

Рекомендации для пациентов и их родственников, получающих паллиативную медицинскую помощь:

Организация самообслуживания пациента и предметы, облегчающие быт

Если пациент находится в домашних условиях, то в первую очередь необходимо организовать место, где пациент будет находиться в доме. При имеющейся возможности и согласии пациента желательно переставить мебель в помещении таким образом, чтобы обеспечить доступ к кровати с трех сторон: так удобнее осуществлять уход.

Если нет возможности приобрести фабричные средства ухода в специализированных магазинах медицинской техники, их можно с успехом заменить доступными средствами. Такие вещи позволяют облегчать близким труд по уходу за ним, чувствовать себя независимым и активным.

При имеющихся трудностях в присаживании в постели можно сделать приспособление типа «вожжей», закрепленной в ножном конце основания кровати, другой конец веревки в виде петли должен лежать в постели на уровне кистей пациента.

Обездвиженный человек, особенно если он испытывает боли, должен иметь в постели достаточное количество разных подушек и валиков. С их помощью можно удобно расположить руки и ноги; если какая-то конечность отекает, устроить ее в возвышенном положении; подоткнуть подушки под спину и ягодицы, уменьшая давление на болезненные участки тела; в положении на боку положить подушечку между колен; приподнять с их помощью до уровня тела находящуюся сверху ногу и руку. Самое главное, чтобы они были удобны для пациента и легко подвергались гигиенической обработке. Тумбочка, столик, выключатель источника света, должны быть доступны.

Лежачим пациентам при употреблении жидкостей рекомендованы: поильники-непроливайки, коктейльные трубочки.

Для безопасного передвижения в пределах комнаты если пациент может вставать, коврик около кровати должен лежать очень плотно. Передвижение в удобной домашней обуви, ходьба по дому в носках не желательна – возможна угроза падения.

Если врач не назначает постельный режим, то ориентируясь на самочувствие пациента и переносимость им физических нагрузок, надо поощрять его двигательную активность.

Возможно использование при ходьбе палок и костылей, «ходунков».

Оборудование туалета и ванной комнаты: пол должен быть нескользким, раковина устойчива, наличие удерживающих приспособлений. Если передвижение затруднено - биотуалет у постели или судно.

Основы ухода на дому

Обеспечивая комфорт, заботу и уход члены семьи могут очень сильно помочь пациенту в повышении качества жизни в последние дни.

Что нужно делать:

Планируйте любые виды активности или посещения в те часы, когда пациент больше всего бодрствует;

Объясняйте пациенту, что вы планируете сделать, перед тем, как начнете проводить любую манипуляцию;

Соблюдайте этические нормы, не говорите при больном ничего такого, чего бы вы не сказали ему в лицо, даже если кажется, что он спит и ничего не слышит.

Подавленное состояние, депрессия, постоянная слабость приводят к тому, что пациент перестает соблюдать личную гигиену, становится неопрятен. Требования к чистоте могут меняться из-за спутанности сознания и дезориентации. Гигиенические процедуры могут вызывать у пациента приступы раздражения и беспокойства, даже агрессии. Нужно уточнить не причиняют ли они боль и дискомфорт.

Помните, что пациент может испытывать боль при движении, для этого понадобится дополнительное обезболивание (или процедуры нужно выполнять через 30 минут после приема обезболивающих лекарственных средств).

Недержание кала, мочи – стресс для пациента, это часто приводит к потере самоуважения, а также создает дополнительные проблемы с кожей. В таких ситуациях медсестра и близкие должны сделать всё, чтобы поддержать пациента и оказать ему необходимую помощь. Важно постоянно наблюдать за состоянием кожи больного, особенно в областях, подверженных давлению (есть ли покраснение, сухость и трещины). Необходимо очищать кожу, менять одежду и постельное белье моментально после загрязнения, быть осторожнее при перемещении неподвижного больного.

Уход за телом, волосами и полостью рта

Кожа тела тяжелобольного требует самого пристального внимания, так как больше, чем у здорового человека, нуждается в чистоте. Хорошо подходят для гигиены продукция SENI, TENA и др.

Лежачего пациента необходимо обтирать влажным теплым полотенцем с последующим вытиранием насухо, избегая жестких и грубых полотенец. Лучше смочить полотенце лосьоном для тела, разбавленным водой. Мокрое грязное белье немедленно меняйте.

Затем кожу необходимо смазывать детским кремом либо камфорным спиртом в местах наибольшего давления. Уход за кожей проводить ежедневно. Особое внимание уделять коже рук и ног.

Волосы моют не реже одного раза в неделю, расчесывать их нужно ежедневно. Мужчин не забывайте брить. Делайте это аккуратно, избегая порезов.

Ногти подстригайте по мере их отрастания.

Глаза и полость рта тоже нуждаются в ежедневном уходе. Для профилактики стоматита необходимо полоскать ротовую полость после каждого приема пищи. Если пациент может, то пусть чистит зубы зубной щеткой.

Квалифицированная медсестра обучит вас необходимым манипуляциям.

Что делать, если мучает сухость во рту на фоне приема опиоидных анальгетиков?

Опиоидные анальгетики могут вызывать сухость во рту. Основной причиной сухости нередко бывает другой лекарственный препарат, который можно заменить (или снизить дозировку). Если же сухость вызвана опиоидом, то вам нужно регулярно смачивать рот: пить маленькими глотками ледяную воду или минеральную воду с газом. Чтобы увеличить приток слюны, попробуйте жевать жевательную резинку или рассасывать кубики льда.

Как проводить гигиену полости рта?

Факторы, которые влияют на гигиену полости рта:

- может ли пациент сам чистить зубы;
- количество и состояния натуральных зубов;
- есть ли у больного зубные протезы;
- инфекция – стоматит, язвы, сухость рта;

- медицинские препараты (морфин, антибиотики и др.), методы лечения – химиотерапия, локальная лучевая терапия, локальные опухоли, травмы и повреждения, легочная инфекция (неприятный запах изо рта, гнойная мокрота).

Основные правила по уходу за ротовой полостью:

- чистить рот зубной пастой и щеткой;
- часто споласкивать рот (после еды и рвоты);
- чистить рот, используя влажную марлю и пластмассовые щипцы (у тяжелобольного);
- не забудьте положить зубные протезы в воду.

Питание пациента

На определенном этапе заболевания для пациентов характерна потеря аппетита. Им трудно заставить себя есть, у многих изменяются вкусовые ощущения, перестают нравиться блюда, которые раньше были любимыми. Иногда больным кажется, что пища безвкусная или имеет металлический привкус. Некоторые едят совсем понемногу, а некоторые просто не могут проглотить ни кусочка. Питание должно быть легкоусваиваемым, полноценным. Желательно кормить пациента небольшими порциями 5–6 раз в день. Пищу готовьте так, чтобы она была удобна для жевания: мясо в виде котлет или суфле, овощи в виде салатов или пюре. Конечно, необходимы супы, бульоны, каши, творог, яйца. Важно ежедневное употребление овощей и фруктов, а также ржаного хлеба и кисломолочных продуктов. Не старайтесь давать всю пищу только в протертом виде, иначе кишечник будет работать хуже, а пациент будет получать от еды меньше удовольствия.

Не бойтесь нестандартных гастрономических просьб от вашего близкого: вреда ему они не причинят, а вам дадут возможность проявить любовь и заботу.

Во время кормления желательно, чтобы пациент находился в положении полусидя. Не укладывайте его сразу после еды.

Обезвоживание также способствует ухудшению самочувствия: появляется постоянная сухость во рту. Это состояние можно облегчить, если сосать кусочки льда, смачивать полость рта и губы. Делать это надо часто, каждые 10–15 минут. В воду для льда можно добавлять лимон.

Порции еды должны быть маленькие, по 2–4 столовые ложки. Пища должна быть легкая и не жирная.

Если поступил отказ от пищи, только смачивайте губы - это хороший уход на полостью рта.

Насильно кормление пациента может вызвать: отеки, вздутие живота, удушье, кашель, тошноту, рвоту или затрудненное дыхание.

Профилактика пролежней

Одной из самых частых проблем у лежачих больных являются пролежни. Они возникают в результате нарушения кровообращения. Обычно это область крестца, копчика, позвоночных отростков, лопаток, пяток, ягодиц и ушей.

Помните, что предупредить пролежни легче, чем лечить их!

Места возникновения пролежней:

- затылок, ушные раковины;
- лопатки;
- область плечевого сустава;
- области локтевого сустава;
- область лучезапястного сустава;
- области крыла подвздошной кости;

- крестец;
- область большого вертела;
- область седалищных бугров;
- область подколенных;

Лечить пролежни тяжело и долго, поэтому нужно приложить все усилия, чтобы не допустить их появления: по возможности меняйте положение пациента в постели каждые 2 часа, поворачивайте его. Простыня должна быть хорошо натянута и расправлена, без складок. Швы нижнего белья не должны приходиться на участки, наиболее плотно соприкасающиеся с кроватью. Не рекомендуется использовать резиновый круг, так как сам по себе он провоцирует пролежни и замедляет их лечение. Пусть у вас будет много небольших подушек, валиков разнообразной формы для того, чтобы подкладывать их под различные части тела пациента.

При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния регулярно осматривайте кожу в области крестца, пяток, лодыжек, локтей, затылка, ушей, костного выступа границы бедра и тазовой области, внутренней поверхности коленных суставов.

Не подвергайте уязвимые участки трению. Обмывайте их не менее одного раза в день, если необходимо соблюдать обычные правила личной гигиены, а при недержании мочи, кала – чаще, по мере необходимости. Пользуйтесь мягким и жидким мылом. Убедитесь, что моющее средство смыто, высушите этот участок кожи салфеткой или мягким полотенцем. Нанесите увлажняющий или защитный крем. Легкий массаж тела с применением увлажняющего крема рекомендуется делать не менее двух раз в день. Не делайте массаж в области костных выступов, изменяйте положение пациента каждые два часа, по возможности даже ночью, но не будите его. Исключите контакт кожи с жесткой частью кровати. Используйте поролон в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов) для уменьшения давления на кожу. Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи. Старайтесь, чтобы положение изголовья кровати не превышало угла в 30 градусов. Не допускайте, чтобы в положении на боку пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра (костном выступе). Не допускайте непрерывного (более часа) сидения в кресле или инвалидной коляске. Напоминайте пациенту самостоятельно изменять положение тела через каждый час, подтягиваясь, осматривать уязвимые участки кожи. Посоветуйте ему ослаблять давление на ягодицы каждые 15 минут: наклоняться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла. Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления.

- регулярно изменяйте положение тела;
- используйте приспособления, уменьшающие давление тела (валики, подушки и т. д.)
- осматривайте кожу не реже одного раза в день;
- осуществляйте правильное питание пациента и адекватный прием жидкости.

Квалифицированная медсестра обучит вас необходимым манипуляциям.

Хронический болевой синдром

В большинстве случаев причиной хронических болей у пациентов являются объемные образования, которые изменяют структуру и функцию вовлеченных в болезненный процесс органов и тканей.

Но боль может вызываться и другими причинами. Например, дискомфорт в животе может быть следствием длительной задержки стула, обострением хронического гастрита или язвенной болезни желудка; суставная боль может иметь причиной хронический артрит; боль за грудиной – быть проявлением заболеваний сердца и т. д. Часто боль является следствием перенесенной лучевой терапии или хирургического лечения.

Тяжесть боли — термин, равноценный термину "интенсивность боли" и относящийся к уровню боли, испытываемой и описываемой пациентом.

Хроническая боль - боль, которая формируется при длительном болевом воздействии - сверх нормального периода заживления (3 мес).

Близкие пациента должны строго придерживаться назначений и рекомендаций врача и находиться в постоянном контакте с ним. Лечение хронической боли будет всегда успешным, если придерживаться нескольких обязательных правил:

- обезболивающие препараты должны применяться по рекомендуемой схеме под наблюдением специалистов Хосписа.

- Хроническая боль требует регулярного, по часам, употребления анальгетиков. Прием препаратов должен «опережать» усиление боли.

- Доза обезболивающего препарата и интервалы между приемами подбираются таким образом, чтобы поддерживать устойчивую концентрацию его в крови и избегать усиления болей в эти промежутки «прорыв « боли».

Ночное обезболивание- это полноценный отдых (сон) в течение 7–8-часов. Не надо будить пациента, если наступило время приема обезболивающего лекарства, а он спит. Пропущенная доза дается сразу после пробуждения; схема при этом может несколько сдвинуться. Если пациент без сознания, то часы приема лекарств не пропускаются.

Ряд препаратов в первые дни приема могут вызывать усиление общей слабости, сонливость. В течение первых 4–5 дней приема сильнодействующих наркотических препаратов могут развиваться галлюцинации, некоторая спутанность сознания, появиться тошнота. Все эти симптомы кратковременны и подвергаются медикаментозной коррекции.

Параллельно с фармакологическими методами обезболивания необходимо использовать в полной мере другие виды терапии боли и коррекции качества жизни пациента.

Физическая активность. Активность и подвижность (стимуляция, смена деятельности, улучшение кровоснабжения) положительно воздействуют на способность организма самостоятельно подавлять боль. Помимо этого, повышается эластичность и расширяются функциональные возможности тканей, в частности, тканей мышц или межпозвоночных дисков.

Расслабление. Техники релаксации крайне важны для расслабления напряженных мышц и снижения уровня общего физического напряжения. Чтение, музыка, встречи с друзьями, медитация, танцы и прогулки – примеры эффективных способов расслабиться. Специальные техники релаксации, например, прогрессивное мышечное расслабление или аутотренинг, также эффективны.

Психотерапия. Психологическая терапия боли предполагает более эффективное, чем раньше, использование своих ресурсов для преодоления боли. В рамках терапии изучаются стратегии снижения боли. Кроме того, терапия включает в себя обучение тому, как изменить поведение и образ мыслей, которые способствуют развитию боли.

Квалифицированная медсестра обучит вас необходимым манипуляциям.

Нужно ли продолжать давать сильнодействующие опиоиды в бессознательном состоянии?

Если пациент вдруг потерял сознание, звоните его врачу или в «скорую» они посоветуют вам, что делать дальше.

Если пациент без сознания и лечащий врач или медсестра говорят, что он умрёт через несколько дней или даже часов, важно продолжать приём опиоидных анальгетиков. С пластырями это проще всего — просто продолжайте их наклеивать.

Если пациент принимал лекарства перорально, необходимо перейти на уколы или другой препарат, который не принимают внутрь. Но поскольку многие пациенты становятся всё более и более вялыми, прежде чем впасть в бессознательное состояние, можно заменить лекарство вовремя и избежать чрезвычайной ситуации. Основная причина продолжать лечение сильнодействующими опиоидами в том, что пациенты даже без сознания чувствуют боль и становятся беспокойными. Кроме того, если они принимали сильнодействующие опиоиды

много недель и вдруг перестали, может развиться синдром отмены: беспокойство, потливость, понос и недержание кала.

Запор

Что делать, если сильнодействующие опиоиды вызовут запор?

Для большинства людей это худший побочный эффект при лечении сильнодействующими опиоидами. Как правило, врач назначает слабительное, когда вы начинаете лечение опиоидными анальгетиками.

Помните, что:

- дозировка слабительного для разных людей разная;
- поскольку опиоиды вызывают запор постоянно, будьте готовы принимать слабительное два-три раза в неделю. **Например:** 1) Сенаде 2 таблетки (можно 4- 6- 8 – 10 штук) растолочь; размешать в 1/3 стакана воды, выпить на ночь. Утром, если нет стула - вставить свечу Бисакодил. 2) Капли Слабилен, Гутталакс до 30 капель 3) Сироп Нормазе, Дюфалак по ½ колпачка 1-2 раза в день.
- цель в том, чтобы мягковатый стул был каждые два-три дня;
- если у вас нет стула три дня, используйте слабительное в свечах.

Вместе с приёмом слабительных нужно пить больше жидкости в течение дня до 1,5 литров. Пища богатая клетчаткой (овощи, фрукты, отруби) + кисломолочные продукты. Чернослив – запарить кипятком, настоять несколько часов, съесть плод, выпить настой. Семя льна- 1 ст. ложку залить кипятком, настоять несколько часов, выпить.

Недержание мочи

Недержание мочи происходит, когда пациент перестаёт контролировать процесс опорожнения мочевого пузыря, это происходит в результате расслабления мышц малого таза. В процессе угасания количество мочи уменьшается, а цвет становится темнее (моча более концентрированная), она может быть мутной и иметь сильный запах. Это происходит потому, что человек получает меньше жидкости и скорость фильтрации в почках снижается.

Виды недержания мочи:

- **недержание мочи при напряжении** - проявляется неконтролируемым выделением мочи во время физической нагрузки, во время чихания, кашля, в стрессовых ситуациях. Этот вид недержания встречается чаще у женщин, а мужчин появляется после операции - удаления простаты;
- **недержание позыва** - при этом виде недержание чувство сильного позыва к мочеиспусканию сопровождается или непосредственно предшествует неконтролируемому вытеканию мочи; возможно вытекание незначительного количества или полное поражение мочевого пузыря;
- **смешанное недержание мочи** - это неконтролируемое мочеиспускание, которое происходит во время физической нагрузки, чихания, кашля, смеха, при которых появляется чувство сильного позыва;

- **ночное недержание мочи** представляет собой неконтролируемое мочеиспускание во время сна;

- **постоянное недержание мочи** - постоянное неконтролируемое вытекание мочи

- **нейрогенное недержание мочи** - это непроизвольное недержание мочи, вызванное нарушением нервной системы: пациент не чувствует растяжение мочевого пузыря, который опорожняется автоматически и полностью;

- **проточное недержание мочи** - неконтролируемое мочеиспускание неестественным путем (свищ, цистома);

- **неопределённое недержание мочи** - это вид недержания, которые нельзя соотнести с вышеуказанными категориями. Такой вид свойствен для лиц с психическими заболеваниями у которых нет органических изменений в области мочевой системы.

Степени недержания мочи:

Независимо от причины недержания, степень ее проявления бывает разной. Чтобы правильно подобрать необходимые средства гигиены и возможные методы лечения, нужно определить степень недержания мочи. Для этого разработаны ориентировочная классификация, основанная на среднем количестве мочи неконтролируемо выделенной в течение 4 часов.

Как помочь пациенту:

- Использовать одноразовые подгузники и (или) пеленки.

Подбор соответствующей защиты:

- **подбор изделия.** Очень важно правильно подобрать впитывающее изделие, так как от этого зависит комфорт человека, который будет им пользоваться. Необходимо помнить о том, что пациент проводит в подгузниках или других впитывающих изделиях круглые сутки. Поэтому лучшее решение в этой ситуации - это **полностью дышащие изделия**, то есть такие, которые защищают при недержании мочи, но не препятствуют обмену воздуха, то есть позволяет коже «дышать». Первый шаг на пути определения того, какое изделие надо выбрать - это **определение степени недержания мочи.**

- **капельная** – до 50 мл

- **легкая** – 50- 100 мл

- **средняя** – 100 – 200 мл

- **тяжёлая** – 200- 300 мл

- **очень тяжёлая** – свыше 300 мл

Правильно подобранные изделия обеспечит ежедневный комфорт, одновременно позволит избежать лишних затрат.

- **подбор размера** - правильно выбрать изделие значит не только временно определить категорию, но также подобрать размер. Применяя урологические прокладки и анатомические

подгузники надо руководствоваться впитывающей способностью. У подгузников кроме впитываемости, значения еще имеет обхват бёдер и талии. Неправильно подобранный подгузник может нанести ущерб как финансам, так и здоровью.

Часто пациенты выбирает подгузник большого размера, предполагая что он больше впитает. Это неправильно. Для более высокой впитываемости надо выбрать изделие соответствующего размера, но с большей впитываемостью.

Правильно подобранный размер подгузника – это:

- больше комфорта пациента;
- меньше работы с постельным бельем;
- сокращение расходов, связанных со стиркой;
- профилактика опрелостей, пролежней

Как выбрать правильный размер подгузника? На упаковке подгузников находится схема, указывающая размеры подгузников, и рядом с ними расположен диапазон обхватов. Следует измерить обхваты в поясе и бедрах и соотнести полученные данные с данными на упаковке.

1. Если обхват талии и бёдер находится в одном из указанных на упаковке пределов - это размер надо выбрать.
2. Если обхват талии и бёдер принадлежит к двум разным пределом, надо выбрать размер, основываясь на большем из них.

Внимание!

Маленький подгузник может жать и натирать в талии или паху, а также раздражать кожу, поврежденные участки которой у лежачих людей могут быстро превратиться в трудно заживляемые раны.

Большой подгузник не будет прилегать к телу пациента, что может привести к протеканиям по бокам, а это плохо скажется на комфорте больного и увеличит расходы, связанные со стиркой постельного белья.

Другие способы помощи

- Установить пациенту постоянный мочевой катетер, чтобы предотвратить опрелости и пролежни.
- Медсестра посоветует вам специальные средства для ухода за кожей.

Уход за колостомой

Стомированный пациент теряет контроль над процессом испражнения. Помимо неудобств это вызывает у него смущение, стыд и, как следствие, проблемы с окружающими. Поэтому при уходе за стомой и кожей вокруг нее важно не дать пациенту почувствовать, что это вам неприятно.

Самым эффективным средством ухода за стомой является калоприемник.

Калоприемник – резервуар для приема каловых масс у людей, у которых по разным причинам временно или постоянно невозможен нормальный акт дефекации. Представляет собой емкость из запахонепроницаемой пленки с липким покрытием для крепления на теле пациента. Емкость снабжена запорным устройством, позволяющим удалять содержимое и

промывать калоприемник. Стомированный пациент теряет контроль над процессом испражнения.

Медсестра хосписа обучит вас прикреплять калоприемники.

Кожу вокруг стомы необходимо обрабатывать мылом, затем смыть и аккуратно промокнуть марлевой салфеткой. При раздражении кожи – обработать цинковой мазью или специальной мазью для обработки кожи вокруг стомы.

Для питания допустимы практически все продукты, которые пациент употреблял до операции, за исключением жирного, острого и жареного.

Основная рекомендация – не смешивать продукты. Принимать пищу регулярно, 5–6 раз в день небольшими порциями, хорошо пережевывать или измельчать блендером.

Продукты питания, которые влияют на функционирование колостомы:

Могут увеличить количество выделения из стомы:

- фруктовые соки, пиво, алкоголь, шоколад, свежие фрукты, фасоль, свежие овощи, острая пища со специями, злаковые и сухие завтраки.

Могут уменьшить количество выделений из стомы:

- яблочный сок, банан, вареный рис, сыр, белый хлеб, картофель, макаронные изделия.

Могут вызывать раздражение кожи вокруг стомы:

- цитрусовые, сладкая кукуруза, орехи, горох.

Могут вызывать увеличивает выделение газов:

- пиво, минеральная вода, молочные продукты, огурцы, лук.

Блокируют стому:

- грибы, картофельные чипсы, помидоры.

Тошнота и рвота

Нужно ли будет принимать противорвотное?

Если рвота наступит вскоре после того, как вы приняли опиоидный анальгетик, он не попадет в кровь. Тогда боль не отступит и эффективность лекарства снизится до минимума. Чтобы избежать этого нужно противорвотные средства принимать вместе с сильнодействующими опиоидами автоматически.

Уход за пациентом испытывающим тошноту и рвоту:

- позаботьтесь о том чтобы запах еды не доходил до пациента;
- убеждать его пить и есть понемногу, но часто;
- составить особое меню, чтобы пациент не употреблял пищу, которая усиливает тошноту и рвоту;
- предвидеть появление рвотных позывов, то есть рядом с пациентом всегда должна быть специальная емкость;
- будьте рядом с пациентом, если у него рвота (обеспечить и по возможности максимальный комфорт);
- предложите воды, чтобы он мог прополоскать рот;
- дать противорвотные препараты прописанные доктором, проконсультировать эффективность их действия;

- наблюдайте за состоянием пациента, а именно нет ли признаков дегидратации (сухая неэластичная кожа, плохое мочеиспускание, головная боль);
- наблюдайте за состоянием ротовой полости больного, нет ли признаков стоматита.
- пациенту лучше пить газированную воду.