

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской
Федерации**

**Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова**

Кафедра сестринского дела с клинической практикой

Е.С.ЛАПТЕВА, Н.В.АЛЕШЕВА

**ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
ЗА БОЛЬНЫМИ.
АЛГОРИТМ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ УХОДЕ
ЗА КОЖНЫМИ ПОКРОВАМИ
(ЧАСТЬ 1)**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2012

УДК 616-083
ББК 53.5
Л 24

Лаптева Е.С., Алешева Н.В. Основы сестринского ухода за больными. Алгоритм манипуляций при уходе за кожными покровами: Учебно-методическое пособие. – СПб.: Человек, 2012. – 40 с.

Рецензенты:

профессор В.Л. Баранов, профессор Е.Г. Зоткин

В пособии изложены принципы ухода за больными на основе этапов сестринского процесса, методика и значение личной гигиены для пациентов, находящихся на лечении в стационаре. Описаны техника и последовательность действий при выполнении манипуляций. Особое место отводится практическому применению методик и навыков, требующихся для осуществления личной гигиены больного.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов высших медицинских учебных учреждений.

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Методическим советом ГБОУ ВПО СЗГМУ
им. И.И.Мечникова
протокол № 1 от «5» октября 2012 г.

Издательство ООО «Человек»,
Санкт-Петербург, Малый пр. В. О., 26, оф. 2.
Подписано в печать ???.?.2012. Формат 60х90/16.
Гарнитура Ариал. Усл. печ. л. 2,5. Тираж ??? экз.
Отпечатано в типографии «Артемиды».

ISBN ?????????????????

© Е.С. Лаптева, Н.В. Алешева, 2012
© Издательство «Человек», 2012

1. **Тема:** Основы сестринского ухода за больными. Алгоритм манипуляций при уходе за пролежнями
2. **Контингент учащихся** – студенты младших курсов
3. **Продолжительность занятий** – 4 часа (в академических часах)
4. **Структура лекции**

1. Введение в дисциплину «Сестринское дело»

- Цели и задачи

- Философия сестринского дела

2. Сестринский процесс и его этапы

3. Основные принципы ухода

4. Виды двигательной активности

5. Алгоритм манипуляций при уходе за кожей

5. Содержание лекции:

Проблемы укрепления здоровья, профилактики болезней и ухода за больными и умирающими с незапамятных времен вызывают озабоченность всего человечества. Большинство людей, нуждающихся в какой либо поддержке, находят ее в кругу своих друзей и близких – в семьях, где они проживают.

Из истории нам известно, что в основу понятия ухода за больным еще в 50-х годах в США был вложен сестринский процесс, который подразумевает системный подход к оказанию помощи пациенту, ориентированный на потребности пациента.

Медицинский уход за здоровьем, направленный на решение существующих и потенциальных проблем в изменяющихся условиях среды, решает проблемы и нужды людей их семей и общества в целом. Адекватный уход как последовательная смена действий для достижения положительного результата является залогом успеха лечения тяжелобольных.

Соблюдение правил личной гигиены и выполнение алгоритма манипуляций для предупреждения, облегчения, уменьшения или сведения до минимума возникающих у пациента проблем ведет к скорейшему выздоровлению больных и предупреждает развитие многих осложнений.

Участниками всероссийской научно-практической конференции по теориям сестринского дела (Галицино, 1992) было принято опре-

деление термина «Сестринское дело», которое включает в себя часть медицинского ухода за здоровьем.

В чем же отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача, спросите себя Вы?

Лечебное дело как специальность все знания и компетенции направлены на определение и лечение конкретной болезни у конкретного человека. Большинство видов врачебной деятельности, будь это лечение, преподавание или исследовательская работа, направлены на различные аспекты патологических состояний болезней. Но любая болезнь ставит перед человеком ряд вопросов, как адаптироваться психологически в сложившейся ситуации, как помочь близким в уходе за своим родным человеком, не унижая его человеческого достоинства, кто будет определять место данного больного в обществе в изменившихся условиях среды для него. Т.е. при переменах в здоровье у человека и его семьи возникают ряд проблем и нужд, которые решаются при помощи сестринского дела в целом.

Каковы же основные цели сестринского дела?

1. Привлечение, развитие и эффективное использование сестринского потенциала в настоящее время.
2. Разъяснение населению и администрации лечебных учреждений важности и приоритетности сестринского дела.
3. Обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки специалистов среднего и высшего звена.

Миссия сестринского процесса заключается в удовлетворении потребностей пациентов, в высококвалифицированной помощи и специализированной медицинской помощи и должна решать следующие задачи:

- Развитие и расширение управленческих резервов по работе с кадровым потенциалом.
- Консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения.
- Повышение квалификации персонала и приобретение компетенций.
- Внедрение новых технологий и утверждение алгоритмов различных манипуляций в сестринской помощи.

Прежде чем понять сущность этапов сестринского процесса, давайте разберемся в философии данной специальности.

Философия сестринского дела основана на общечеловеческих принципах этики и морали. Она отражает мировоззрение медицинского работника в отношении его деятельности, формирование целостного взгляда на его труд, роли и места в системе здравоохранения, как это не банально. В центре этого мировоззрения стоит человек здоровый, больной или умирающий. Человек со своими биологическими психологическими социальными и духовными потребностями. Человек, имеющий право на активную и гармоничную жизнь и ее развитие, на получение сестринских услуг, независимо от вероисповедания и социального происхождения. Основные принципы философии – это уважение жизни, достоинства и прав пациента. Философия устанавливает этические обязанности по обслуживанию больных, такие как соблюдение конфиденциальности и уважение автономии. Цель ухода за больным для медицинской сестры – это применение знаний и умений, направленных на поддержании здоровья. Быть независимой, проявляя сострадание, терпение и милосердие. Одной из составных частей философии является этический кодекс. Кодекс излагает основные принципы поведения и оценки действий представителей сестринской профессии в каждой стране. Он составляет систему мировоззрения, внутри которой медицинская сестра принимает решения, соответствующие этическим нормам, развивается самостоятельно в сестринской профессии.

Что может дать сестринский процесс? Первое и самое важное, это метод научно-обоснованных действий медицинского работника, которые определяют конкретные потребности пациента в уходе за ним. Во-вторых, последовательная смена действий способствует выделению из ряда существующих проблем, приоритетные, ожидаемые результаты ухода и прогнозирование последствий. Третье, медицинская сестра определяет план действий по уходу, стратегию по удовлетворению нужд больного. Ну и последнее, с помощью сестринского процесса можно оценить эффективность проведенной работы, профессионализм вмешательства и контроль качества оказания помощи.

Преимущества внедрения методологии сестринского процесса заключается в обеспечении системного и индивидуального подхода к проведению сестринского процесса, активном участии пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода, создании широкого использования стандартов профессиональной деятельности.

Организационная структура сестринского процесса состоит из последовательных этапов: обследование, диагностика состояния,

планирование помощи, выполнений сестринских вмешательств манипуляций и оценка полученных результатов. И на всех этапах профессиональная компетентность, навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации данных, достаточное время и доверительная обстановка, конфиденциальность, согласие и участие пациента и/или мультидисциплинарной бригады.

Для того, чтобы разобрать все 5 этапов сестринского процесса на конкретном клиническом примере, давайте ознакомимся с основными принципами ухода:

1. Предупреждение травматизма – обеспечение безопасности.
2. Соблюдение конфиденциальности (подробности личной жизни пациента не обсуждаются в группе, с товарищем в столовой, т.к. не должны быть известны посторонним).
3. Уважение чувства достоинства (выполнение всех процедур с согласия пациента, обеспечение уединения, если необходимо).
4. Общение (расположение пациента и членов его семьи к беседе, обсуждение хода предстоящей процедуры и плана ухода в целом).
5. Независимость (поощрение каждого пациента к самостоятельности).
6. Инфекционная безопасность (осуществление соответствующих мероприятий).

В условиях стационара медсестре часто приходится осуществлять уход за пациентами с нарушением удовлетворения потребности «двигаться». Такие пациенты нуждаются в интенсивном сестринском уходе, так как они не могут самостоятельно удовлетворить большинство потребностей. В некоторых ситуациях пациенту запрещают или ограничивают двигательную активность врач, который стремится предотвратить возможное ухудшение состояния больного человека в связи с чрезмерной для него физической нагрузкой. В зависимости от заболевания и состояния пациента, врач назначает ему определенный режим двигательной активности. Задача медицинской сестры это обеспечить выполнение назначенного режима.

Виды режимов двигательной (физической) активности:

1. Строгий постельный режим – пациенту категорически запрещается не только вставать, садиться, но в некоторых случаях – даже самостоятельно поворачиваться в постели.
2. Постельный режим – разрешается поворачиваться в постели, под наблюдением медицинской сестры или специалиста

по лечебной физкультуре – делать специальные гимнастические упражнения. Через определенное время, с разрешения врача, присаживаться на краю кровати, опустив ноги.

3. Палатный режим – разрешается сидеть на стуле рядом с кроватью, вставать и недолго ходить по палате. Туалет, кормление пациента и физиологические отправления осуществлять в палате.
4. Общий режим – разрешается свободная ходьба по коридору и другим помещениям стационара, прогулки по территории больницы. Пациент самостоятельно обслуживает себя: принимает пищу, пользуется туалетом, ванной комнатой.

Запомните!

Нарушение двигательной активности может повлечь за собой последствия для пациента, вплоть до смертельного исхода.

Цели назначения постельного режима:

- 1) Ограничить физическую активность пациента (это снизит потребность клеток организма в кислороде следовательно, позволит адаптироваться к условиям гипоксии при нарушении удовлетворения потребности «дышать»).
- 2) Уменьшить боль, в том числе послеоперационную. Это позволит снизить дозу необходимых обезболивающих препаратов.
- 3) Дать возможность ослабевшему и истощенному пациенту собраться с силами и отдохнуть.

Постельный режим физиологичен лишь в том случае, если пациент может сам поворачиваться, занимать удобное положение и присаживаться в постели. При назначении строгого постельного режима удовлетворение основных потребностей значительно нарушается. Такие пациенты обязательно нуждаются в проведении специальных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения целого ряда проблем.

Положение пациента в постели

Положение пациента в постели может быть активным, пассивным и вынужденным. При активном положении пациенты обычно в состоянии самостоятельно поворачиваться в постели, садиться, вставать, передвигаться, принимать пищу, умываться и т.д. При пассивном положении пациенты малоподвижны, не могут самостоятельно повернуться поднять голову, руки. Чаще они находятся в бессознатель-

ном состоянии. Вынужденное положение пациент занимает для облегчения своего состояния и уменьшения болезненных симптомов (одышки, кашля, болей). Медицинская сестра должна постоянно следить за тем, чтобы положение пациента было функциональным, т. е. улучшало функцию того или иного пораженного органа. Легче всего этого добиться, помещая пациента на функциональную кровать.

Запомните! В любом случае пациенту должно быть создано удобное положение в постели. Постельный комфорт является элементом лечебно-охранительного режима.

Приготовление постели (смена постельного белья). Общий комфорт пациента невозможен без чистой постели. Заправка ее для больного человека несколько отличается от повседневной, в домашних условиях. Безусловно, проще заправить постель, если временно переместить пациента на стул (кресло). Следует помнить, что в некоторых случаях простыня может быть вспомогательным средством перемещения пациента, а подушки – необходимым условием для правильного его размещения .

Уход за кожей. Профилактика пролежней

Чистая кожа нормально функционирует. Для этого ежедневно необходимо проводить утренний и вечерний туалет. Способствует загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль, особенно в подмышечных впадинах, в складках под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника. Пациента следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю. Если пациент неподвижен и ванна или душ ему противопоказаны, то кроме ежедневного умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета, необходимо мыть его по частям. После мытья следует насухо вытирать кожу. Подмышечные и паховые области, складки кожи под грудными железами следует мыть ежедневно, особенно у тучных людей, страдающих повышенной потливостью, т.к. на этих участках тела быстро образуются опрелости.

Профилактика и уход за пациентами при пролежнях

Пролежни легко образуются у ослабленных пациентов, вынужденных длительно находится в горизонтальном положении, или сидеть без движения. Пролежень (decubitus) – омертвление (некроз) кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей (слизистой оболочки). Пролежни образуются у тяжелых, ослабленных пациентов в положении

лежа «на спине» (крестец, область лопаток, локтей, пяток, затылка). В положении «на боку» пролежни могут образовываться в области тазобедренных и коленных суставов. При длительном пребывании пациента в положении «сидя» пролежни появляются в области копчика и седалищных бугров, в некоторых случаях – на пальцах ног, если «давит» тяжелое одеяло. Можно ли реально предупредить развитие пролежней? К сожалению, бытует мнение, что большая часть тяжелобольных, неподвижных пациентов обречены на пролежни. Скорее, такой печальный прогноз обусловлен устаревшими представлениями и о риске развития пролежней, и о механизмах их развития, и о методах профилактики и лечения. Число пациентов, приобретающих пролежни в лечебных учреждениях, постоянно возрастает. Безусловно, увеличивается стоимость ухода, а физические и эмоциональные страдания этих людей невозможно оценить. На сегодняшний день медицина располагает достаточными данными, позволяющими использовать эффективные методы и профилактики и лечения пролежней.

Цели систематической программы, направленной на предупреждение пролежней:

- выявление пациентов, находящихся в зоне риска развития пролежней;
- предупредить или способствовать заживлению пролежней;
- обучение пациентов и/или его родственников принципам питания, предупреждающего пролежни;
- обучение пациента и /или его родственников принципам профилактики пролежней, уходу за пролежнями.

Три основных фактора приводят к образованию пролежней

Первый фактор, о котором чаще всего упоминают, это **давление**. Вследствие давления тела происходит сдавливание тканей (кожи, мышц) между поверхностью, на которую оно опирается, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обуви у пациентов, сидящих неподвижно. Второй фактор, о котором практически не упоминается **«срезающая сила»**. Разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхности, или их «срезывания». Сдвиг тканей наблюдается, если человек съезжает в постели с подушек вниз, или подтягивается к изголовью кровати, а также при не-

произвольной технике перемещения пациента персоналом или родственником. Этот фактор может вызвать столь глубокие повреждения тканей, как и при прямом давлении. В более серьезных случаях происходит даже разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Причем, глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, т.к. расположенная над ними кожа в течении двух недель может оставаться неповрежденной.

Третий фактор, о котором даже практически не упоминают, – **трение** как компонент «срезающей силы». Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены ему люди при недержании мочи, потоотделении, ношении влажного и не впитывающего влагу (синтетического) нательного белья или располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, клеенки или нерегулярно меняемые подстилки). В обычных условиях на один из этих факторов не приводит к образованию пролежней, однако в сочетании с другими – неподвижность, потеря чувствительности, анемия, депрессия и др., они представляют риск.

Есть и другие причины, предрасполагающие к развитию пролежней на фоне действия давления:

- слишком большая или слишком низкая масса тела;
- сухость кожи и образующиеся вследствие этого трещины;
- недержание мочи и /или кала и чрезмерная влажность;
- заболевания сосудов, приводящие к нарушению питания тканей;
- анемия;
- ограничение подвижности пациента вследствие:
 - поступления пациента в стационар и отсутствия помощи при перемещении, к которой он привык дома;
 - применения седативных и обезболивающих седативных средств;
 - апатии и депрессии;
 - повреждения двигательных центров головного и спинного мозга;
 - боли;
 - наличие повышенной или пониженной температура тела;
 - трофологическая недостаточность.

Таким образом, *наиболее подвержены действию вышеперечисленных факторов:* престарелые; пациенты с травмой спинного мозга; получающие седативные и анальгезирующие средства; с по-

вреждением конечностей; в состоянии кахексии; с низкой сопротивляемостью к инфекции; не получающие достаточного количества белковой пищи. *Второстепенные факторы*, приводящие к развитию пролежней: недержание мочи и /или кала; влажное нижнее белье; неправильная техника перемещения пациента; жесткие поверхности, на которых сидит (лежит) пациент длительное сидение в постели (на стуле); неправильное положение тела; неумение (незнание) использования приспособлений, ослабляющих давление. Именно второстепенные факторы должны быть, прежде всего в поле зрения сестринского персонала. Для этого необходимо, во-первых, ясно понимать потенциальную опасность действия этих факторов на пациента, во-вторых, знать принципы профилактики пролежней и свои возможности, а также систему предварительной оценки, позволяющей выявить пациентов, находящихся в зоне риска. В настоящее время существует несколько шкал для количественной оценки риска развития пролежней. Многие из них основаны на методике, впервые предложенные Нортон для научных исследований в области сестринского ухода за престарелыми пациентами.

Шкала Нортон – система подсчета баллов, в основе которой пять критериев: физическое состояние, психическое состояние, активность, подвижность и недержание.

Шкала Д.Нортон

Ф.И.О. пациента _____

Номер палаты _____ Дата _____

Физическое состояние	Психическое состояние	Активность	Подвижность	Недержание	
Хорошее 4	Внимателен 4	Ходячий 4	Полная 4	Нет 4	Сумма баллов
Среднее 3	Апатичен 3	Помощь при ходьбе 3	Ограничена 3	Иногда 3	Сумма баллов
Тяжелое 2	Растерян 2	Сидячий 2	Сильно ограничена 2	Постоянно / мочи 2	Сумма баллов
Плохое 1	Ступор 1	Лежачий 1	Неподвижен 1	Мочи/кала 1	Сумма баллов

При сумме баллов 14 и менее пациент попадает в зону риска, при сумме баллов менее 12 – в зону высокого риска.

Запомните! По шкале Нортон: чем меньше баллов (менее 14), тем больше риск. Впоследствии Нортон считала, что пациентов с 16 и более баллами можно также отнести к зоне риска из-за длительного применения антибактериальной терапии, снижающей сопротивляемость организма. Для многих эта шкала удобна в сочетании с картой сестринского наблюдения, в которую ежедневно вносится сумма подсчитанных баллов и предпринятые для профилактики пролежней сестринские вмешательства. Наиболее универсальной с точки зрения использования в отделениях ЛПУ различного профиля является шкала оценки риска развития пролежней по Waterlow. Она поставила перед собой цель – создать «памятную записку» по вопросам профилактики пролежней. Предложенная ею карта должна помочь понять факторы, влияющие на возникновение пролежней, дать методику проведения оценки риска развития пролежней и выработать адекватную тактику в отношении профилактики и /или лечения. См. приложение №1.

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- нет риска – 1-9 баллов,
- есть риск – 10 баллов,
- высокая степень риска – 15 баллов,
- очень высокая степень риска – 20 баллов.

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первом осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов. Следует помнить, что повреждение тканей часто наступает до поступления пациента в лечебное учреждение, в результате заболевания (несчастливого случая), произошедшего с ним ранее. Сидячий пациент также находится в зоне риска.

Пролежни – серьезная проблема, они дорогостоящее бремя на плечах системы здравоохранения и доставляют много беспокойств для пациента и близких. Поэтому все, что можно спрогнозировать и определить степень риска развития пролежней у пациентов, полезно, поскольку позволяет своевременно начать адекватный уход. **Запомните!** Какую бы шкалу вы ни выбрали для оценки риска

развития пролежней, подсчет баллов следует проводить регулярно, а также всякий раз, когда в состоянии пациента наблюдаются изменения. Иначе это пустая трата времени. Waterlow утверждает, если пациент попадает в любую из перечисленных категорий риска, следует немедленно начинать проводить профилактические мероприятия, которые потребуют определенных умений и навыков сестринского персонала, и применения профилактических и вспомогательных средств.

Профилактические и вспомогательные средства при риске развития пролежней (по J. Waterlow)

Специальный матрац /кровать

- при сумме 10 и более баллов использовать специальные поролоновые матрацы;
- при сумме 15 и более баллов – специальные противопролежневые матрацы в сочетании с кроватями специальной конструкции;
- при сумме 20 и более баллов – специальные кровати, противопролежневые водные (гелевые) матрацы, матрацы заполненные воздухом (постоянные или с периодическим поддувом).

Подушки

Ни один пациент, пользующийся креслом – каталкой, инвалидной коляской не должен сидеть в кресле без подушки:

- при сумме 10 и более баллов пациент сидит на поролоновой подушке толщиной около 10 см;
- при сумме 15 и более баллов желательно использовать подушку, содержащую гель, в крайнем случае поролон;
- при сумме 20 и более баллов – подушка-«ложемент», легко принимающая форму конкретного пациента. *Постельное белье.* Категорически противопоказаны простыни из синтетического волокна, особенно в сочетании со специализированными (противопролежневыми) матрацами и кроватями, поскольку в этом случае простыни сводят к нулю эффект противопролежного матраца и специальной кровати. Одеяло также должно быть в хлопчатобумажном пододеяльнике.

Валики для рук, ног и подушки из поролона применяют в качестве прокладок, овечья шерсть используется как вспомогательное средство.

альный матрац, вспомогательные средства (валики, подушки, поролон), комфортное постельное и нижнее белье (хлопчато-бумажное, без складок и пуговиц и т.д.). Для перемещения следует составить конкретный график: смена положения через каждые 2 часа (график должен быть записан в плане ухода). Целесообразно совместить положение Фаулера с временем приема пищи, чтобы исключить дополнительные изменения, создающие трудности как пациенту, так и тем, кто его перемещает. Выбор положения, особенно на «животе», нужно согласовывать с врачом, т.к., например, при отеках, одышке оно противопоказано.

Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть)

Сестринские вмешательства	Кратность
Проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз
Изменять положение пациента каждые 2 часа: 8-10 ч. – положение «сидя»; 10-12 ч. – положение «на левом боку»; 12-14 ч. – положение «на правом боку»; 14-16 ч. – положение «сидя»; 16-18 ч. – положение Симса; 18-20 ч. – положение «сидя»; 20-22 ч. – положение «на правом боку»; 22-24 ч. – положение «на левом боку»; 0-2 ч. – положение Симса; 2-4 ч. – положение «на правом боку»; 4-6 ч. – положение «на левом боку»; 6-8 ч. – положение Симса; Если пациент может быть перемещен (или перемещаться самостоятельно с помощью вспомогательных средств) и в кресле (инвалидной коляске), он может находиться в положении сидя и в кровати.	Ежедневно 12 раз
Обмывание загрязненных участков кожи.	Ежедневно 1 раз

Сестринские вмешательства	Кратность
Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)	Ежедневно 12 раз
Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)	По индивидуальной программе
Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания	По индивидуальной программе
Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств	По индивидуальной программе
Определение количества съеденной пищи (количество белка – не менее 120 г, аскорбиновой кислоты – 500-1000 мг в сутки)	Ежедневно 4 раза
Обеспечить употребление не менее 1,5 л. жидкости в сутки: 9-13 ч. – 700 мл; 13-18 ч. – 500 мл; 18-22 ч. – 300 мл.	В течение дня
Использовать поролоновые прокладки, исключающие давление на кожу под участки риска, в т. ч. в положении пациента «сидя» (под стопы)	В течение дня
При недержании: - мочи – смена подгузников каждые 4 часа; - кала – смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой.	В течение дня
При усилении болей – консультация врача	В течение дня
Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	В течение дня
Массаж кожи около участков риска	Ежедневно 4 раза

Приложение №1

Шкала ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

Телосложение: масса тела относительно роста	Балл	Тип кожи	Балл	Пол, Возраст, лет	Балл	Особые факторы риска	Балл
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1	Женский 14-49	2		
Ожирение	2	Сухая	1	50-64	2	Сердечная недостаточность	5
Ниже среднего	3	Отечная	1	65-74	3		
		Липкая (повышенная температура)	1	75-81	4	Болезни периферических сосудов Анемия	5
		Изменение цвета	2	более 81	5		2
Трещины, пятна	3					Курение	1
Недержание	Балл	Подвижность	Балл	Аппетит	Балл	Неврологические расстройства	Балл
Полный контроль/через катетер	0	Полная	0	Средний	0	Например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/сенсорные, параплегия	4
Периодическое	1	Беспокойный, суетливый	1	Плохой	1		
Через катетер/недержание кала	2	Апатичный	2	Питательный зонд/только жидкости	2		
Кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3	Не через рот/анорексия	3		
		Инертный	4				-
		Прикованный к креслу	5				6
				Обширное оперативное вмешательство/травма			Балл
				Ортопедическое – ниже пояса			
				Позвоночник			5
				Более 2 ч на столе			5
				Лекарственная терапия			Балл
				Цитостатические препараты			4
				Высокие дозы стероидов			4
				Противовоспалительные			4

Приложение № 2

ОБРАЩЕНИЕ С ПОСТЕЛЬНЫМ БЕЛЬЕМ

При этой процедуре необходимо соблюдение общих мер безопасности:

1. Надевать перчатки при контакте с бельем, испачканным биологическими жидкостями человека.
2. Не трясти постельными принадлежностями, чтобы предупредить загрязнение окружающей среды.
3. Укладывать грязное белье сразу в мешки (клеенчатые или полиэтиленовые), не выносить его без мешка из помещения, в котором было снято. Не сортировать и не встряхивать в помещении, где находится пациент.
4. Запрещается разборка грязного белья в отделении.
5. Мокрое постельное и нательное белье складывать в непромокаемый мешок и в нем переносить в другое помещение.
6. Никогда не бросать грязное белье на пол и не складывать на другие поверхности (стул, стол и т.п.).

Приложение № 3

ПРАВИЛЬНАЯ БИОМЕХАНИКА ТЕЛА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Знание биомеханики тела позволит предотвратить травму.

Сидеть, стоять и поднимать тяжести можно с соблюдением определенных правил.

Правильная биомеханика в положении сидя заключается в следующем:

1. колени должны быть чуть выше бедер (это позволит перераспределить массу тела и уменьшить нагрузку на поясничный отдел позвоночника);
2. спина должна быть прямой, а мышцы живота – напряженными;
3. плечи должны быть расправлены и расположены симметрично бедрам.

Для того чтобы повернуться, находясь в положении сидя, повернитесь всем корпусом, а не только грудью или плечами:

Если по роду деятельности сестры ей приходится часто поворачиваться в стороны, сидя на стуле, лучше, чтобы этот стул был вертящимся и на колесах. Кроме того, следует правильно подобрать стул. Для этого сядьте на стул и обопритесь на его спинку. Высота стула и его глубина подобраны правильно, если:

- $2/3$ длины ваших бедер находятся на сиденье;
- стопы без напряжения касаются пола.

Если размер стула не подходит, следует использовать различные приспособления (подушки, подставки для ног), для того чтобы биомеханика тела была правильной.

Правильная биомеханика тела в положении стоя заключается в следующем:

1. колени должны быть расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
2. масса тела должна быть распределена равномерно на обе ноги;
3. ступни должны быть расставлены на ширину плеч;
4. для того чтобы снизить нагрузку на поясничный отдел позвоночника, встаньте прямо и напрягите мышцы живота и ягодиц; голову при этом следует держать прямо, чтобы подбородок находился в горизонтальной плоскости;
5. расположите плечи в одной плоскости с бедрами.

ЗАПОМНИТЕ!

Для того чтобы повернуться, находясь в положении стоя, вначале поверните ступни так, чтобы за ними следовал корпус тела. Не начинайте поворот с поясицы!

ПРАВИЛЬНАЯ БИОМЕХАНИКА ПРИ ПОДНЯТИИ ТЯЖЕСТЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:

1. перед поднятием тяжестей расположите стопы на расстоянии 30 см друг от друга, выдвинув одну стопу слегка вперед (этим достигается хорошая опора и уменьшается опасность потеря равновесия и падения);
2. встаньте рядом с человеком, которого вам нужно будет поднимать, так, чтобы вам не нужно было наклоняться вперед;
3. прижимайте поднимаемого человека к себе в процессе подъема;
4. сгибайте только колени, поднимая человека, сохраняя туловище в вертикальном положении;
5. не делайте резких движений.

Для того чтобы повернуться, сначала поднимите груз, а затем, опираясь на стопы, плавно поворачивайтесь, не сгибая туловища, до тех пор, пока груз находится у вас на руках.

Используя правильную биомеханику тела, сестра обеспечивает себе безопасность, а стало быть, сохраняет свое здоровье.

Сестра, как и весь персонал лечебного учреждения, несет ответственность за безопасность пациента. В процессе ухода сестра должна помочь соблюдать и сохранять правильную биомеханику тела, оказывая помощь пациенту, неправильно сидящему в кресле, неудобно лежащему в постели, а также когда он, находясь в положении стоя, подвергается опасности падения.

Приложение № 4

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРАВМ ПАЦИЕНТА

Мне бы хотелось остановиться еще на нескольких аспектах, связанных с обеспечением безопасности пациента в лечебном учреждении.

Падение пациента, являющееся наиболее частой причиной травм, можно предупредить, соблюдая следующие условия:

1. пациенты не должны ходить по влажному полу;
2. на пути перемещения пациента не должно быть посторонних предметов;
3. пациенты, страдающие головокружением, слабостью, нуждаются в обязательном сопровождении;
4. при перемещении пациента с кровати на каталку в случае отсутствия у каталки тормоза следует соблюдать особую осторожность;
5. при перемещении пациента в кресло-каталку в случае отсутствия тормоза следует выполнять эту манипуляцию вдвоем с помощником;
6. на пути самостоятельного перемещения пациента должно быть достаточное освещение.

Высокими факторами риска являются следующие:

1. возраст старше 65 лет;
2. сведения о том, что ранее у пациента уже были падения;
3. нарушения зрения и равновесия;
4. нарушение походки и постуральных рефлексов (рефлекс, связанный с изменением положения);
5. лекарственная терапия, включающая прием диуретиков, транквилизаторов, седативных, снотворных препаратов и анальгетиков;
6. ортостатическая реакция, сопровождающаяся головокружением, при переходе пациента из положения «лежа» в положение «сидя» или «стоя»;
7. увеличенное время реакции: неспособность пациента быстро принимать решение в случае возникновения опасности падений;
8. спутанность сознания или дезориентация;
9. нарушение подвижности.

Если у пациента выявлен высокий риск падения, следует:

1. размещать пациента в палате, находящейся недалеко от сестринского поста;
2. привести кровать в максимально низкое положение;
3. обеспечить пациента средством связи с постом сестры;
4. в палате включать ночное освещение;
5. при вставании и перемещении поддерживать пациента;
6. обувь должна быть на нескользящей подошве;
7. хранить предметы первой необходимости в доступном для пациента месте;
8. быстро отвечать на вызов пациента;
9. обеспечить пациенту возможность своевременно осуществлять все гигиенические процедуры;
10. обеспечить пациенту возможность своевременно посещать туалет;
11. в туалете необходимо сделать поручни для опоры при перемене позы тела;
12. помогая пациенту в перемещении, подобрать средства для передвижения.

Приложение №5**СМЕНА БЕЛЬЯ НА ПОСТЕЛИ, НЕ ЗАНЯТОЙ ПАЦИЕНТОМ**

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, пододеяльник, простыня), перчатки, непромокаемый мешок для грязного белья.

I. Подготовка к процедуре.

1. Надеть перчатки.
2. Снять грязное постельное белье.

II. Выполнение процедуры

3. Опустить боковые поручни, если они есть.
4. Проверить, нет ли в грязном постельном белье личных вещей пациента (зубных протезов, слухового аппарата и т.д.)
5. Извлечь одеяло из пододеяльника, сложить и поместить на чистую поверхность (например, на спинку стула).
6. Снять грязную наволочку с подушки и положить ее на мешок для грязного белья; положить подушку на чистую поверхность (например, на тумбочку, стул и т.п.).
7. Ослабить натяжение нижней простыни, двигаясь вокруг кровати, и аккуратно сложить ее в центре.

Примечание. Не тряссти простыню, поскольку пыль, микроорганизмы распространяются по всему помещению.

8. Свернуть все грязное белье в тугий рулон и положить его в специальный мешок.
9. Снять перчатки и сбросить их в отдельную емкость.
10. Застелить кровать чистым бельем с одной стороны:
 - положить чистую простыню на кровать и сложить ее вдвое по длине;
 - расположить центральную складку посередине кровати, а узкую часть простыни заправить в ногах пациента ;
 - убедиться, чтобы рубцы швов обращены вниз;
 - заправить простыню у изголовья ,используя технику изображенную на рис.;
 - аккуратно заправить простыню с боков кровати:
 - встать с одной стороны кровати;
 - приподнять край простыни приблизительно на 30 см над уровнем кровати, образовав треугольник;
 - положить образованный треугольник на кровать, придерживая его за вершину;

- заправить свисающую часть под матрац;
 - взять треугольник за вершину, опустить его вниз и заправить по боковой длине под матрац;
 - положить пододеяльник сверху простыни и заправить одеяло;
 - разместить одеяло так, чтобы его центральная линия совпадала с центром кровати;
 - заправить край одеяла под матрац, используя методику заправки простыни;
 - сделать отворот верхней части одеяла, чтобы можно было прикрыть им подушку.
11. Прodelать ту же процедуру с другой стороны кровати.
12. Надевание наволочки:
- вывернуть на изнанку;
 - надеть на руки;
 - взять подушку за углы через наволочку ;
 - надеть наволочку на подушку, выворачивая ее на лицевую сторону;
 - заправить углы подушки за углы наволочки;
 - положить на кровать и прикрыть одеялом.
13. Если пациент собирается лечь в постель:
- опустить изголовье до горизонтального уровня;
 - отвернуть одеяло;
 - помочь пациенту (при необходимости) занять удобное положение;
 - поднять (при необходимости) боковые поручни, при отсутствии – использовать подручные средства.
 - убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.

III. Завершение процедуры

14. Протереть тумбочку и другие поверхности влажной тканью.
15. Снять перчатки, вымыть руки.

Смена постельного белья (пациент в постели) на кровати с изменяющейся высотой (выполняет одна сестра)

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, пододеяльник, простыни), перчатки, непромокаемый мешок для белья.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту (если это возможно) ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает и получить его согласие.

2. Приготовить комплект чистого белья.

- После того как вы получили всю необходимую информацию, обсудите с коллегой, который будет вам помогать, план совместных действий по перемещению пациента.
- Перемещая пациента в постели, сестре следует учитывать сохранение правильной биомеханики тела, как пациента, так и своей собственной.

II. Выполнение процедуры

3. Начать замену постельного белья с одной стороны кровати:

- надеть перчатки;
- оценить окружающую обстановку и состояние пациента;
- опустить поручни;
- опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (если позволяет состояние пациента);
- снять пододеяльник с одеяла: укрыть пациента пододеяльником или простыней (на время смены белья), одеяло сложить и повесить на спинку стула;
- убедиться, что чистые постельные принадлежности рядом;
- встать у кровати со стороны опущенного поручня;
- убедиться, что в кровати нет личных вещей пациента (если есть, спросить куда их положить);
- повернуть пациента на бок, по направлению к себе;
- поднять боковой поручень (пациент может находиться в положении «на боку», держась за поручень);
- вернуться на противоположную сторону кровати, опустить поручень;
- приподнять голову пациента и поправить подушку (если есть дренажные трубки, убедиться, что они не перегнуты);
- скатать валиком грязную простыню по направлению к спине пациента и подсунуть этот валик ему под спину, если простыня сильно загрязнена (выделения, кровь и т.д.), положить на нее пеленку;
- сложить чистую простыню вдвое по длине и расположить центральную складку посередине кровати;
- заправить простыню у изголовья, используя метод «скашивания угла», описанный в предыдущей процедуре;
- заправить среднюю часть, затем – верхнюю и нижнюю части простыни под матрац;

- помочь «перекатится» через эти простыни по направлению к вам;
 - убедиться, что пациент лежит комфортно;
 - убедиться, что дренажные трубки не перекручены;
 - поднять боковой поручень на стороне, где только, что работали; перейти на другую.
4. Заменить постельное белье на другой стороне кровати так же, как описано выше.
 5. Заправить простыню со второй стороны.
 6. Грязную простыню сбросить в непромокаемый мешок в свернутом виде.
 7. Смена наволочки:
 - убрать подушку из-под головы пациента;
 - снять наволочку и сбросить ее в мешок для грязного белья;
 - вывернуть чистую наволочку наизнанку;
 - взять подушку за углы наволочкой;
 - натянуть наволочку на подушку;
 - заправить углы подушки за углы наволочки;
 - приподнять голову пациента и положить подушку;
 - поднять боковой поручень.
 8. Надеть пододеяльник на одеяло.
 9. Укрыть пациента одеялом, извлекая из-под него грязный пододеяльник, которым он был укрыт. Пододеяльник сбросить в мешок.
 10. Сделать складку в одеяле для пальцев ног (чтобы исключить давление одеяла на кончики пальцев):
 - встать в ногах пациента, взять одеяло с пододеяльником на расстоянии приблизительно 50 см от края кровати;
 - осторожно потянуть его на себя;
 - сделать складку 7-10 см из одеяла для пальцев ног (это особенно важно для пациентов, имеющих риск развития пролежней).
 11. Убедиться, что пациент лежит удобно.

III. Завершение процедуры

12. Протереть тумбочку влажной тканью.
13. Снять перчатки, вымыть руки.

Если пациент тучный или полностью неподвижен, сменить постельное белье в одиночку достаточно трудно и небезопасно для здо-

ровья медсестры. В этом случае смену постельного белья нужно проводить с помощником. На рисунке представлена техника смены белья вдвоем в том случае, если пациент может повернуться на бок. Подкладная пеленка, которая подкладывается под пациента сверху простыни, служит вспомогательным средством при перемещении на бок.

При невозможности поворачивать пациента на бок, можно поменять простыню другим способом. Делать это в одиночку не следует, поскольку существует высокий риск повреждения позвоночника у медсестры.

Смена простыни, когда пациент не может повернуться на бок (выполняют две сестры)

Оснащение: перчатки, чистая простыня, непромокаемый мешок для грязного белья.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту (если это возможно) ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает. После того как вы получили всю необходимую информацию, обсудите с коллегой, который будет вам помогать, план совместных действий по перемещению пациента. Перемещая пациента в постели, сестре следует учитывать сохранение правильной биомеханики тела как пациента, так и своей собственной.
2. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры

3. Чистую простыню скатать в поперечном направлении и повесить на спинку кровати.
4. Встать с двух сторон кровати пациента. Опустить изголовье. Переместить пациента в положении «на спине».
5. Одна сестра (физически более сильная) приподнимает голову и плечи пациента, другая – убирает подушку на тумбочку, скатывая грязную простыню к середине кровати и расстилает чистую, взбивает и укладывает на место подушку.
6. Опустить голову на плечи пациента на подушку.
7. Одна сестра приподнимает таз пациента, другая – скатывает грязную и раскатывает чистую простыню.
8. Опустить таз пациента на простыню.
9. Одна сестра поднимает ноги пациента, другая – скатывает грязную простыню и сбрасывает ее в мешок, затем раскатывает чистую простыню.

10. Опустить ноги пациента на простыню.
11. Поднять изголовье кровати.

III. Завершение процедуры

12. Поправить одеяло, сделать складку для пальцев ног.
13. Убедиться, что пациент лежит комфортно.
14. Снять перчатки, вымыть руки.

Размещение пациента в постели

Правильное размещение пациента в постели не только улучшает его самочувствие, но при некоторых заболеваниях предупреждает необратимые изменения, приводящие к его инвалидности. Когда пациент неподвижен частично или полностью, он не может самостоятельно занять удобное и необходимое положение. Более того, положение неподвижного человека надо менять каждые 2 часа.

Размещение пациента в положение Фаулера (выполняет одна сестра)

Положение Фаулера – это положение полулежа и полусидя.

Выполняет как на функциональной, так и на обычной кровати при вынужденном пассивном положении (в т.ч. при гемиплегии, параплегии, тетраплегии), риске развития пролежней, необходимости физиологических отпавлений в постели.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает, и получить его согласие.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Подготовить подушки, валики из одеяла (подушки) упор для ног.

II. Выполнение процедуры

4. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.
5. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати.
6. Поднять изголовье кровати под углом 45-60 (90-высокое, 30-низкое Фаулерово положение) или подложить три подушки: человек, прямо сидящий на кровати, находится в высоком положении Фаулера.
7. Подложить подушку или сложенное одеяло под голени пациента.

8. Подложить небольшую подушку под поясницу.
9. Подложить подушку под предплечья и кисти (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.
10. Подложить пациенту подушку под поясницу.
11. Подложить небольшую подушку или валик под колени.
12. Подложить небольшую подушку под пятки.
13. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90 (если необходимо).

III. Завершение процедуры

14. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
15. Вымыть руки.

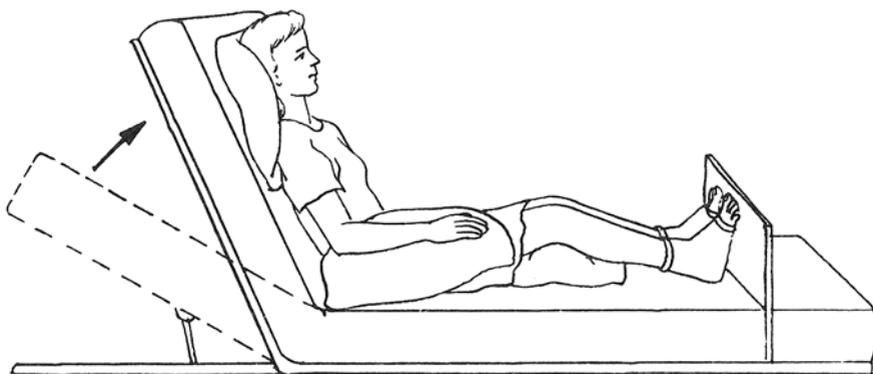


Рисунок 1. Положение Фаулера под углом 60°

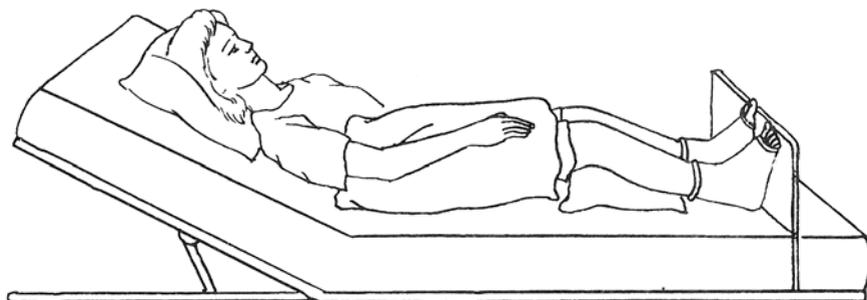


Рисунок 2. Положение Фаулера под углом 45°

Размещение пациента с гемиплегией в положение Фаулера (выполняет одна сестра)

Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати при кормлении (приеме пищи самостоятельно); выполнении процедур, требующих этого положения; риске развития пролежней и контрактур.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает, и получит согласие.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати .
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.

II. Выполнение процедуры

4. Опустить боковые поручни(если они есть) с той стороны, где находится медсестра.
5. Поднять изголовье кровати под углом 45-60 (или подложить три подушки).
6. Усадить пациента. Подложить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось изголовье).
7. Слегка приподнять вверх подбородок пациента. Под парализованную руку положить подушку или одновременно на прикроватном столике перед пациентом нужно обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; подложить под локоть подушку.
8. Расслабленной кисти придать обычное положение: слегка разогнуть ладонь вниз, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половину резинового мячика.
9. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть лежит ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если вверх – пальцы лежат свободно.
10. Согнуть пациенту колени, подложить под них подушку или сложенное одеяло.
11. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

III. Завершение процедуры

12. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню и подкладную пеленку. Поднять поручни.
13. Вымыть руки.

Размещение пациента с гемиплегией в положении на «спине» (выполняет одна сестра)

Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати при ночном и дневном отдыхе; риске развития пролежней и контрактур; гигиенических процедурах в постели; как предварительный этап для размещения.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает, и получить его согласие.
2. Оценивать его состояние и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.

II. Выполнение процедуры

4. Опустить боковые поручни(если они есть) с той стороны, где находится медсестра.
5. Придать изголовью кровати горизонтальное положение (или убрать подушку).
6. Под парализованное плечо подложить сложенное полотенце или подушку.
7. Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх. Можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее ,согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.
8. Придать кисти парализованной руки одно из рекомендованных в предыдущих процедурах положений.
9. Под парализованное бедро положить небольшую подушку.
10. Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить подушку.
11. Обеспечить упор для стоп в мягкие подушки под углом 90°.

III. Завершение процедуры

12. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
13. Вымыть руки.

Перемещение и размещение пациента с гемиплегией в положение «на животе» (выполняет одна или две сестры по назначению врача; пациент не может помочь).

Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати при вынужденном или пассивном положении; риске развития пролежней.

I. Подготовка к процедуре.

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры. Убедиться, что он понимает, и получить согласие.
2. Оценить его состояние и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика, вымыть руки.

II. Выполнение процедуры

4. Опустить боковые поручни(если они есть) с обеих сторон.
5. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушку).
6. Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела.
7. Перейти на другую сторону. Встать коленом на край кровати (на протектор) и повернуть пациента на бок(парализованную сторону тела).
8. Поместить подушку под живот пациента.
9. Выпрямить локоть парализованной руки, прижать к туловищу и подсунуть кисть под бедро, или поднять руку вверх.
10. Осторожно перевернуть пациента через парализованную руку на живот.
11. Повернуть голову пациента на бок (в сторону парализованной половины тела).
12. Согнутую в локте руку отвести в сторону(кисть – к изголовью кровати); пальцы руки по возможности разогнуть (можно использовать 1/2 резинового мячика).
13. Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку (от коле до лодыжек).
14. С помощью высокой подушки приподнять пальцы стоп на матрасе, чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°.

III. Завершение процедуры.

15. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
16. Вымыть руки.

Помощь пациенту при снятии и надевании одежды

Оказывая пациенту помощь в надевании и снятии одежды, нужно следовать принципам:

- не обнажать пациента, меняя его нательное белье (уважая его чувство собственного достоинства и исключая переохлаждение);
- во время снятия или надевания одежды нужно быть уверенным, что сидящий пациент не упадет (обеспечивая его безопасность).
- убедиться, что обувь пациента не имеет скользкой подошвы, и плотно охватывает стопу (не тесная, но и не растоптанная) эти меры также обеспечивают безопасность пациента;
- разговаривать с пациентом, меняя ему одежду (обеспечивается необходимое общение);
- поощрять пациента максимально участвовать в смене одежды (это помогает ему почувствовать независимость);
- мыть руки до и после снятия одежды (обеспечивая инфекционную безопасность).

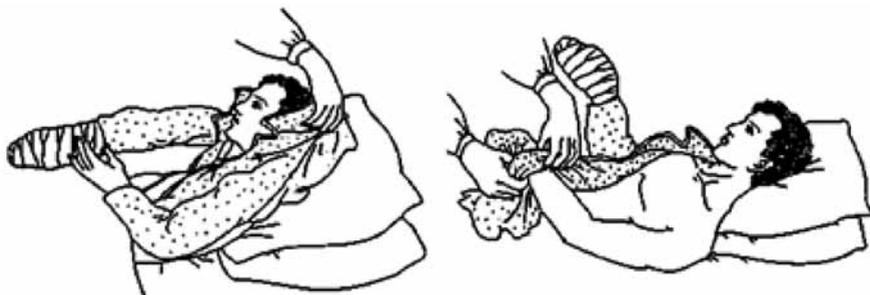


Рисунок 3 Последовательное снятие рубашки с тяжелобольного пациента.

Помощь пациенту при снятии одежды и надевании пижамы (пациент может сидеть).

Оснащение: чистое белье (одежда), мешок для грязного белья (при смене одежды), простыня.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает, и оценивать его возможности сидеть. Получить его согласие на процедуру.

2. Вымыть руки.
3. Помочь пациенту сесть на край кровати.

II. Выполнение процедуры

4. Помочь пациенту снять рубашку (платье):
 - если одна рука повреждена или парализована, сначала снять рукав с неповрежденной руки;
 - если у пациента стоит капельница и ему проводится в/в вливание:
 - собрать в складку рукав на этой руке;
 - придерживая собранный в складку рукав, осторожно снять со штатива флакон с лекарственным средством.
 - средством и осторожно просунуть флакон, трубки через собранный в складку рукав;
 - закрепить флакон на штативе.

Примечание. Особенно осторожно проносить рукав над областью венепункции.

5. Укрыть пациента простыней.
6. Помочь пациенту снять нижнюю рубашку (женщине - бюстгальтер и комбинацию);
7. Помочь пациенту надеть пижаму (женщине – ночную рубашку):
 - собрать в складку рукав его пижамной куртки;
 - осторожно снять флакон со штатива;
 - плавно просунуть флакон, трубки капельницы и руку пациента через этот рукав;
 - накинуть пижамную куртку (ночную рубашку) на плечо пациента.
8. Помочь пациенту снять туфли и носки.
9. Помочь ему лечь в постель (на кушетку) и укрыть простыней.
10. Помочь снять брюки, нижнее белье:

Попросить его приподнять таз, чтобы вы могли просунуть свои руки под простыню для снятия брюк.

Примечание. Если пациент не может приподнять таз лежа на спине, то: расстегнуть пояс и молнию (пуговицы) на брюках, повернуть пациента набок и спустить брюки на свободной стороне.

- повернуть пациента на другой бок и спустить брюки с другой части тела и другого бедра;
- повернуть пациента на спину.

Помочь пациенту надеть пижамные брюки.

Примечание. Если пациент не может поднять таз чтобы надеть нижнее белье то:

- повернуть пациента набок и надеть одну штанину на одно бедро и часть ягодицы;
- повернуть пациента на другой бок и натянуть вторую штанину на второе бедро и другую часть ягодицы;
- помочь пациенту удобно лечь на спину.

III. Завершение процедуры

11. Расправить постельное белье, укрыть пациента одеялом.
12. Вымыть руки.

Помощь пациенту при одевании (пациент может сидеть)

Оснащение: чистое белье (одежда), мешок для грязного белья (при необходимости смены белья), простыня.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает, оценить его возможности сидеть и получить его согласие.
2. Вымыть руки
3. Помочь пациенту выбрать ту одежду, которую он обычно носит.

II. Выполнение процедуры

4. Опустить изголовье кровати, помочь пациенту удобно лечь на спину.
5. Накрыть его простыней.
6. Помочь снять пижамные штаны.
7. Помочь пациенту сесть на край кушетки (кровати), при этом нижняя часть его туловища прикрыта простыней.

Примечание:

- Прежде чем надеть носки, осмотрите стопы пациента (покраснения, трещины и т. п.).
 - Не следует пользоваться носками с тугими резинками.
8. Помочь пациенту просунуть ноги в кальсоны и брюки.
 9. Помочь пациенту полностью надеть обувь. Убедиться, что обувь не жмет. Помочь пациенту встать на ноги.
 10. Помочь пациенту полностью надеть и застегнуть нижнее белье и брюки.
 11. Помочь ему вновь сесть и лечь на кровать.

Если он не может сидеть, то:

- помочь лечь на спину;
- надеть на обе ноги штанины кальсон и брюк;
- повернуть на другой бок;
- натянуть кальсоны и брюки на другое бедро и ягодицу;
- помочь лечь на спину;
- застегнуть молнию (пуговицы), ремень на брюках.

Женщине – пациентке:

- накинуть на плечи простыню, чтобы она покрывала верхнюю часть тела;
- снять нижнюю рубашку при накрытой простыне;
- если рубашка снимается через голову, то снять ее с одной руки, второй рукой пациентка придерживает накинутую простыню;
- помочь застегнуть бюстгальтер, повернув застежки вперед; затем повернуть бюстгальтер застежкой назад и помочь надеть бретельки.

Примечание. При проведении в/в капельного вливания использовать технику снятия рукава, изложенную в предыдущей процедуре.

- помочь просунуть руки в рукава нижней рубашки (надеть комбинацию);
- расправить ее на спине.

Примечание. Если у пациента одна рука повреждена или парализована, вначале одеть рукав на эту руку;

- помочь надеть блузку (платье).

Примечание. Предоставить пациенту возможность как можно больше действий совершать самостоятельно.

12. Помочь пациенту встать на ноги, чтобы помочь заправить рубашку в брюки и застегнуть ремень или молнию на брюках.
13. Помочь пациенту лечь на кровать или сесть в кресло.

III. Завершение процедуры

14. Вымыть руки.

Смена рубашки тяжелобольному (выполняет две сестры)

Оснащение: чистая рубашка, непромокаемый мешок для грязного белья.

I. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедить-

ся, что он понимает, и поучить его согласие на ее выполнение.

2. Вымыть руки.

II. Выполнение процедуры

3. Одна сестра поднимает голову и плечи пациента, помогает ему сесть и придерживается в положении «сидя»; вторая – скатывает рубашку со спины и снимает ее через голову (в том случае, если пациент не может поднять руки), а затем – с рук.

4. Положить рубашку в мешок для грязного белья.

5. Одна сестра помогает пациенту сидеть, поддерживая его; вторая – скатывает подготовленную чистую рубашку и надевает ее вначале на голову, а затем просит пациента поднять руки, и надевает на руки.

6. Расправит рубашку.

III. Завершение процедуры

7. Помочь пациенту занять удобное положение

8. Вымыть руки.

6 Литература, Интернет-ссылки

1. Лаптева Е.С. Основы сестринского процесса в клинике внутренних болезней. СПб, Издательский дом СПбМАПО, 2002, – 16с.
2. Мухина С.А., Тарновская И.И., М. 94 Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: Учебник. – М.:Родник, 2005 г.
3. Стандарты практической деятельности медицинской сестры. Ассоциация медсестер России, Москва, 1998 г.
4. <http://www.meduhod.ru/problems/prolezhni.shtml>
5. <http://www.doctor911.ru/uhod-za-bolnymi/sovety-po-uhodu-za-bolnymi/prolezhni/>
6. <http://lib.rus.ec/b/169998/read>

7 Материалы для контроля

1. При физическом обследовании пациента укажите источник информации:

- А. экг;
- Б. измерение артериального давления;
- В. данные о духовном развитии;
- Г. измерение температуры тела.

2. Что в случае длительного вынужденного положения в постели является потенциальной проблемой:

- А. пролежни;
- Б. экстрасистолия;
- В. запоры;
- Г. повышенная температура тела.

3. При уходе за пациентом, что является независимым сестринским вмешательством:

- А. беседа с родственниками;
- Б. обработка зубных протезов;
- В. массаж;
- Г. подготовка операционного поля.

4. Выберите пример сестринского диагноза:

- А. задержка мочи;
- Б. парез нижних конечностей;
- В. вынужденное положение тела;
- Г. невозможность принятия пищи.

5. Основные критерии эффективности сестринского вмешательства:

- А. соответствие полученного результата ожидаемому;
- Б. достижение цели;
- В. анализ потенциальных проблем пациента.

6. Обратимые факторы риска развития пролежней:

- А. неврологические расстройства (сенсорные, двигательные);
- Б. старческий возраст;
- В. обширное хирургическое вмешательство;
- Г. обезвоживание;
- Д. гипотензия;
- Е. недержание мочи и/или кала.

7. Противопрлежневые профилактические мероприятия включают:

- А. обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;
- Б. адекватная техника выполнения простых медицинских услуг;
- В. поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности;
- Г. информированное согласие пациента по уходу.

8. Постельное белье тяжелобольному пациенту меняют:

- 1. 1 раз в неделю;
- 2. 1 раз в 10 дней;
- 3. по мере загрязнения;
- 4. затрудняюсь ответить.

9. Пролежень – это:

- 1. Абсцесс тканей;
- 2. Инфильтрат;
- 3. Некроз тканей;
- 4. Флегмона тканей.

10. Перемещение пациента в постели осуществляется:

- 1. по мере необходимости;
- 2. каждые день;
- 3. 1 раз в день;
- 4. каждые 2 часа.

11. Положение Фаулера это:

1. положение полулежа и полусидя;
2. положение на животе;
3. положение на спине;
4. положение на боку.

12. С целью профилактики пролежней кожные покровы пациента обрабатывают:

1. 10% раствором камфорного спирта;
2. 10% раствором перманганата калия;
3. 10% раствором фурациллина;
4. 10 % раствором натрия гидрокарбоната.

13. Факторы риска образования пролежней:

1. Давление;
2. Трение;
3. Срезающая сила;
4. Анемия.