЖ, но при пациентите с карцином на млечна жлеза се установява умерена зависимост ($r=-0.527$; $p=0.001$), докато при пациентите с карцином на глава и шия се наблюдава силна зависимост ($r=-0.757$; $p<0.001$) (фиг. 28).



Фиг. 28. Корелационен анализ на болката и общата оценка за КЖ при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия в началото на лъчелечението

Изследването на влиянието на болката върху общата оценка за КЖ след провеждане на лъчелечението показва, че и при двете групи пациенти се наблюдава силна негативна зависимост (фиг. 32).

Установихме, че лъчелечението повлиява отрицателно качеството на живот на нашите пациенти с карцином.



Фиг. 29. Корелационен анализ на болката и общата оценка за КЖ при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия след лъчелечението

Budischewski et al. [63] изследват качеството на живот при 61 пациенти с карцином на млечната жлеза в началото на ЛЛ и 6 седмици след завършване на ЛЛ. Авторите съобщават за значително подобрене във функционирането на ролите, значително по-лошо когнитивно функциониране и не наблюдават промени в общото здравословно състояние или физическо, емоционално или социално функциониране [63].

За разлика от тях, Vansal et al. [41] оценяват качеството на живот при 45 пациенти с карцином на главата и шията в три времеви точки: началото на ЛТ, четвъртата седмица на ЛТ и 1 месец след ЛТ. Тези автори откриват, че общото здравословно състояние и физическото, социалното и емоционалното функциониране са намалели значително по време на ЛТ. Един месец след ЛТ те наблюдават подобрене във всички резултати от функционалната скала, но никой не се е върнал към нивата преди ЛТ. Vansal и др. също съобщават, че резултатите на техните пациенти за роля и когнитивно функциониране остават високи по време на ЛТ (т.е. в седмица 4 от терапията) и не наблюдават значителни промени в тези скали от преди ЛТ до след ЛТ. Същото проучване разкрива, че в сравнение с преди ЛТ, резултатите за умора, гадене/повръщане, болка, диспнея, безсъние, загуба на апетит и финансови затруднения са се увеличили значително по време на курса на ЛТ. На 1 месец след ЛТ резултатите за умора, болка, безсъние и загуба на апетит остават високи, докато тези за гадене/повръщане и диспнея са значително подобвени.

Elumelu et al. [96] изследват 100 пациенти с рак на главата и шията в началото и в края на RT. В края на RT те наблюдават, че средните резултати на жените за функциониране на роли, когнитивно функциониране, социално функциониране, диспнея и запек са по-високи от тези за мъже, докато мъжете имат по-високи средни резултати за умора, болка, безсъние, загуба на апетит, диария и финансови затруднения. Мъжете и жените имаха почти равни резултати за глобален здравен статус, физическо функциониране, емоционално функциониране и гадене/повръщане. Въпреки това, Elumelu et al. [96] не откри значителни разлики между половете за нито един от тези резултати.

3.3. Готовност на медицинските сестри за участие в проследяване на ранните лъчеви реакции и необходимост от допълнителна квалификация

Изследвано е мнението на 30 медицински сестри, работещи в различни структури по лъчелечение, като характеристиката им е представена на табл. 2.

Резултатите показват, че преобладават медицинските сестри във възрастовата група 41-50 г. (53,30 %), с трудов стаж над 10 г. (43,40 %), с полувисше образование (60,00 %) и работещи в комплексен онкологичен център (50,00 %).

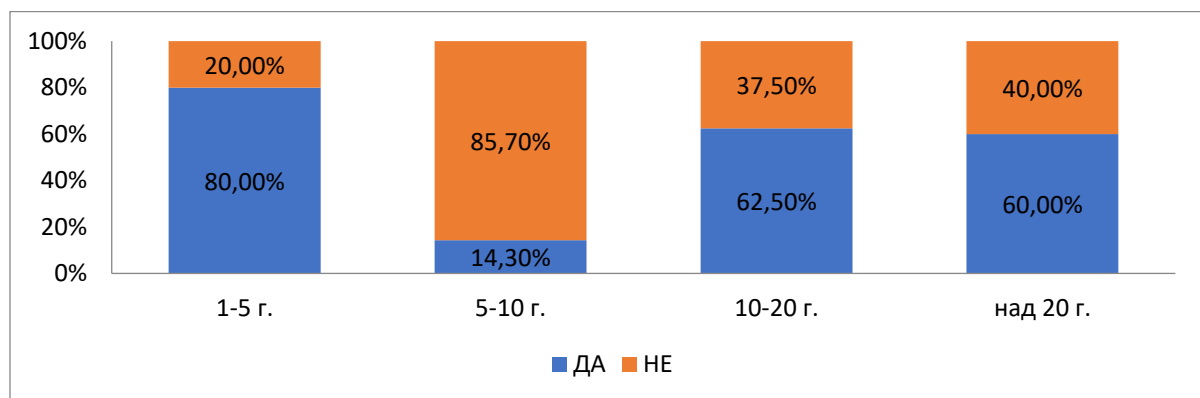
Табл. 2. Характеристика на изследваните медицински сестри

Показател		Брой/%
Възраст	Под 30 г.	-
	31-40 г.	1/3,30
	41-50 г.	16/53,30
	51-60 г.	10/33,30
	Над 60 г.	3/10,00
Трудов стаж	До 1 г.	-
	1-5 г.	10/33,30
	5-10 г.	7/23,30
	10-20 г.	8/26,70
	Над 20 г.	5/16,70
Образователно квалификационна степен	средно-специално образование „Медицинска сестра”	1/3,30
	полувисше медицинско образование „Медицинска сестра”	18/60,00
	висше образование - специалист „Медицинска сестра”	6/20,00
	висше образование - бакалавър "Медицинска сестра"	1/3,30
	висше образование - бакалавър "Управление на здравните грижи"	1/3,30
	висше образование - магистър "Управление на здравните грижи"	3/10,00
Месторабота	УМБАЛ	9/30,00
	СБАЛОЗ	6/20,00
	Комплексен онкологичен център	15/50,00

По-голямата част от анкетираниите медицински сестри посочват, че са запознати с ранните и късни реакции от лъчелечението (83,30 %), като не се установява съществена разлика според възрастта, трудовият стаж, образователната степен и местоработата.

Малко над половината от медицинските сестри (56,70 %) посочват, че са преминали обучение за страничните реакции при лъчелечение.

Съществена разлика се установява по отношение на трудовият стаж и преминалото обучение за страничните реакции от лъчелечението ($p=0.046$) (фиг. 30).

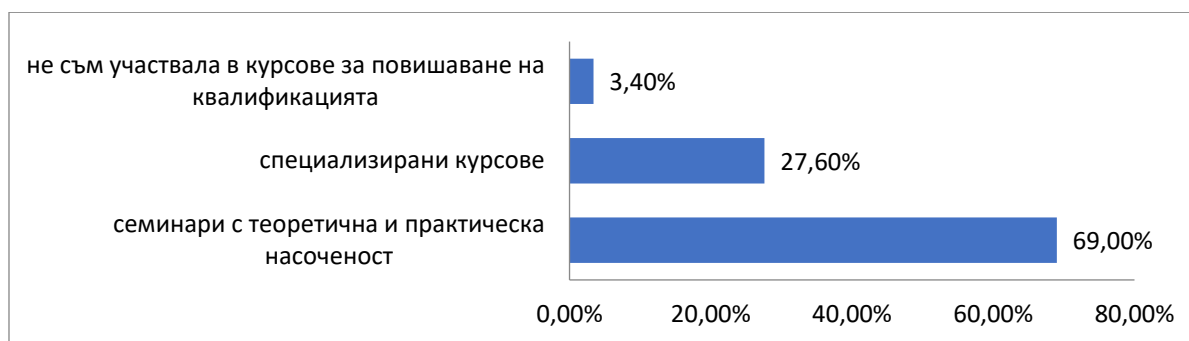


Фиг. 30. Преминали обучение за страничните реакции от лъчелечението, според трудовият стаж

От фиг.30 се вижда, че медицинските сестри с трудов стаж между 1 и 5 години в най-голяма степен са преминали обучение относно страничните реакции от лъчелечение (80%) са придобили в най-голям процент знания чрез обучение относно страничните реакции от лъчелечението, следвани от тези с трудов стаж между 10 - 20 години 62.50% и с над 20 години трудов стаж 60%. Впечатление прави, че професионалистите по здравни грижи с трудов стаж между 5 и 10 години в най-малка степен (14.30%) са се включили в организираниите обучения свързани със страничните реакции от лъчелечението.

Значителната част от анкетираниите (93,30 %) са на мнение, че е необходимо периодично повишаване на професионалните компетентности, като само 2 медицински сестри са посочили, че не могат да преценят. Полученият резултат показва, че преобладаващата част от анкетираниите са на мнение, че продължаващото обучение е необходимо и важно условие за формирането на компетенции, които от своя страна биха повишили качеството на предлаганите грижи.

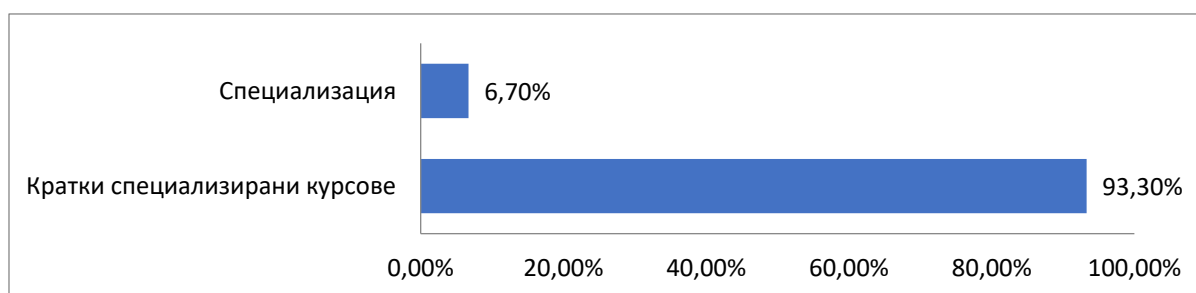
Основната форма за повишаване на професионалната квалификация, в която медицинските сестри са участвали са семинари с теоретична и практическа насоченост (69,0 %), като близо една трета (27.60%) са посетили специализирани курсове (фиг. 31).



Фиг. 31. Форми за повишаване на професионалната квалификация

Получените резултати показват желанието и мотивацията на медицинските сестри да повишават своята квалификация, за да отговарят на непрекъснато повишаващите се изисквания към нивото на подготовка на специалистите по здравни грижи. Това се потвърждава и от факта, че не е установена разлика във формите за повишаване на квалификацията, които са преминали според тяхната възраст, трудов стаж, образователно квалификационна степен и месторабота.

В допълнение на казаното до тук можем да кажем, че 93.30% от специалистите по здравни грижи подкрепят идеята за продължаващо обучение, а 86.70% посочват, че биха участвали в различни негови форми. Като най-предпочитани са кратките специализирани курсове (93.30%) и придобиването на специалност (6.70%) (фиг. 32).



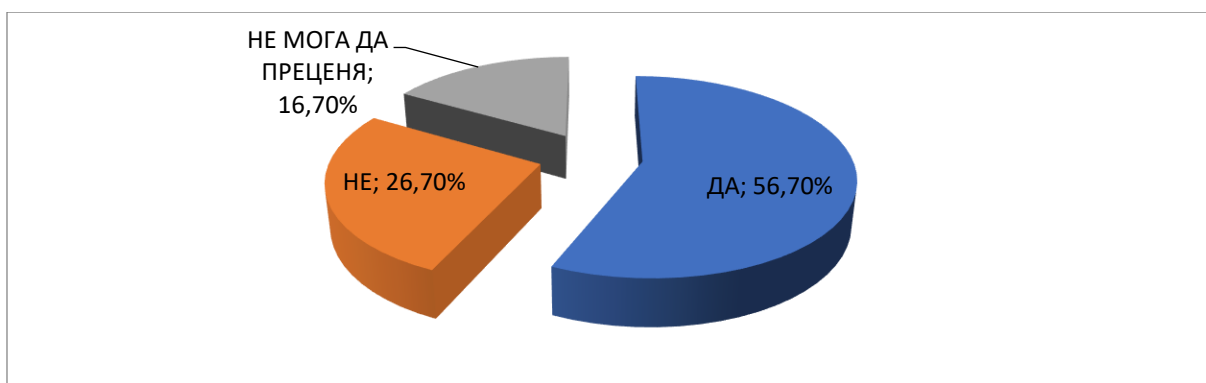
Фиг. 32. Предпочитана форма за продължаващо обучение

Голямата натовареност на респондентите, свързана с работа и семейство обосновава и тяхното предпочитание за натрупване на нови знания чрез включване в кратки специализирани курсове. Действащата в момента Наредба №1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването издадена от МЗ урежда условията и редът за провеждане на обучението. В приложение №1 към чл. 1, ал. 2 е налице възможност за придобиване на клинична специалност „Специфични грижи за пациенти с онкологични

заболявания за медицински сестри и фелдшери със срок на обучение една година [15]. От една страна работещите специалисти по здравни грижи в сферата на лъчелечението биха могли да се включат в обучението по тази специализация, но от друга страна дългия срок до голяма степен ги затруднява. Отсъствието от работа, отделянето от семейството и допълнителните финансови разходи са може би част от причините за слабият им интерес свързан с придобиване на специалност.

Значителната част от анкетираните медицински сестри посочват, че не са участвали в научни форуми (93,30 %). Само една от анкетираните е участвала активно с научни разработки, а втора като слушател. Слабият интерес на респондентите към научни форуми и различните изяви в тях би могъл да се обясни с факта, че практикуващите не отделят време и ресурс за провеждане на научни изследвания. Липсата на опит при разработване на научни съобщения дава неувереност и нежелание за участие в тях.

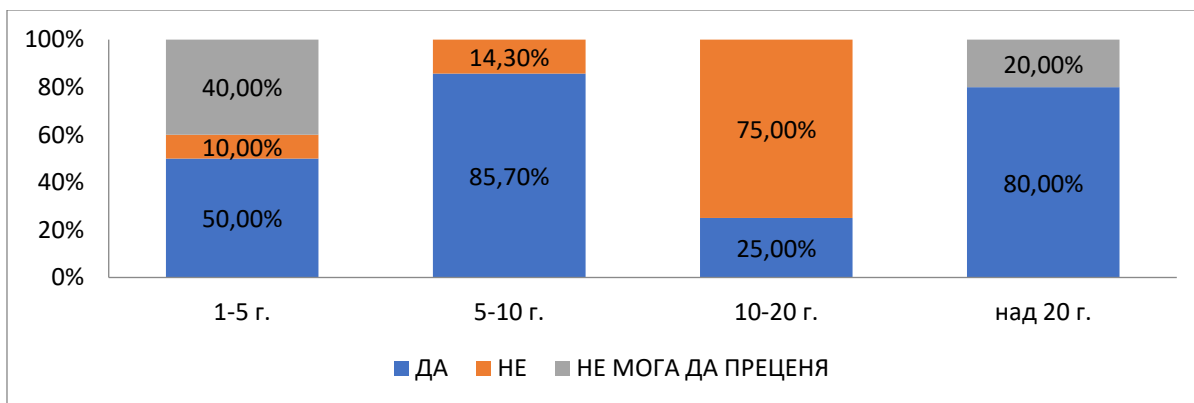
Повече от половината респонденти (56,70%) са уверени, че информацията и грижите, които се предоставят на пациентите с ранни реакции от лъчелечение са достатъчни. Една трета от анкетираните (26,70%) са на противоположното мнение. Налице е малък процент (16,70%) от медицинските сестри, които не могат преценят (фиг. 33).



Фиг. 33. Мнение на медицинските сестри за достатъчен обем на информация и грижи, предоставяни на пациенти с ранни реакции от лъчелечение

Полученият резултат е достатъчно красноречив, че независимо от добрата комуникация и предоставените грижи, все още трябва да се работи за подобряването им.

Установена е съществена разлика в мнението на медицинските сестри според стажа, относно информацията и грижите, които предоставят на пациентите с ранни реакции от лъчелечение ($p=0.005$) (фиг. 34).

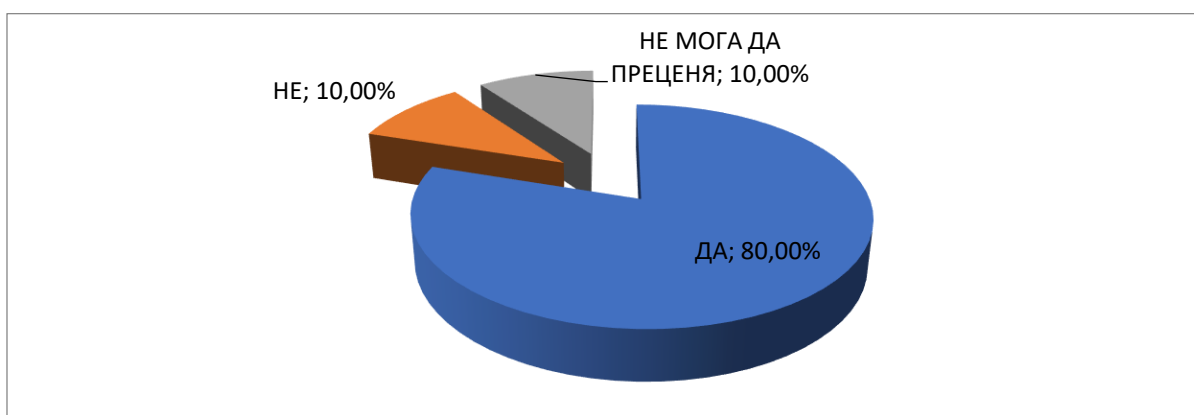


Фиг. 34. Мнение за достатъчен обем на предоставена информация и грижи на пациенти с ранни реакции от лъчелечение според трудовия стаж на медицинските сестри

Най-голям е делът (75 %) на респондентите в групата между 10-20 години трудов стаж, които считат, че предоставената информация и грижи на пациентите с ранни реакции при лъчелечение не са достатъчни.

Основната част от анкетираните специалисти по здравни грижи са на мнение, че комплексният подход при планиране на грижите за пациенти провеждащи лъчелечение е важно условие за повишаване на качеството им на живот (96,7 %).

Едва 6.70% (n=2) от анкетираните съобщават, че са били включени в екип проследяващ пациенти провеждащи лъчелечение, което е изключително лош показател и говори, че лекарите не делегират достатъчно права на специалистите по здравни грижи в процеса на лъчелечение и не ги приемат като пълноправни членове в мултидисциплинарния екип. Това се потвърждава и от резултатите получени от проведеното полуструктурирано интервю сред лекарите експерти в сферата на лъчелечението.

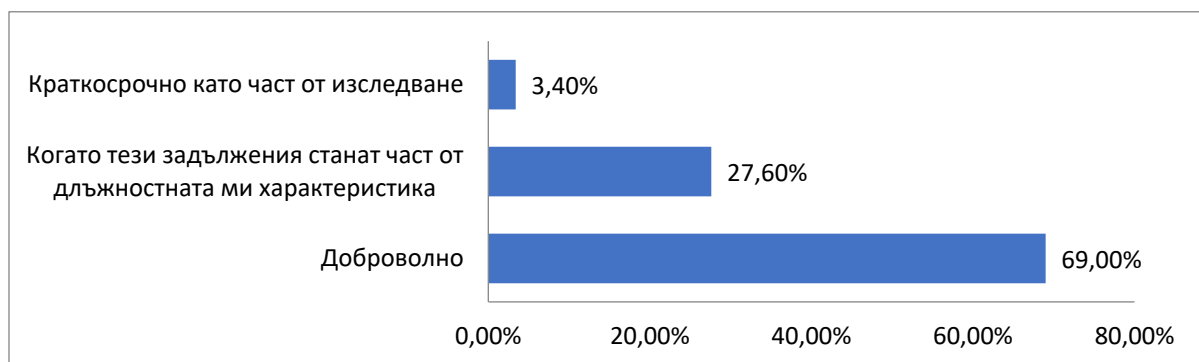


Фиг. 35. Готовност за включване в екипа за проследяване на пациенти с ранни лъчеви реакции

От фиг. 35 се вижда, че 80% от медицинските сестри заявяват готовност да бъдат част от екипа, който проследява пациенти с ранни лъчеви реакции.

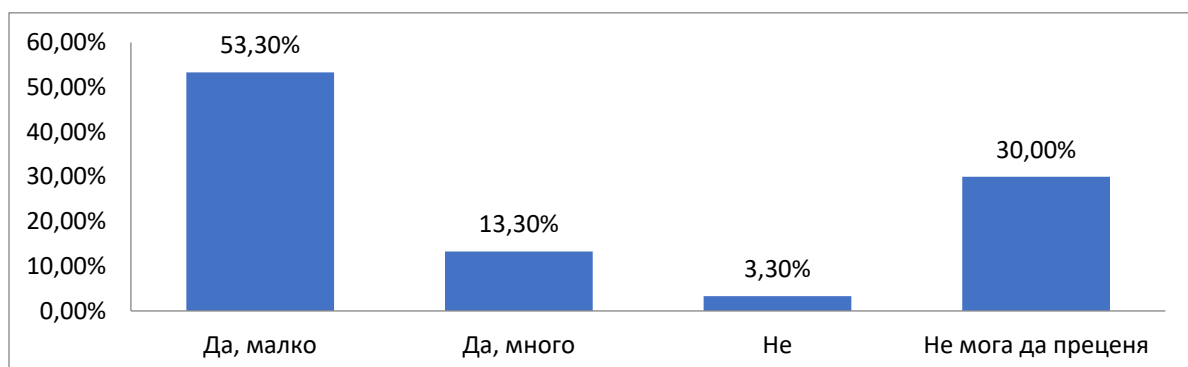
Полученият резултат потвърждава наложилите се мултидисциплинарен подход в лечението и грижата за пациенти в сферата на здравеопазването у нас и готовността на медицинските сестри да са активни участници в него.

Около две трети от анкетиранияте заявяват, че доброволно биха участвали в процеса на проследяване на пациентите провеждащи лъчелечение, 27.60 % ще го направят , ако тези задължения станат част от длъжностната им характеристика и само 3.40% ще проследяват пациентите с краткосрочна цел, като част от проучване (фиг. 36).



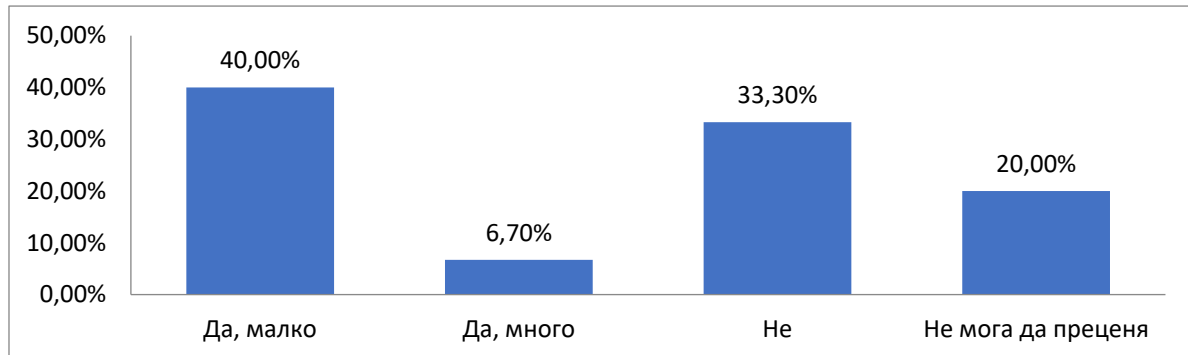
Фиг. 36. Условия за участие на медицинската сестра в проследяване на пациенти провеждащи лъчелечение

По-голямата част от респондентите (66,60 %) са на мнение, че проследяването на ранните лъчеви реакции при пациентите провеждащи лъчелечение ще натоварят допълнително работният им график (фиг. 37).



Фиг. 37. Мнение на медицинските сестри за натоварване на работния им график при проследяване на пациенти с ранни лъчеви реакции

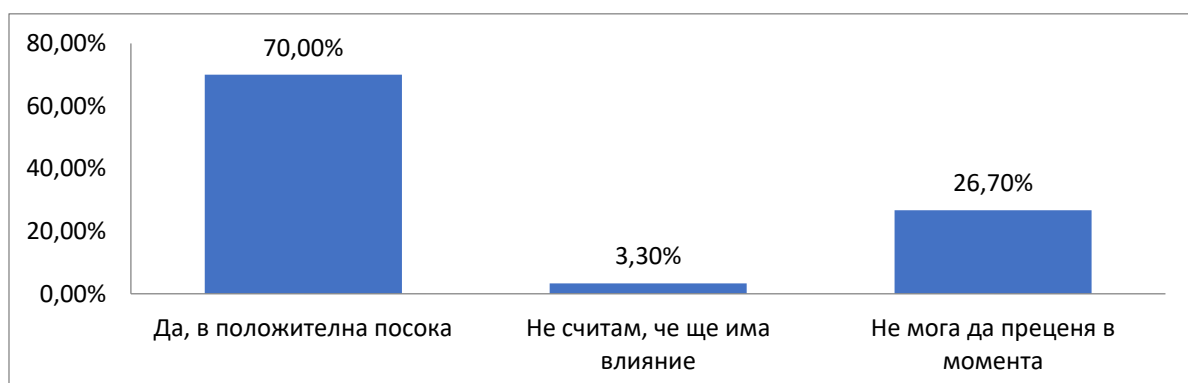
Близо половината (46,70 %) медицински сестри споделят, че работата с пациенти провеждащи лъчелечение и тяхното проследяване би натоварило психо-емоционалното им състояние, а една трета са категорични, че не би им въздействало (33.30%) (фиг. 38).



Фиг. 38. Мнение на медицинските сестри за натоварване на психо-емоционалното им състояние при работа с пациенти, провеждащи лъчелечение

Един от нерешените проблеми в сферата на здравеопазването у нас е липсата на кадри (медицински сестри), което води до свръхнатоварване и психоемоционално изтощение на работещите. Това прави чувствителни специалистите по здравни грижи по въпроси свързани с тяхното допълнително натоварване. Получените резултати от това изследване само потвърждават притесненията на респондентите, че включването на нови задължения в тяхната ежедневна работа би имало натоварващ ефект.

Значителна част (70 %) от специалистите по здравни грижи считат, че ако медицинската сестра участва в проследяването на пациенти провеждащи лъчелечение това ще спомогне за персонализиране на здравните грижи в положителна посока (фиг. 39).



Фиг. 39. Мнение на медицинските сестри, относно участието им в проследяване на пациенти, провеждащи лъчелечение, с цел персонализиране на грижата

Според 86,70 % от медицинските сестри, пациентите ще се чувстват по-спокойни когато бъдат проследявани по време на лъчелечението и от медицинската сестра, която полага грижи за тях. В процеса на комуникация, на планиране и предоставяне на грижа медицинската сестра влиза в тесни професионални взаимоотношения с пациента и неговото семейство. Това дава възможност тя да получи богата информация за здравните потребности на болния, да планира всяка една от своите дейности и по този начин да персонализира здравната грижа. Всичко това от една страна, води до повишаване качеството на полаганите грижи, а от друга страна до удовлетворение и чувство на успокоение у пациента и близките му.

3.4. Мнение на експертите относно включване на медицинската сестра в мултидисциплинарният екип, оказващ грижа при пациенти с ранни лъчеви реакции

Мнението на експертите е изследвано сред 15 лекари, които работят в изследваните структури по лъчелечение. Средната възраст е 41.8 г. \pm 11.1 г. (28 – 60 г.), като средни трудов стаж е 16.5 г. \pm 12.3 г. (2 – 38 г.). С придобита специалност са 53.3 % (n=8) от лекарите, като останалите 7 в момента на интервюто са специализанти по лъчелечение.

От всички анкетирани експерти само един е посочил, че базовото образование на медицинската сестра е достатъчно да за проследява пациентите за ранни лъчеви реакции. Всички останали са на мнение, че е необходима допълнителна квалификация основно под формата на специализирани курсове за да може медицинската сестра да изпълнява тези задължения. Задължително базово образование и продължаващо обучение, под формата на обучителни курсове за оценка степента, тежестта и значимостта на възможните реакции. Специализацията би отговорила на въпроси за причините и механизмите за развитие на лъчеви реакции, времето на възникване, степента и значимостта им, както и нуждата от медикаментозно лечение.

Всички лекари са на мнение, че специализацията за медицинската сестра в сферата на онкологията и лъчелечението би се отразила положително върху нейните професионални компетентности. Разпознаване на ранните реакции и адекватно поведение под контрола на лекуващ лекар са изключително важни за крайния успех. Добре обучената медицинска сестра предоставя психо-емоционална подкрепа помощ в обслужването, помощ в храненето, справяне с болката. Предвид увредеността на пациентите с онкологични заболявания, медицинската сестра профилирана в онкологията и лъчелечението е с високи, всеобхватни професионални компетентности.

При изследването на мнението на лекарите относно мястото на комплексният подход за специализирани грижи при пациенти провеждащи лъчелечение се установи, че 60.0 % нямат ясна представа какво точно представлява комплексния подход в грижите за болния. Останалите 40.0 % (n=6) посочват, че в основата му стои екипната работа и непрекъсната комуникация. Според тях комплексният подход би оказал оптимален резултат, ако се прилага адекватно, с

желание от персонала и при налични ресурси от страна на клиниката и болницата. Основните фактори, които биха затруднили създаването и функционирането на комплексния подход в грижите за болния са:

- проблеми при проследяването, недобра колаборация и неточно отчитане на промените;
- нередовно проследяване, неправилно поднесена информация и липса на комуникация;
- липса на ресурси и желание;
- липса на време, добра организация и знания;
- липса на желание на пациента да съдейства в целия процес на лечение.

Трима от лекарите нямат конкретно мнение по въпроса къде биха могли да се предлагат специализираните грижи в болнична и/или извънболнична помощ. От друга страна 33.3 % (n=5) са на мнение, че специализирани грижи могат да се предлагат както в болничната, така и в извънболничната помощ. Останалите експерти са категорични, че подобен род грижи могат да се предлагат с най-голяма ефективност в болнични условия.

Мнението на експерт №3 *„Наблюдава се необходимост от комплексен подход при грижата за онкологично болни пациенти, провеждащи лъчелечение. Необходимо е следене от различни специалисти в зависимост от локализацията на онкологичното заболяване и съответно третираната зона. Специализираните грижи може да се осъществяват както в болнична среда, така и в амбулаторни условия в зависимост от степента на тежест на оплакванията. Наличието на специалисти от различни области е необходимост при комплексен подход.“*

Според експерт № 4 *„Комплексният подход е изключително важен. Медикаментозната терапия, заедно с рехабилитация и психоемоционална подкрепа са еднакво важни за крайния ефект. Много често при пациенти с карцином на млечна жлеза се провежда аксиларна лимфна дисекция. Негативно при тази интервенция е лимфодема, от който пациентите страдат. Те трябва да бъдат обучени да провеждат различни упражнения с цел намаляване възможността за поява на лимфодем. Важна част заема персонализираната грижа. Медицинската сестра трябва да е запозната точно със заболяването, стадия, проведеното лечение до момента на възможен риск и усложнения. Но тези специализирани грижи би трябвало да са част от болничната помощ. Така ще бъде полезно за пациентите.“*

Според експерт № 6 *„Участието на медицински сестри в разясняването на пациента за страничните ефекти и лъчевите реакции от лечението ще създаде комфорт и търпение в хода на лечението. Комплексен подход в лечението на пациентите ни се предлага и в момента. То включва колаборация между колеги от различни специалности, най-често: УНГ, онколог, хирург, хематолог и гинеколог. Специализирани грижи могат да се предлагат в специализирани за това отделения.“*

Според експерт № 8 „Комплексния поход води до индивидуализирано лечение, което то своя страна подобрява качеството и резултатите в лечението на пациентите. Мултидисциплинарният екип включва различни специалисти с онкологична насоченост. Комплексния подход включва колаборация между мултидисциплинарния екип с оглед взимане на индивидуализирано решение за лечение. Включва обучение на пациента, профилактика, ранно регистриране, лечение, проследяване на възникналите реакции. Ранното диагностициране на лъчевите реакции и приложеното лечение предотвратява усложненията, позволява провеждане на лъчелечението в пълен обем, подобрява козметичните и клиничните резултати. Липса на колаборация между мултидисциплинарния екип, липса на съдействие от страна на пациента би затруднило функционирането на този комплексен подход.“

Само 33.3 % от анкетираните посочват, от кои специалисти е изграден мултидисциплинарния лъчетерапевтичен екип и това са – лекар, рентгенов лаборант, медицинска сестра и физик, които трябва да имат добра координация помежду си.

Само двама експерти са на мнение, че ролите и задачите на различните доставчици на медицински дейности в момента не са разпределени.

Мнение на експерт № 3 „Мултидисциплинарният екип обгрижващ пациенти с лъчеви реакции, включва специалисти от различни области. Необходима е непрекъсната комуникация между тях.“

Според експерт № 4 “Мултидисциплинарният подход е базиран на всеотдайна екипна работа. Консултацията между лекари от различни специалности е изключително важна. В центровете където се прилага мултидисциплинарният подход се постигат по-успешни резултати в лечението и проследяването. В зависимост от локализацията в екипа се включват различни специалисти. Например при пациенти с карцином на глава и шия се включват УНГ ЛЧХ, ЛЛ, ХТ. Обсъждането води до вземане на общи решения, скъсяване „пътя“ на пациента, адекватна оценка и контрол на пациента.“

Според експерт № 6 „В процеса на лечение участват: лекари-лъчетерапевти, рентгенови лаборанти, медицински сестри и медицински физици. Работата между тях е строга разпределена и в непрекъсната връзка по време на сутрешен рапорт, визитации и в хода на работния ден. Всяка промяна в състоянието на пациента се докладва на дежурния лекар от мед. сестра или рентгенов лаборант.“

Изследването на функциите, които трябва да притежава медицинската сестра в проследяването на ранни лъчеви реакции при пациенти провеждащи лъчелечение, показва, че според двама от експертите проследяването се извършва само от лекарите, докато останалите посочват, че пациентите се проследяват както от лекаря, така и от медицинската сестра. От друга страна всички лекари са на мнение, че проследяването на ранните лъчеви реакции, може ли да бъде включено във задълженията на медицинската сестра.

Според експертите ранните лъчеви реакции, които могат да бъдат функция на проследяване от медицинска сестра са кожни, хематологични и гастроинтестинални, като според експерт № 5 „Медицинските сестри могат да проследяват „ранни реакции от страна на кожа и лигавица на устната кухина, кожна реакция по други части на тялото, ранни реакции от страна на храносмилателната и отделителната система, ранни реакции при торакално облъчване. Общо взето медицинските сестри с достатъчно опит и знания, могат да проследяват всяка една от ранните реакции при лъчелечение“. Проследяването на ранните лъчеви реакции може да варира от веднъж седмично до ежедневно в зависимост от степента и тежестта на лъчевата реакция. Според всички лекари проследяването включва преглед на пациента.

Според експерт № 4 проследяването е „Физикален преглед (оглед на тялото) и разговор с пациента за установените ранни реакции. По този начин би се получила пълна информация във времето за ранни лъчеви реакции.“

Според експерт № 5 е „Анамнеза, основен статус, наблюдение на развитието на реакциите, наблюдение на лечението и отишумяването на реакциите“.

Според експерт № 8 е „Регистриране, оценка степента на възникналата реакция, оценка динамиката на развитие по време на облъчване и след прилагане на медикаментозна терапия при показания“, а според експерт № 11 е „Проследяване на състоянието на пациента и появата на ранни лъчеви реакции. Даване на съвети за добра хигиена и определена диета по време на ЛЛ“.

Регистрирането на проследяването се извършва в ИЗ или протоколи със снимков материал и в сестрински журнални рапорти, като контрола върху дейността на медицинската сестра се осъществява както от лекар - специалист, така и от лекар – специалист.

Според експерт № 6 “Проследяването на пациентите се осъществява от лекар лъчетерапевт или специалист. Ранните лъчеви реакции в областта на глава и шия може да се наблюдават и от мед. сестри, което задължително се съгласува с лекар. Проследяването се извършва ежедневно. При наличие на нетипични реакции, се обсъжда лечението от дежурния и лекуващият лекар в отделението. Отклоненията се записват в ежедневния статус на пациента от мед. документация. Контрола върху дейността на мед.сестра се осъществява от старшата сестра в отделението.“

Основните препоръки, които експертите дават за подобряване на грижата при пациенти с ранни лъчеви реакции са:

- редовно проследяване, профилактика, грижи за кожата, спазване на ХДР;
- необходимост от навременен контрол, редовно регистриране на лъчевите реакции, при необходимост допълнителни консултации със специалисти от съответната област за допълващо лечение;

- провеждане на регулярни обучения на персонала относно ранните реакции – кога, как възникват; подпомагане на по-късното проявяване на ранните реакции. С повече внимание и повече директно наблюдение на пациента, също би се подобрила грижата. По-добра грижа биха имали също и при осигуряване на напълно безплатни медикаменти, с които да повлияват ранните реакции;
- непрекъсната комуникация;
- веднъж седмично оценка на РЛР – където е необходимо и по-често. Даване на съвети за грижа за кожата, лигавиците, прилагане на определена диета преди започване на лечението. Информирание на пациента каква промяна може да очаква

3.5.Разработен и апробиран е алгоритъм за оценка на ранните лъчеви реакции при пациенти на лъчелечение

Алгоритъмът за оценка на ранните лъчеви реакции при пациенти с карцином на млечна жлеза и карцином в областта на глава и шия провеждащи лъчелечение включва:

- специализиран въпросник за определяне качеството на живот;
- лист за проследяване на ранните лъчеви реакции (кожа и лигавица).

Наблюдението се проведе в рамките на шест месеца, в него се включиха 63-ма пациенти от Клиника по лъчелечение на УМБАЛ „Св. Марина“-ЕАД гр. Варна.

При пациентите с карцином на млечна жлеза продължителността на лъчелечението е 6 седмици, а при пациентите с карцином на глава и шия е 8 седмици.

Проследяването и оценката на пациентите с карцином на млечна жлеза и карцином на глава и шия започва от първия ден на лъчелечението, когато се попълва *въпросник за оценка на КЖ* (Приложение №2).

В първата седмица от лъчелечението се прави оценка на симптомите и реакциите на пациентите по определена скала, в *лист за проследяване* на ранните лъчеви реакции, представена на табл. 4 и табл. 5. В следващите срещи, които се провеждат веднъж седмично се извършва наблюдение и проследяване на пациентите, въз основа на тяхната субективна оценка за състоянието им и обективна такава от медицинската сестра в полето на облъчваната зона. Получените резултати от целия период на наблюдение се нанасят в листа за оценка и проследяване на реакциите.

Сестринската интервенция, е допълнение към стандартните сестрински грижи в клиниката по време и след приключване на курса на лечение. Включени са следните елементи: индивидуална информация и обучение относно лъчелечението и страничните му ефекти. Обучението започва от първото посещение на болния в клиниката преди започване на процедурите. Предоставена е информация въз основа на индивидуалните нужди на пациента,

по време на лечението и периода на проследяване. При всяко посещение се направи оценка на потребностите, свързани с обективното му състояние.

В началото на оценката и проследяването на пациента провеждащ лъчелечение, започва неговото обучение за:

- симптомите и за страничните ефекти от лечението;
- предоставена е подкрепа, дават се насоки за самообслужване, отнасящи се до това, което самият той може да направи, за да предотврати, облекчи или сведе до минимум страничните ефекти;
- оказана е психологическа подкрепа за справяне с емоционални реакции като тревожност, депресия и несигурност.

В зависимост от нуждата на пациентите, медицинската сестра предоставя актуализирана информация относно лечението и страничните ефекти. Това включва практически съвети как да се поддържа естествената цялост на кожата по време на лечението, за да се предотврати или сведе до минимум появата на радиационно-индуцирани ефекти и да се намали дразненето. В края на лечението, при необходимост пациента се насочва към други медицински специалисти.

Чрез листа за оценка и проследяване се оценяват пет основни симптома, като най-съществена е болката. Лъчевата реакция започва около 2-та седмица от началото на лъчелечението и постепенно се увеличава, като отшумяването ѝ настъпва около 4-та седмица след спиране на терапията. Патогенезата на болката при лъчелечението е сложна и е свързана не само с директното увреждане на тъканите от йонизиращото лъчение, но и е предизвикана от различни цитотоксични реакции. Отрицателното въздействие на болката върху качеството на живот е безспорно, намалява толерантността на пациентите към лечението и може да повлияе на спазването на терапевтичния режим или да доведе до прекратяване на терапията. Начинът, по който пациентът възприема появилите се симптоми е от съществено значение за ефективното им лечение [98, 153]. Възприеманата сериозност на симптома и очакванията на пациента за това, какво може да се направи за облекчаването му също влияят на оценката за качество му живот. Всичко това влияе върху резултатите и изхода от лечението. Следователно подходящото управление на болката играе съществена роля в цялостният резултат от лъчелечението по отношение на толерантността на пациентите към него и тяхното качество на живот (табл. 3).

Табл. 3. Оценка на пациентската симптоматика

Симптоми	Няма	Лека	Умерена	Силна
Имате ли чувствителност, дискомфорт или болка на кожата си в зоната на лечение?	1	2	3	4
Сърби ли ви кожата в зоната на лечение?	1	2	3	4
Имате ли усещане за парене на кожата си в зоната на лечение?	1	2	3	4
Кожата в третираната зона усеща ли топлина?	1	2	3	4
До каква степен вашата кожна реакция и вашите симптоми са повлияли на ежедневните ви дейности?	1	2	3	4



Фиг. 40. Управление на болката според препоръките на СЗО в изследваната от нас структура по лъчелечение

СЗО (1986) препоръчва общоприети насоки за лечение на болката, включващи тристепенна аналгетична стълба, при която интензивността на аналгетичното лечение е съобразено с индивидуалните нужди на пациента [282]. Първото стъпало включва прилагането на неопиоидни медикаменти. Повишаването на болката води до преминаване на второто стъпало и включване на лек опиоид. Силната болка може да бъде облекчена със силни опиоиди – трето стъпало. Тези насоки се прилагат за управление на болката и в изследваната от нас структура по лъчелечение (фиг. 40).

Мониторингът и контрола на болката трябва да бъдат приоритети при пациентите, провеждащи лъчелечение. Въпреки това ефективното управление на болката продължава да бъде проблем в световен мащаб, като често е резултат от множество фактори [58, 177, 283].

Най-забележимо подобрение в контрола на болката е постигнато, когато интервенциите включват ежедневна оценка, обучение на пациентите и лечение [46, 90, 267].

Използването на прост и спестяващ времето подход за ежедневна оценка на болката, причинена от лъчелечението е свързано с бърза медицинска намеса и ефективен контрол. Екипният подход е важен и ролята на медицинската сестра е от съществено значение в този процес.

В тази насока са изработените и предлагани в процеса на оценка и проследяване практически съвети към пациенти с кожни и лигавични реакции. Предоставянето на съвети от медицинската сестра подпомага пациента в грижата за кожата и лигавицата в домашна среда, което оказва благоприятно влияние на появилите се ранни лъчеви реакции, в това число и болката.

Дерматитът е другият симптом, който е включен в процеса на оценка и проследяване, тъй като по-голямата част от пациентите, провеждащи лъчелечение развиват лъчево-индуциран дерматит по време или след курса на лечение с различни последици върху качеството им на живот. Обикновено първите прояви са след около две седмици от началото на лъчелечението.

Понастоящем няма консенсус относно подходящото лечение на това състояние. Следователно има спешна нужда от повече знания, за да се гарантира набор от налични терапевтични възможности за лечение на лъчево-индуцираният дерматит [172]. Последните данни сочат, че продуктите за локално приложение могат да се използват за защита и насърчаване на възстановяването на тъканите при пациенти с лъчев дерматит [100].

Към момента не е разписан стандарт за грижа за кожата при пациенти провеждащи лъчелечение. Всяка структура по лъчелечение има разработени собствени протоколи за грижа за кожата, които пациентите да следват по време на терапията.

Могат да се направят някои основни препоръки, съгласно насоките на Международната асоциация за поддържащи грижи при карцином (MASCC) [203], според които пациентите трябва да носят широки дрехи, да използват електрически самобръсначки, да избягват козметични продукти, излагане на слънце или екстремни температури [260].

На фиг. 41 са представени основните стъпки за контрол на дерматита, който е разгледан в три степени лека, умерена и тежка. За всяка една от степените на изява на този вид ранна лъчева реакция са предложени конкретни съвети, които пациента получава в процеса на оценка и проследяване. При леката степен на дерматит практическите съвети са насочени към поддържане на добра лична хигиена, избягване на дразнещи кожата тъкани и продукти и др. Ако пациента е с умерена степен на проява на дерматита всички съвети от първото стъпало остават в сила, но се препоръчва третирането на засегнатия участък с хидратиращи продукти и леки стероидни препарати. При изява на дерматита в тежка степен, освен всичко казано да тук

се назначава медикаментозна терапия от лекуващият лекар, включваща стероиди, антибиотици и противогъбични средства.



Фиг. 41. Алгоритъм за управление на дерматита при пациенти на лъчелечение

Изследване доказва, че при по голяма част от пациентите получаващи перкотанно лъчелечение е вероятно в известна степен да се появи дразнене на кожата. Рутинната оценка с помощта на стандартизиран инструмент е от важно значение за управлението на кожните реакции. По препоръка на лекуващия лекар пациентите могат да използват продукти, както и да продължат с обичайните си практики за грижа за кожата. Третираната кожа в зоната на облъчване трябва да бъде предпазена от топлина, студ и стегнато облекло. Медицинските сестри са от съществено значение за подпомагане на пациентите да се справят с кожните реакции и да извършват обичайните дейности.

За усещането за парене и топлина в зоната на третиране на кожата не се предприемат конкретни мерки. В повечето случаи тази симптоматика отшумява сама след приключване на лъчелечението (табл. 3).

Еритемата не носи тежест за пациента и подлежи само на проследяване и оценка. Препоръчва се спазване на първа стъпка от алгоритъма за контрол на дерматита.

При сухата десквамация се препоръчва на пациентите да следват втора стъпка от алгоритъма на управление на дерматита. При екземата се наблюдава риск от нарушаване на целостта на кожата, при което се препоръчва употребата на стероидни локални препарати, хидратиращи продукти, всички насоки за пациентите от втората стъпка за контрола на дерматита (фиг. 41).

В изследване направено от Suresh et al. (2018) се установява, че влажна десквамация възниква при приблизително 36 % от пациентите, получаващи лъчетерапия и е свързана с тежка резистентна към опиоиди болка и дискомфорт [254].

В проведено изследване от Fowble et al. (2016) не се препоръчва използването на вазелин или препарати на вазелинова основа. Препоръчва се използването на препарат на основата на 5 % разтвор на хлорхексидин за почистване на раната [107].

При влажната десквамация се препоръчва спазването на насоките от третата стъпка на алгоритъма за контрола на дерматита (фиг. 44). За обработка на раната се използва хидрофилна превръзка със сребърни йони и незалепваща хидроколоидна превръзка. Те се сменят на всеки 24 до 48 часа в активната фаза на влажната десквамация. Заздравяването обикновено настъпва за 3 до 4 дни, но лечението на раната трябва да продължи, докато заздравее напълно и този процес може да отнеме до 3 седмици.

На табл. 4 е представена обективната оценка, която извършва медицинската сестра при проследяване на ранните лъчеви реакции, които са: еритема, суха десквамация, екзема, влажна десквамация и орален мукозит.

Табл. 4. Професионална оценка на реакциите

Реакция	0	1	2	3	4
Еритема	Нормална кожа	Розово	Червено	Наситено червено	Тъмно червено към лилаво
Суха десквамация	Нормална кожа	< 25 %	25 % - 50 %	50 % - 75 %	75 % - 100 %
Екзема	Нормална кожа	Лека	Умерена	Тежка	
Влажна десквамация	Нормална кожа	< 25 %	25 % - 50 %	50 % - 75 %	75 % - 100 %
Некроза	Нормална кожа	< 25 %	25 % - 50 %	50 % - 75 %	75 % - 100 %
Орален мукозит	Нормална лигавица	безболезнени язви, оток или лека болезненост	болезнен еритем, оток или язва, но се храни	болезнен еритем, оток или язва, но не може да се храни	парентерално или ентерално хранене

На фиг. 42 е представено овладяването на друг сериозен проблем при пациенти провеждащи лъчелечение, а именно оралният мукозит, разгледан в три степени: лек, умерен и тежък. При пациенти с лека степен на орален мукозит се дават съвети за поддържане на

хигиена на устната кухина, спазване на подходящ хранителен режим и козметични продукти. При развитие на умерена степен на орален мукозит се назначават хидратиращи продукти и леки стероидни препарати. В тежката степен на оралния мукозит се изписват от лекуващият лекар стероиди, антибиотици и противогъбични препарати.



Фиг. 42. Алгоритъм за управление на оралния мукозит при пациенти на лъчелечение

Лъчево индуцирания орален мукозит (RIOM) е основна ограничаваща дозата токсичност при пациенти с карцином на главата и шия. Това е тъканно увреждане, причинено от ЛЛ, което има изразени неблагоприятни ефекти върху качеството на живот на пациента и непрекъснатостта на терапията на онкологичното заболяване. Явява се предизвикателство за лъчетерапевтите, тъй като може да доведе до прекъсване на терапията на онкологичното заболяване, лош локален контрол на тумора и промени във фракционирането на дозата. RIOM се среща при 100% от пациентите с карцином на главата и шия провеждащи фракционирано лъчелечение [94, 144, 270].

Проучванията показват [144, 271], че тежък орален мукозит се наблюдава при 29-66% от всички пациенти, получаващи лъчева терапия за карцином на глава и шия. Честотата на орален мукозит е особено висока при пациенти, които са:

- а) с първични тумори в устната кухина, орофаринкса или назофаринкса;
- б) получили съпътстваща химиотерапия;
- в) получили обща доза над 50 Gy;
- г) били лекувани с алтерниращи режима на фракционирано облъчване.

Лечението на орален мукозит може да бъде разделено на следните раздели: контрол на болката, хранителна подкрепа, орална деконтаминация, облекчаване на сухотата в устата, лечение на орално кървене и терапевтични интервенции за орален мукозит.

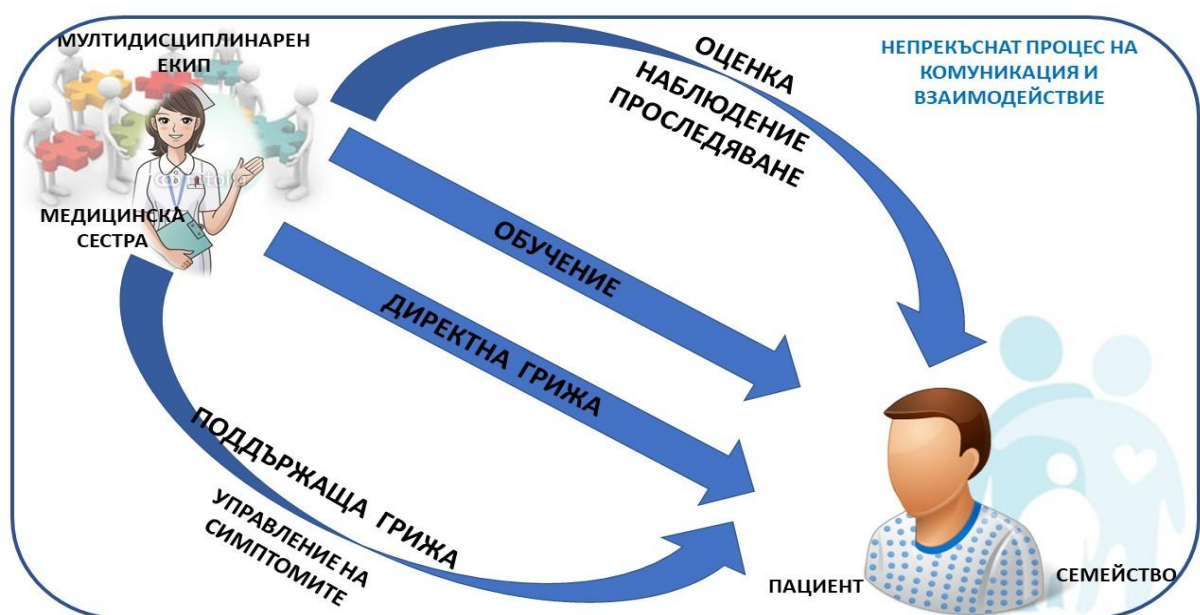
Най-честият симптом на орален мукозит е болката. Болката значително влияе върху хранителния прием, грижата за устата и качеството на живот. По този начин управлението на болката при мукозит е основен компонент на всяка стратегия за управление на мукозит. В допълнение към употребата на локални средства, повечето пациенти с тежък мукозит се нуждаят от системни аналгетици, често включително опиоиди, за задоволително облекчаване на болката.

Трансдермалните опиоиди могат да бъдат използвани, когато пациентите не са в състояние да приемат лекарства през устата [147].

Храненето е от изключително значение за овладяването на оралния мукозит. Също така значителното му намаляване може да се постигне чрез подходящи мерки за поддържане на добра устна хигиена.

3.6. Модел на сестринска грижа при пациенти с ранни лъчеви реакции

Проведеното изследване за оценка и проследяване на пациенти с ранни лъчеви реакции и получените резултати ни даде основание да разработим и предложим Модел на сестринска грижа при пациенти с ранни лъчеви реакции и да изведем практически съвети за тяхното овладяване.



Фиг. 43. Модел на сестринска грижа при пациенти с ранни лъчеви реакции

Разработеният авторски модел на сестринска грижа бе апробиран сред 63 пациенти провеждащи лъчелечение на карцином на млечна жлеза и карцином в областта на глава и шия. Изследването е проведено в Клиниката по лъчелечение на УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна в периода м. октомври 2021 г. – м. април 2022 г. В него е използван въпросник FACT – G за оценка качеството на живот на пациенти с карцином на млечна жлеза и с карцином в областта на главата и шията в началото и в края на провежданото лечение. Осъществено е наблюдение, проследяване и оценка от медицинската сестра на пациенти с ранни кожни и лигавични реакции, чрез попълване на лист веднъж седмично, а при необходимост и по-често.

Клиниката по лъчелечение на УМБАЛ „Св. Марина“ Варна беше подбрана за апробиране на модела на пациент центрирана грижа, тъй като разполага с една от най-съвременните апаратури за провеждане на лъчелечение при различни видове карциноми. През нея преминават голям брой пациенти с разнообразна нозология. Обезпечена с необходимия кадрови ресурс от лекари и медицински сестри. Работещите в клиниката специалисти по здравни грижи имат богат практически опит, дългогодишен трудов стаж и солиден запас от знания и умения за планиране и прилагане на качествени здравни грижи.

Моделът на сестринска грижа при ранни лъчеви реакции включва няколко основни елемента - пациента, неговото семейство, медицинска сестра и всички останали членове на мултидисциплинарния екип.

Чрез модела се цели да се подчертае ключовата роля на медицинската сестра практикуваща в клиника по лъчелечение, която се явява важен член от интердисциплинарния лъчетерапевтичен екип. Тя е координатор, технически изпълнител на редица дейности, извършва наблюдение и проследяване на пациенти провеждащи лъчелечение и осъществява непрекъснатата връзка с всеки един от членовете на лъчетерапевтичния екип. Нейната основна роля и произтичащите от това функции са свързани с организацията и планирането на сестрински грижи при пациенти провеждащи лъчелечение и главно с появата и проследяването на някои ранни лъчеви реакции. По този начин се гарантира индивидуализиране на грижата за болния, с цел повишаване качеството му на живот.

За да се гарантира осигуряване на пациент центрирана грижа при болни с ранни лъчеви реакции, фокусът е поставен върху всяка една от дейностите и грижите, които медицинската сестра извършва.

Преди започване на лъчелечението медицинската сестра събира информация за осведомеността на пациента и семейството му за болестта и лечението ѝ, фамилна анамнеза, оценява нивото му на здравна култура. Тя се запознава с планът за лечение и е наясно с очакваните резултати и възможните усложнения. На този етап най-важната част от здравните

грижи е извършването на **оценка** на физическото и емоционалното състояние на болните с карцином на млечна жлеза и карцином в областта на глава и шия.

- Оценяването се извършва чрез използване на въпросник за оценка качеството на живот *FACT – G* (Приложение №2), състоящ се от 5 групи въпроси с различна характеристика, насочени към конкретната локализация на карцинома (*FACT – B* при пациенти с карцином на млечна жлеза и *FACT – N&H*, при пациенти с карцином на глава и шия). Въпросниците се използват при всеки конкретен пациент два пъти - в началото и в края на провежданото лъчелечение.
- Наблюдението и проследяването на субективните оплаквания и обективното състояние на пациента се извършва веднъж седмично, а при необходимост и по-често чрез използване на *лист за проследяване на ранните лъчеви реакции на (кожа и лигавица)* (Приложение №3). От съществено значение е получената информация от всяко наблюдение да бъде подробно отразена в него. Листа е собствена разработка, който служи за оценка на ранните кожни и лигавични реакции на пациента.

Цялата събрана информация от въпросника и листа за наблюдение дава възможност на медицинската сестра да планира дейности и конкретни грижи, на всеки един от етапите на провежданата терапия, свързани с физическия и психо-емоционалния комфорт на пациента.

Следващият етап в модела е провеждане на **обучение** на пациента и семейството му. Кое е необходимо да започне преди ЛЛ, да продължи по време на нейното провеждане и след нея. Целите на подобен род обучение са:

- подпомагане на пациента да се приспособи към лечението;
- да запознае пациента с възможностите от поява на странични ефекти в резултат на лъчелечението;
- да предложи насоки относно разпознаването и контролирането на страничните ефекти от провежданото лечение;
- да се насърчава поведение за самообслужване, което да намали появата на странични ефекти и евентуални усложнения;
- насоки за стриктно спазване на назначената лекарствена терапия от лекаря.

Обучение може да се осъществява чрез ежедневни срещи, беседи, предоставяне на изготвени информационни брошури и използване на различни технически средства – по телефон или електронна поща. За правилното изпълнение на **оценката и обучението** се явява взаимодействието между медицинската сестра, пациента, семейството му и останалите специалисти от мултидисциплинарния екип, за да се планират по-нататъшните етапи в модела, свързан с пациент центрираната грижа.

На следващият етап от модела, на базата на наблюдението и проследяването на пациента, се планира **директната грижа** включена в хода на лечение и след него, която е представена схематично по следния начин:

➤ След първата среща на пациента с лъчетерапевта, медицинската сестра да установи, какво той е разбрал от обяснението на лекаря, въз основа на което:

- при необходимост да предостави на пациента допълнителна информация от тази, която е получил от лекаря;

- да направи оценка на качеството на живот и при наличие на чувство на безпокойство и страх у пациента да го подпомогне, чрез предоставяне на стратегии за намаляване им.

➤ След проведения планиращ скенер (симулация):

- да обясни целта и необходимостта от процедурата на симулацията, а именно изготвянето на индивидуалният план за облъчване, необходимостта пациента да възпроизведе същата имобилизация при всяка една от последващите процедури, да съхранява правилно поставените знаци на тялото си;

- да даде насоки за справяне с евентуални негативни преживявания на пациента от проведената симулация.

➤ В първия ден на лечението:

- да обясни страничните ефекти, които е възможно да се появят, и да се представят възможностите за справяне с тях;

- да обясни времевата рамка на лечението и при евентуална необходимост, как да се свърже с медицинската сестра или лекуващия лекар.

➤ Веднъж седмично по време на курса на лечение:

- чрез попълване на лист за проследяване на ранните лъчеви реакции на (кожа и лигавица) да оцени наличието им;

- да обсъди с пациента психо-емоционалното му състояние;

- да обсъди с пациента настъпилите усложнения до момента и да разясни необходимостта и характера на планираните сестрински интервенции.

➤ В последния ден на лечението:

- да разясни на пациента, какво може да изпита след приключване на лечението и колко дълго е вероятно страничните ефекти да продължат;

- да направи оценка на качеството на живот на пациента преминал лъчелечение и да предостави насоки за преодоляване на настъпилите усложнения в домашна среда (например грижи за лична хигиена, съвети за рационално хранене).

➤ Един месец след приключване на лечението:

- да се организира среща с пациента (по време на контролните прегледи), за да се направи оценка до колко е възстановил нормалния си начин на живот и дали са отшумели страничните ефекти от проведеното лечение.

Един от съществените етапи на модела е планиране и прилагане на **поддържаща грижа** изразяваща се в управление на симптомите при пациенти с ранни лъчеви реакции на кожа и лигавица провеждащи лъчелечение.

Симптомите, които в най-голяма степен увреждат качеството на живот на проследените пациенти са: сърбеж, парене и топлина, еритема, както и сухота, стоматит, мукозит и болка с висок интензитет в областта на облъчване. Налице могат да бъдат и симптоми в следствие на провеждаща се съчетана системна терапия (лъчелечение с химиотерапия), като гадене и повръщане.

Сестринските грижи за управление на тези симптоми са насочени към овладяването на всеки един чрез:

- субективна и обективна оценка на всеки един от симптомите при пациента чрез регистрация в лист за проследяване на ранните лъчеви реакции на (кожа и лигавица) веднъж седмично или при нужда по-често;

- предоставяне на *практически съвети на пациента за справяне* със симптомите от ранните лъчеви реакции;

- използване на алгоритми на сестрински интервенции за управление на някои от по-важните симптоми, изискващи индивидуализиране на здравната грижа;

- своевременна консултация с лекуващият лекар относно управление на симптомите при настъпила тежест, с цел предприемане на мерки за тяхното овладяване;

- обучение на пациента и семейството му за справяне с появили се симптоми в домашна среда;

- мониторинг за овладяване на симптомите въз основа на предоставените *съвети*, приложените *алгоритми* на сестрински интервенции или назначената от лекар терапия при пациентите с ранни лъчеви реакции.

Този модел се основава на изключителното взаимодействие на всички елементи в него пациент, семейството му, медицинската сестра и останалите членове на мулти-дисциплинарният екип, с цел в най-голяма степен да се индивидуализира грижата за болните с карцином на млечна жлеза и карцином в областта на главата и шията, провеждащи лъчелечение. Това неизменно би довело до повишаване качеството на живот при тези пациенти.

ПРАКТИЧЕСКИ СЪВЕТИ ЗА ПАЦИЕНТИ С КОЖНИ И ЛИГАВИЧНИ РЕАКЦИИ

Какво трябва да знае пациента? Първите кожни реакции се появяват приблизително 2 седмици след проведеното лъчелечение или когато дозата е от около 20 Gy може да се развие от лека до умерена еритема (зачервяване). Кожата в зоната на лечение може да бъде зачервена, оточна и да се чувства топла при допир. Сухата десквамация (суха кожа), характеризираща се с пруритус (сърбеж) и лющене, може да се развие след дози от около 30 Gy. Влажната десквамация (мацерирала кожа) се проявява при дози, по-големи от 40 Gy и при създаване на условия за дразнене на кожата, наличие на фактори от страна на пациента, като затлъстяване, кожни гънки, големи гърди и др. Серозен дренаж (наличие на секретирална язва) може да се появи в областите на триене, като например кожни гънки и аксилата [40, 246]. При тежки случаи на влажна десквамация пациентите могат да получат болка, кървене, инфекция и това да налага прекъсване на лечението. По-голямата част от острите кожни реакции отзвучават в рамките на 1–2 седмици след завършване на лечението. За да се овладеят различните оплаквания пациентите трябва да бъдат информирани да предпазват третираната от лъчелечение кожа за по-дълго време от слънце и прекомерен студ.

1. Полезни съвети към пациентите, относно грижа за кожата, за контрол на дерматита:

При наличие на еритема (зачервяване):

- Препоръчва се да продължите обичайните си мероприятия за поддържане на личната хигиена по време на лъчелечението, като измиването на облъчената кожа да става с хладка вода и мек сапун с неутрално рН.
- Подсушаването става с попиване, потупване на областта със суха и мека кърпа, а не чрез търкане, като специално внимание обръщайте на кожните гънки и вдлъбнатини.
- Избягвайте да използвате локални козметични продукти с дразнещи кожата агенти като дезодоранти с метал (алуминий) [64], парфюми, абразивна текстура и други.
- Избръсването да става с нетравмираща електрическа самобръсначка.
- Носете широки дрехи, за да се предотврати триене на материята върху облъчената зона. Препоръчително е дрехите да са от естествена, мека материя – памук или коприна.
- Трябва да защитавате кожата си от температурни дразнителни фактори и излагане на горещо и студено. Не използвайте електрически одеяла и възглавници.

- Избягвайте да се излагате на слънце. Ако това се налага, използвайте слънцезащитен крем с фактор 30, не трябва да поставяте лед или рязко охлаждане, за да облекчите чувството за парене [100].
- През студените дни трябва да предпазвате всяка открита част от тялото (кожата) от студа.
- Избягвайте да влизате и плувате в солена вода (море, океан), езера или басейни и да използване хидромасажна вана или сауна, тъй като третираната кожа е раздразнена [100].
- Използвайте подходящ хидратиращ козметичен продукт на мястото. Внимателно, без да прекалявате използвайте крем с кортикостероиди.

При наличие на влажна десквамация (мацерирала кожа):

- Ако имате установена инфекция вашият лекар ще ви назначи антибиотични средства (локално или перорално) [100].
- Ако липсва влажна десквамация, локалното приложение на гел с хиалуронова киселина може да окаже благоприятен ефект и да се използва за управлението ѝ [100].
- Преди всяко облъчване кожата Ви трябва да е чиста и суха.

ПРАКТИЧЕСКИ СЪВЕТИ КЪМ ПАЦИЕНТИ С ЛИМФЕДЕМ (ОТОК)

ПРЕВАНТИВЕН ПОДХОД И САМООБСЛУЖВАНЕ:

- Поддържайте кожата си възможно най-чиста, използвайте хладка вода за измиване.
- Подсушавайте кожата правилно, чрез попиване и потупване със суха и затоплена кърпа.
- Овлажнявайте кожата всеки ден, за да предотвратите изсушаването ѝ.
- Носете ръкавици, когато вършите домакинска работа и напръстник при шиене.
- Дръжте ноктите си късо изрязани, като използвате машинка за подрязване на нокти, а не ножици.
- Избягвайте стягащи дрехи и бижутата около засегнатата ръка.
- Използвайте локални средства против насекоми (лосион, спрей или крем), когато сте навън в горещите дни.
- Не трябва да Ви се правят венoзни манипулации, отчитане на кръвното налягане и вземане на кръв от засегнатия крайник.
- Избягвайте прекомерната топлина, т.е. горещо време, горещи бани, горещи душиове.
- Използвайте масажирани техники за подобряване на лимфния дренаж.
- Докато носите превръзки/бандажи се опитайте да управлявате лимфния дренаж, чрез извършване на леки упражнения (стискане в юмрук на мека топка, плетене и др.)

ПРАКТИЧЕСКИ СЪВЕТИ КЪМ ПАЦИЕНТИ ЗА КОНТРОЛ НА СТОМАТИТ И МУКОЗИТ:

1. За контрол на стоматита:

- Вашият лекар и медицинска сестра ще Ви информират за това, какво е стоматит, като възможен страничен ефект от химиотерапията.
- Използвайте огледало и ръчно фенерче за ежедневното преглеждане на устата. Ако усетите парене, зачервяване, язви, дисфагия (затруднено преминаване на хапката от устата към хранопровода) трябва да уведомите Вашия лъчетерапевтичен екип.
- Ако се появи стоматит преглеждайте устната си кухина три-четири пъти дневно, за да не се пропусне появата на афти и рани.
- Приемайте висококалорични, високопротеинови, умерено студени храни, в малки количества, по-често, увеличавайте течностите до 3 литра на ден.
- Извършвайте измиване на зъби и устна кухина на всеки 2 часа през деня и на всеки 6 часа през нощта.
- Изплаквайте устата си с предписани антибиотични, антисептични препарати за устна кухина от лекуващия ви лекар.
- Ако установите наличие на корички, остатъци от храна, гъста слуз, удебелена лигавица или слюнка, използвайте разтвор на натриев бикарбонат (сода за хляб) 1 чаена лъжичка разтворена в 200 мл. вода. Редувайте за изплакване на устата на всеки 4 часа, веднъж топла леко подсолена вода, следващото изплакване с разтвора на натриев бикарбонат.
- Почиствайте зъбите с конец и използвайте с четка с мек косъм.
- Използвайте предписания от лекуващия лекар крем, за да намазвате устните си и устната кухина, с цел да предпазвате от изсушаване.
- Избягвайте да приемате цитрусови плодове, сокове или пикантни храни.

2. За контрол на мукозита:

- Редовно измивайте устната си кухина преди и след храна, избягвайте да използвате вода за уста на алкохолна основа.
- Изпийте си предписаните медикаменти за обезболяване преди хранене.
- Приемайте леки или течни храни като супа, картофено пюре, плодове и варени зеленчуци, мляко, пудинг, яйчен крем, крем карамел.
- Въздържайте се от сухи, пикантни, солени, кисели и трудно смилаеми храни.
- Препоръчително е да използвате сламка, за да избегнете евентуално раздразнение или възпаление на устната лигавица.

- Въздържайте се да пушите цигари и да приемате алкохол.
- При огледа на устната си кухина използвайте фенерче и огледало.
- Оглеждайте устната си кухина за язви, червени участъци или петна.
- Поддържайте устата си чиста и влажна.
- Въпреки, че устата ви е възпалена не спирайте да почиствате зъбите си. Използвайте четка за зъби с мек косъм.
- Слагайте зъбните си протези само по време на хранене.
- Ако устата ви е много суха, пийте през деня често вода и други течности.
- Дъвчете дъвка без захар или смучете твърди бонбони, за да навлажните устата си.
- Преди хранене и при необходимост от облекчение на болката, нанесете върху възпалените участъци в устата си анестетик (бензокаин или лидокаин).
- Приемайте обезболяващите лекарства от 1,5 до 2 часа преди хранене.
- Ако се появи кървене, приложете натиск върху мястото на кървене, като използвате парче чиста марля, потопена в ледена вода или мокро пакетче чай, частично замръзнало (танинът в чая ще помогне да спрете кървенето).
- Изплакването на устата с ледена вода или приемане на сладолед може да бъде полезно.
- Ако се развие инфекция в устната Ви кухина, следвайте инструкциите на лекаря.
- Хранете се с добре балансирана храна. Включете високопротеинови храни.
- Ежедневно приемайте витамини и минерални добавки.
- Хранете се често и в малки количества, избягвайте тежка или пикантна храна.
- Пийте по 3 литра течност на ден, освен ако нямате никакви ограничения.
- Съобщавайте на Вашия лекар и медицинска сестра при:
 - зачервяване или силна сухота,
 - болезненост или болка;
 - поява на пукнатини, язви, мехури, бели петна;
 - кървене от устата;
 - затруднено преглъщане.

ПРАКТИЧЕСКИ СЪВЕТИ КЪМ ПАЦИЕНТИ ПРИ ПРОМЯНА НА ВКУСА:

- Ако имате метален вкус използвайте пластмасови прибори за хранене, използвайте билки, подправки, мариновани, сосове.
- Наблегнете на консумацията бяло месо и млечни продукти.
- Преди ядене смучете мента без захар или лимонов резен.
- Приемайте цитронада, чай с лимон, цитрусови плодове.

**ПРАКТИЧЕСКИ СЪВЕТИ КЪМ ПАЦИЕНТИ ПРИ НАЛИЧИЕ НА ГАДЕНЕ И
ПОВРЪЩАНЕ:**

- Приемайте предписаните антиеметици $\frac{1}{2}$ ч. преди хранене, хранете се в малки количества, по често.
- За да приемате сухите храни по-лесно, използвайте домашна лимонада, използвайте сламка, нека напитките да се отпиват бавно.

IV. ИЗВОДИ, ПРИНОСИ И ПРЕПОРЪКИ

ИЗВОДИ

Резултатите от проведеното изследване, са основание да бъдат изведени следните изводи:

1. Проследяването на ранните лъчеви реакции показва, че пациентите с карцином на глава и шия имат по-изразена симптоматика свързана с болката (92.3 %) и усещането за парене (96.2 %) и топлина (92.3 %) в сравнение с пациентите с карцином на млечна жлеза.
2. Установена е съществена разлика във всички изследвани подскали на качеството на живот между пациентите с карцином на глава и шия и карцином на млечната жлеза, като първите се характеризират с по-ниско КЖ (съответно обща оценка за КЖ про пациенти с карцином на глава и шия 111.35 към 118.52 за пациенти с карцином на млечна жлеза).
3. Съпътстващото химиолечение при пациентите с карцином на глава и шия оказва отрицателно влияние върху качеството на живот на пациентите, като засилва субективната им оценка за болка.
4. Резултатите от изследванията на медицинските специалисти показват, че медицинските сестри, работещи в структурите по лъчелечение имат готовност активно да участват в процеса на проследяване на лечението на пациентите (80.0 %), но лекарите се притесняват да им делегират подобни права поради липсата на допълнителна квалификация на специалистите по здравни грижи в тази област (93.3 %).
5. Разработеният от нас лист за проследяване и оценка на ранните лъчеви реакции, води до повишаване на качеството на грижите и улесняване на медицинските специалисти при вземането на решения относно лечебния процес на пациентите с карцином на глава и шия и карцином на млечната жлеза.
6. Внедряването на листа за проследяване и оценка на ранните лъчеви реакции в дейността на клиниката по лъчелечение води до повишаване на ефективността на лечебния процес с активното участие на медицинските сестри, както и създаване на индивидуален подход към всички пациенти.
7. Разработеният от нас Модел на сестринска грижа при пациенти с ранни лъчеви реакции извежда здравните грижи на ново ниво, а именно индивидуализиране на грижата, каквато е и целта на съвременната медицина.

ПРИНОСИ

Приноси с теоретично значение

1. За първи път в България е проведено проучване на ранните лъчеви реакции при пациенти с карцином на глава и шия и карцином на млечна жлеза с участието на медицинските сестри.
2. Подробно са описани ролята и приносът на медицинските сестри в оценката и проследяването на ранните лъчеви реакции при пациенти с карцином на глава и шия и карцином на млечна жлеза.
3. Доказана е необходимостта от допълнителна квалификация на медицинските сестри във връзка с активното им участие при проследяването и оценката на пациенти, провеждащи лъчелечение.
4. Теоретически са обосновани и предложени алгоритъм и модел на сестринска грижа за оценка и проследяване на ранните лъчеви реакции при пациенти провеждащи лъчелечение.

Практико-приложни приноси

1. Разработен и предложен е лист за оценка и проследяване на ранни лъчеви реакции на кожата и лигавицата от медицинската сестра, с цел подобряване на ефективността на лечебния процес.
2. Разработен е Модел на сестринска грижа при пациенти с ранни лъчеви реакции с точни и ясни насоки.
3. Внедрен е въпросник за оценка на качеството на живот на пациенти провеждащи лъчелечение от медицинската сестра, въз основа на който се създава индивидуален подход към грижата за пациента.

ПРЕПОРЪКИ

1. Към Медицинските университети относно повишаване професионалната подготовка и компетентности на медицинските сестри за проследяване на пациенти провеждащи лъчелечение:

- Да се разработят и предложат курсове за следдипломно обучение, повишаващи професионалната подготовка на медицинските сестри, за оценка и проследяване на пациенти провеждащи лъчелечение.
- Да се организират курсове за индивидуално обучение на медицинските сестри за проследяване на пациенти с ранни лъчеви реакции в структури по лъчелечение към Университетските многопрофилни болници за активно лечение.

2. Към ръководителите на лечебните заведения и структурите по лъчелечение относно активното включване на медицинските сестри в мултидисциплинарния екип, полагащ грижа за пациенти на лъчетерапия:

- Да се предостави възможност на медицинските сестри активно да участват в процеса на лечение чрез делегиране на права, свързани с проследяването и оценката на ранните лъчеви реакции.
- Да се въведе алгоритъма за оценка и проследяване на ранните лъчеви реакции от медицинската сестра при пациенти провеждащи лъчелечение.
- Да се индивидуализира подхода на лечение и грижа, чрез използване на въпросника за оценка качеството на живот при пациенти провеждащи лъчелечение.

3. Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи относно повишаване компетентностите на медицинските сестри работещи в структурите по лъчелечение:

- Да се създаде възможност за обучение по програма „Учене през целия живот“ за медицински сестри, работещи в структури по лъчелечение, свързана с контрола на болката и ранните лъчеви реакции.
- Да се разработят и предложат курсове за продължаващо обучение, с цел формиране на умения у медицинската сестра за оказване на психологическа подкрепа за пациентите провеждащи лъчелечение и техните семейства.

VI.ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ, СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Катранджиева К. Ранни кожни реакции при провеждане на лъчелечение. Планиране на сестринските грижи. Управление и образование, 2021, том 17 (1), стр. 7
2. Катранджиева К., Егурузе К. Оценка на социоикономическите фактори на лъчелечението при пациенти с онкологични заболявания. Здравни грижи, 2022, бр. 4, 16-21
3. Катранджиева К., Егурузе К. Управление на болката при пациенти провеждащи лъчелечение. Варненски медицински форум, т. 11, 2022, Online First, стр. 6