



Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания
Ярославской области
Красноперекопский психоневрологический интернат

ПАМЯТКА

ПО УХОДУ ЗА КЛИЕНТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ МИЛОСЕРДИЕ:

практические рекомендации



Уход – это не просто выполнение манипуляций, а осуществление всех действий и процедур, которые обеспечивают потребности каждого конкретного больного на протяжении длительного времени. Уход необходимо планировать на индивидуальной и системной основе. Качественный уход предполагает обязательное соблюдение алгоритма осуществления процедур ухода. Правильное выполнение процедур ухода подразумевает безупречное выполнение тех или иных манипуляций, обеспечивающих компенсацию имеющихся видов дефицита самообслуживания, а также соблюдение простых правил проведения процедур и принципов деонтологии.

Основная функция специалистов по уходу - оказание помощи больным с ограниченными возможностями ухода за собой для поддержания максимально возможной самостоятельности в повседневной жизнедеятельности. Они осуществляют индивидуальный уход, выполняют разнообразные социальные и/или бытовые действия. Деятельность по уходу включает в себя медицинский и социальный компоненты, и способствует улучшению качества жизни личности клиента с ограниченными возможностями здоровья.

При выполнении любых видов ухода за нуждающимся в помощи клиентам (проведение гигиенических мероприятий, организация питания и кормления, выполнение рекомендаций врача по уходу, организация досуга подопечного или выполнение поручений по ведению домашнего хозяйства) специалист по уходу руководствуется принципами профессиональной этики, конфиденциальности, гуманности и непрерывности.

**ГБУ СО ЯО КПНИ: г.Ярославль, Парковый проезд, д.7; телефон: (4852) 45-03-67;
сайт: www.kpni76.ru; E-mail: kpni450367@mail.ru**

ИЗМЕРЕНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Артериальное давление (АД) определяют на плечевой артерии в положении пациента лежа на спине или сидя в удобной позе. Манжету накладывают на плечо на уровне сердца, нижним ее краем - на 2 см выше локтевого сгиба. Манжета должна иметь такой размер, чтобы покрывать $\frac{2}{3}$ бицепса. Далее в манжету нагнетают воздух до значений выше ожидаемого систолического АД. Затем давление в манжете постепенно снижают (со скоростью 2 мм рт.ст./с) и с помощью фонендоскопа выслушивают тоны сердца над плечевой артерией той же руки. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа. Давление, при котором будет выслушан первый тон сердца - систолическое АД. Давление, при котором тоны сердца больше не выслушивают - диастолическое АД. Теми же принципами руководствуются при измерении АД на предплечье (тоны выслушивают на лучевой артерии) и бедре (тоны выслушивают на подколенной артерии). Если тоны очень слабы, следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторяют.



ИЗМЕРЕНИЕ ПУЛЬСА

Определение пульса проводят с помощью секундомера. Для определения пульса необходимо вымыть и высушить руки, предложить клиенту занять удобное положение сидя (лежа).

Алгоритм измерения пульса:

- Кисти рук клиента располагают на уровне сердца и охватывают их своими руками так, чтобы I палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а II–V пальцы — на лучевой артерии в области лучезапястного сустава.
- Пальпируют лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости.

- Сравнивают колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании исследование пульса продолжают на одной руке; при разном колебании — на той руке, где колебания выражены лучше).
- Определяют ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями).
- Подсчитывают частоту пульса (при ритмичном пульсе — в течение 30 с, результат умножают на 2; при аритмичном — в течение 1 мин).
- Определяют напряжение пульса (по той силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания).
- Определяют наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе).
- Оценивают свойства артериального пульса — ритм, частоту, напряжение, наполнение.
- Записывают частоту пульса в температурный лист (цифрами).
- Моют руки.

Измерение пульса

Основным методом исследования пульса является пальпация.

Чаще всего пульс исследуют у взрослых на **лучевой артерии**.

А также височной, сонной, лучевой, локтевой, плечевой, бедренной, задней большеберцовой, подколенной, тыльной артерии стопы



ИЗМЕРЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ

Одним дыхательным движением считают комплекс вдоха и следующего за ним выдоха. Количество дыханий за 1 мин называют частотой дыхательных движений (ЧДД) или просто частотой дыхания. В норме дыхательные движения ритмичны. Определение частоты дыхательных движений проводят незаметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определение частоты пульса). Положение клиента - лежа или сидя, при этом его берут за руку, как для исследования пульса, но наблюдают за экскурсией грудной клетки и считают дыхательные движения в течение 1 мин. Результат ЧДД записывают в соответствующую документацию.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Температуру тела измеряют с помощью термометра тремя основными способами.

- При аксиллярном измерении (в подмышечной впадине) необходимо точно вложить термометр в подмышечную впадину (подмышечная впадина должна быть сухой, измерению не должны мешать детали одежды клиента).

- Во время орального измерения (термометр кладут под язык) используют специальную конструкцию термометра (только для индивидуального пользования).

- В ходе ректального измерения (в прямой кишке) клиент лежит на боку или на спине, а термометр смазывают, вводят вращающим движением в прямую кишку и удерживают рукой.

Результаты измерений температуры фиксируют с указанием способа и времени измерения.



НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОЖНЫМ ПОКРОВОМ

Наблюдение за **кожным покровом** имеет большое значение. Для предупреждения патологии кожи необходимы регулярное наблюдение за кожным покровом и правильный гигиенический уход за ним.

Основные изменения кожного покрова связаны с потерей жидкости, которая находится внутри клеток и в межклеточном пространстве. Это приводит к сухости кожного покрова, в связи с чем он имеет вид пергаментной бумаги. Маломобильным, неподвижным клиентам регулярно проводят профилактику пролежней.



НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЕСОМ

Вес - один из показателей физического развития человека. Взвешивание производят на медицинских весах стоя, ослабленных клиентов - сидя на стуле или лежа (на специально приспособленных весах). Клиентов взвешивают в нательном белье (с последующим вычитанием среднего веса одежды) натощак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Перед взвешиванием необходимо проверить равновесие весов без груза. Клиентов рекомендовано взвешивать не реже 1 раза в неделю. Данные о весе тела записывают в историю болезни.



НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОТПРАВЛЕНИЯМИ

Мочепускание и опорожнение кишечника — **естественные физиологические отправления организма**. Они могут и должны быть контролируемы.

При субъективной оценке удовлетворения потребности клиента в физиологических отправлениях следует выяснить его возможность самостоятельно

справляться и регулировать мочеиспускание и опорожнение кишечника, уточнить частоту и характер отправлений.

Для достижения цели при обеспечении потребности в физиологических отправлениях, необходима их регулярная оценка. Ежедневно следует определять количество выделенной мочи, ее цвет, прозрачность и частоту мочеиспусканий. Кроме того, ежедневно следует вести учет режима дефекации, а в некоторых случаях — характера стула.

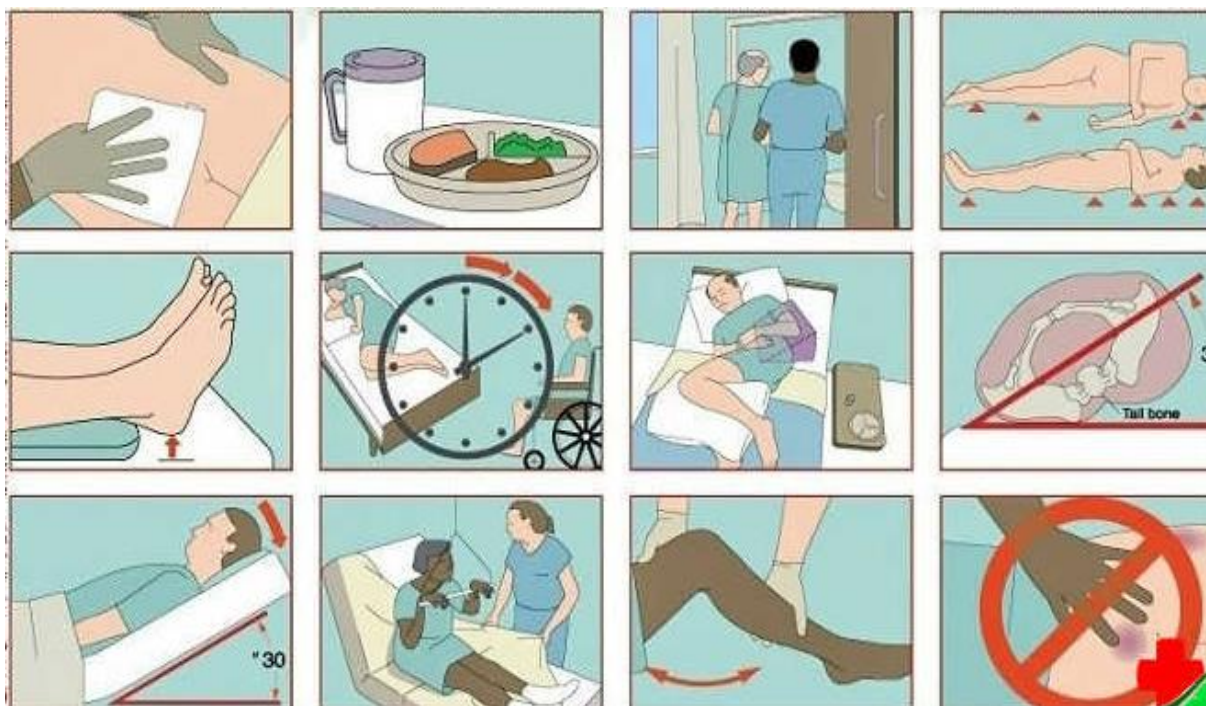


ПРОЛЕЖНИ: ПРОФИЛАКТИКА И УХОД

Пролежни - это повреждения кожи и подлежащих тканей, которые возникают вследствие сдавливания тканей при длительном контакте с твердой поверхностью. Пролежни появляются в результате обескровливания и омертвения тканей в месте сдавления кожи. Поскольку главное значение в развитии пролежня имеет факт сдавления тканей тела и время этого сдавления, а также дополнительные факторы риска, профилактика пролежней направлена именно на исключение этих причин. После оценки всех рисков и прогноза возможности возникновения пролежней планируют конкретные мероприятия по профилактике пролежней при уходе. После продолжительного исполнения запланированных мероприятий необходима проверка эффективности программы профилактики пролежней для ее возможной корректировки.

Алгоритм профилактики и ухода за пролежнями

1. Оценка риска возникновения пролежней
2. Прогноз возникновения пролежней
3. Планирование ухода
4. Осуществление программы
5. Оценка эффективности изменений



Профилактические мероприятия в первую очередь включают правильную мобилизацию подопечного. Мероприятия по мобилизации должны быть регулярными и частыми по времени (например, изменение положения тела в постели производят с интервалом не реже, чем 2 часа). Помимо этого, большое значение имеют наблюдение за состоянием кожного покрова, мероприятия для улучшения кровообращения и поддержание общего удовлетворительного состояния. Если речь идет уже о поврежденных участках тела — пролежень может развиваться быстрее, чем за 2 часа. Главные цели изменения положения тела в постели — уменьшение давления, увеличение площади давления и сокращение времени давления. При наблюдении за кожным покровом обращают внимание на его цвет (красный, голубоватый, бледный), состояние (пузырьки, мокнутие, сухость), изменение целостности. Необходимо помнить, что красное пятнышко уже может быть пролежнем. Важное мероприятие ухода за кожей — ее защита от длительного воздействия кала или мочи. При сухой коже используют крем «вода в масле», а при жирной — «масло в воде».

Места, где кожа соприкасается с кожей (естественные складки), всегда должны быть сухими. Особое внимание уделяют питанию, оно должно включать достаточное количество жидкости, витаминов и белков.

Во время ухода за пролежнями, прежде всего, необходимо:

- освободить место пролежня от давления;
- строго соблюдать питьевой режим;
- строго придерживаться всех назначений и рекомендаций врачей.

Необходимо помнить, что не следует сушить пролежни, смазывать их спиртосодержащими средствами, прижигать их или закрашивать раствором бриллиантовой зелени. Следует избегать любого контакта пролежня с пластиком.



ПРОФИЛАКТИКА ПОТНИЦЫ

Интертриго(опрелость) — заболевание кожи в области естественных складок. При интертриго происходит поражение только поверхностного слоя кожи, внутрь тканей воспалительный процесс не распространяется. Основная причина интертригопсевдомонадного — бактериальная инфекция кожи.

Провоцирующие факторы развития интертриго: повышенная потливость; снижение иммунитета на фоне хронически протекающих заболеваний; аллергические реакции; ношение чрезмерно теплой (не по сезону) одежды; использование белья и одежды, изготовленной из синтетической ткани; ношение одежды не по размеру, которая натирает кожу; недостаточный гигиенический уход; лишний вес. У полных людей образуются складки на коже, в которых может появляться интертриго.

При интертриго на коже в складках появляются мелкие пустулы и пузырьки с гнойным содержимым. Пузырьки быстро вскрываются, на их месте образуются поверхностные эрозии, покрытые корочками. При интертриго площадь эрозий быстро увеличивается, отдельные элементы сливаются, образуя обширные мокнущие пятна темно-красного оттенка. По границам очагов могут появляться новые пузырьки,

после их вскрытия поверхность эрозии увеличивается. Очертания очагов при интертриго неправильные, пятна окружены каемкой из отслоений. В глубине эрозий нередко образуются болезненные трещины. В большинстве случаев интертриго локализуется в областях подмышечных впадин, межпальцевых, ягодичных и паховых складок. У женщин часто поражается кожа под молочными железами. Полные люди часто страдают от интертриго складок на животе. В межпальцевых складках часто развивается кандидозная форма интертриго (кандидоз межпальцевый). Без лечения псевдомонадоинтертриго приобретает хроническое течение и может стать причиной развития экземы.



ПРОФИЛАКТИКА ОПРЕЛОСТЕЙ

Важное мероприятие при проведении гигиены — ежедневное промывание естественных складок кожи с последующим их высушиванием. После произвольных испражнений и мочеиспусканий обязательно и своевременно проводят туалет кожи и складок. Показаны также воздушные ванны для складок кожи. Можно лежать с руками, отведенными в стороны или вверх, отводить ноги в стороны или выпрямлять их, класть пациента на живот, прокладывать между пальцами ног или рук небольшие валики так, чтобы пальцы были раздвинуты. Для лежачих больных необходимо использовать чистое и сухое постельное и нательное белье. К профилактическим мероприятиям относят все действия для предупреждения недержания мочи и кала, отказ от напитков и еды, способствующих возникновению аллергии, устранение причин повышенного потоотделения (например, использование одежды и постельного белья, не вызывающих усиленного потоотделения). При недержании мочи и кала применяют подгузники и проводят их своевременную смену.



КОНТРАКТУРЫ: ПРОФИЛАКТИКА И УХОД

Контрактура - ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, вызывающее атрофию мышц, которая проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости, а длительное укорочение определенных мышц ведет к ограничению движения сустава вплоть до полной его неподвижности. В группу риска возникновения контрактур входят немобильные и лежачие люди, клиенты с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями, в бессознательном состоянии, ведущие сидячий образ жизни, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию.

К первоочередному профилактическому мероприятию относят придание конечности правильного положения, соответствующего **среднему физиологическому** и способствующему предупреждению отека и ишемии. Такое положение препятствует натяжению капсулы и связок сустава, способствует максимальному расслаблению мышц. Среднее физиологическое положение достигают при следующих установках конечностей.

Плечевой сустав: отведение — 45°, сгибание — 40°, ротация плеча внутрь — 40°.

Локтевой сустав:



сгибание 80°, среднее положение между пронацией и супинацией (ладонь обращена к грудной клетке).

Кистевой сустав:разгибание — 10°. Положение пальцев кисти — слегка согнуты во всех суставах, большой палец немного отведен. Можно в руку дать тренировочный мячик.

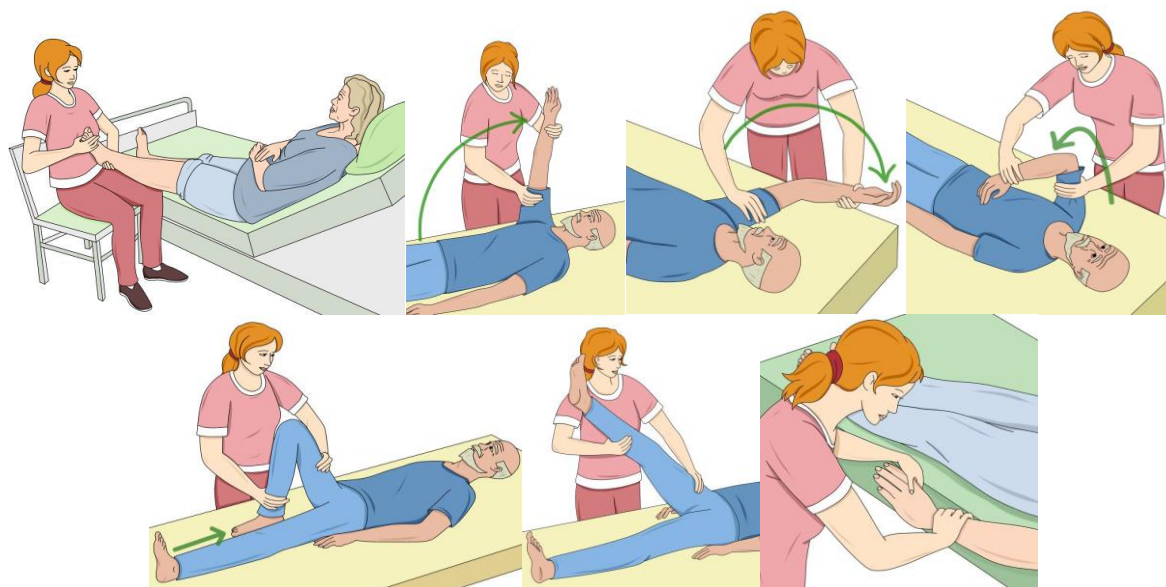
Тазобедренный сустав: сгибание 40°.

Коленный сустав: сгибание — 40°.



Голеностопный сустав: подошвенное сгибание стопы — 10°. Индивидуальное положение в кровати каждому пациенту придают, исходя из плана ухода.

Для профилактики **конской стопы** можно использовать подставку под одеяло, которая не позволяет одеялу давить на стопу больного. Для профилактики контрактуры суставов стопы следует освободить стопу от давления одеяла и придать ей положение под углом 90°. Для этого можно воспользоваться ортезом или подоткнуть под ноги больного подушку.



Пассивные движения

Пассивные движения оказывают благоприятное влияние для тугоподвижных суставов, при укорочениях связочного аппарата, мышечных контрактурах, сращениях и отложениях, которые образуются около сустава и ограничивают его движение. Под воздействием пассивных движений быстрее всасываются экссудаты, рассасываются кровоизлияния, повышается контрактильность мышечных волокон. Направление и амплитуду пассивных движений определяют форма суставов, в которых производят движения, а также характер заболевания.