**Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, позволяющих предупредить возникновениеострых состояний и осложнений хронических заболеваний уобслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода**

## Москва 2020

## Введение

## Уход за человеком,нуждающимся в посторонней помощи (уходе) (далее –обсуживаемый) это сложный и ответственный процесс, который требует специальных знаний, уменийи навыков со стороны персонала организации социального обслуживания. Важным компонентом общего ухода за обслуживающими являются профилактические мероприятия, позволяющие предупредить возникновениеострых состояний у немобильных, или маломобильныхобслуживаемых в стационарных учреждениях социального облуживания (далее – обслуживаемые), снизить вероятностьразвитияосложнений хронических заболеваний, улучшить качество жизни людей с недостаточностью самостоятельного ухода.

Проведение конкретных профилактик зависит от состояния здоровьяобслуживаемых, результатов специальной диагностики, с учетом выявленных ресурсов и проблемобслуживаемых, фиксируются в Индивидуальном плане ухода.

## В отсутствие врачаперсонал по уходу должен уметь самостоятельно оценить состояние обслуживаемого, выбрать оптимальный порядок действий, направленных на профилактику возникновения острых и неотложных состояний.

## В связи с этим, при выполнении профилактических мероприятийперсоналпо уходу должен руководствоваться основными принципами и правилами проведения профилактики жизнеугрожающих состояний и поддержания благополучия человека.

Вся документация по уходу должна являться безукоризненным доказательством того, что риски были выявлены, своевременно спланированы и проведены профилактические меры.

## Ответственными за проведение профилактических мероприятий являются все сотрудники, должностными обязанностями которых предусмотрено проведение профилактик. При возникновении вопросов по выполнению тех или иных мероприятий,специалисты по уходу должны обратиться к ответственному за уходорганизации социального обслуживания.

## Контроль завыполнениемтребований профилактических мероприятий возлагается на заместителя руководителя организации социального обслуживания, курирующего вопросы долговременного ухода.

**Обучение персонала**.

При допуске персонала по уходу на работу необходимо ознакомить его с профилактиками, обучить и проверить его навыки по их проведению. Перед началом работы персонал должен расписаться в том, что он ознакомлен с профилактиками и может их применять.

В данных методических рекомендациях рассмотрены алгоритмы действий персонал по уходу при проведении профилактических мероприятий.

**Перечень профилактик:**

1. Профилактика аспирации.

2. Профилактика дегидратации.

3. Профилактика инконтиненции.

4. Профилактика инфекции мочевыводящих путей.

5. Профилактика интертриго.

6. Профилактика контрактур.

7. Профилактика молочницы.

8. Профилактика обстипации.

9. Профилактика тромбоза.

10. Профилактика пневмонии.

11. Профилактикапролежней.

12. Профилактика падений.

1. **Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возможного возникновенияострых состояний у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода, снижение риска развития осложнений хронических заболеваний**

**2.1.Профилактика аспирации**

**Цель**- предотвратить возникновениеаспирации у обслуживаемыхв процессе приема пищи. Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Подача и прием пищи».

**Общие понятия.**

***Аспирация*** (от лат. aspiratio – веяние, вдыхание) – этопроникновение в дыхательные пути при вдохе жидких или твердых веществ (остатков пищи, слюны, воспалительного экссудата, кусочков ткани, крови, искусственных зубов и других предметов).

**Основные причины аспирации:**

* положение лежаобслуживаемого при питье и приеме пищи;
* запрокидывание головыобслуживаемого назад при кормлении;
* частое «поперхивание» жидкостями при сохраненном глотании твердой пищи (нейрогенная аспирация);
* нарушение глотания;
* кашель;
* одышка;
* состояние алкогольного опьянения;
* парез мышц глотки, гортани, желудочно-кишечного тракта;
* глубокий вдох или разговор обслуживаемого во время приема пищи;
* снижение защитных рефлексов глотки и гортани на фоне инфекционных болезней или поражения центральной нервной системы;
* попадание рвотных масс в дыхательные пути (особенно в коме, под наркозом);
* кровотечения из сосудов бронхолегочной системы, пищевода, желудка, носовой полости;
* недостаточное смыкание нижнего пищеводного сфинктера.

**Симптомы аспирации:**

* резкий непрекращающийся кашель;
* охриплость или полное отсутствие голоса;
* чувство нехватки воздуха вплоть до удушья;
* шумное дыхание;
* боль за грудиной, в глотке;
* побледнение губ, посинение носогубного треугольника;
* обморочное состояние.

**Профилактика аспирации.**

1. Правильное положение тела при кормлении немобильных и нуждающихся в кормлении маломобильных обслуживаемых: обязателен подъем головного конца кровати и положение человека сидя во время кормления и в течение часа после него.
2. Не кормить обслуживаемогов положении лежа, предотвращать запрокидывание головы назад при приеме пищи.
3. Не оставлять обслуживаемогово время кормления одного.
4. Не торопить обслуживаемогово время приема пищи. Проявлять терпение во время кормления – давать время прожевать и проглотить пищу.
5. Обучать обслуживаемогопринципам пережевывания и проглатывания пищи.
6. Использовать загустители жидкости, которые предотвращают «поперхивание» у обслуживаемых с нейрогенной аспирацией.
7. Соблюдать гигиену полости ртадо и после приема пищи.
8. Не давать большое количество пищи в один прием, желательно разбить общий объем пищина небольшие порции, принимаемые в несколько приемов.
9. Во время кормления не давать напитки, пока человек не проглотит твердую пищу.
10. Отказаться от вязких продуктов, вызывающих трудности при глотании (кисломолочные продукты, фрукты, варенье).
11. Отказаться от очень сухих, жестких блюд (крекеры, жареный хлеб).
12. Пища должна быть ароматной и аппетитной.
13. Безопасное кормление начинается с **проверки глотательного рефлекса:**

- вести наблюдение за обслуживающим во время пробного (тестового) кормления и принятия жидкости для того, чтобы вовремя заметить признаки расстройства глотания;

- попросить обслуживаемогопроглотить около 50 мл воды, начиная с 5 мл, лучше из чайной ложки, оценивая глотание как минимум первых трех ложек, либо контролировать объем и скорость поступления жидкости с помощью соломинки (трубочки);

- необходимо наблюдать за каждым глотком;

- после каждого глотка попросить обслуживаемогопроизнести любой тянущийся гласный звук (например, «ах», «ох»). Изменения в голосе (гнусавость, охриплость, булькающие звуки), возникновение кашля, шумного дыхания или удушья после глотания могут свидетельствовать об аспирации.

**Как убедиться, что глоток произошел, если это не заметно на глаз?**

Осуществляют захват F.O.T.T. nachKayCoombes (ухаживающий, во время глотания обслуживаемого, располагает пальцы на нижней челюсти человека, как показано на (Рис. 1 и Рис. 2):

* указательный палец лежит между нижней губой и подбородком;
* средний палец поддерживает подбородок;
* большой палец находится на височно-нижнечелюстном суставе.

 (Рис. 1)



 (Рис. 2)



При глотании, хоть один палец, да почувствует движение сокращающейся мышцы, что будет свидетельствовать о том, что глотательное движение состоялось

При нарушении глотательного рефлекса у обслуживаемого- необходима консультация невролога и в дальнейшем выполнение его рекомендаций.

***Инородное тело в дыхательных путях – это критическая ситуация!***

***Помощь должна оказываться мгновенно – в первые секунды!***

Если все-таки инородное тело попало в гортань илибронхи, необходимо:

* вызвать реанимационную бригаду;
* попытаться успокоить человека;
* попросить обслуживаемогоне сдерживать кашель.

**Определенные маневры могут спасти жизнь человеку.**

1. Встаньте сбоку и немного сзади пострадавшего.

2. Придерживая грудную клетку обслуживаемогоодной рукой, другой наклоните его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот, а не опустилось ниже в дыхательные пути.

3. Нанесите 5 резких ударов между лопатками основанием ладони.

4. Проверяйте после каждого удара, не добились ли вы желаемого результата (вышло ли инородное тело)

5. Если после 5 ударов ничего не изменилось – переходите к **маневру Геймлиха (**Рис.3).

**Маневр Геймлиха:**

1. Встаньте позади пострадавшего, обхватите его сзади обеими руками на уровне верхней половины живота.

2. Наклоните пострадавшего чуть вперед.

3. Сожмите руку в кулак, поместите его посередине между пупком и мечевидным отростком грудины.

4. Неумело проведенный прием Геймлиха небезопасен, поскольку он может привести к повреждению желудка и печени.

5. Поэтому толчок должен выполняться строго в указанной анатомической точке.

6. Обхватите cвой кулак другой рукой и резко надавите на живот пострадавшего в направлении внутрь и вверх.

7. Повторите маневр 5 раз.

(Рис 3.)

Если удалить инородное тело не удалось, продолжайте попытки его удаления, перемежая удары по спине с приемом Геймлиха.

В случае если человек потерял сознание, положите его на спину, на ровную, твердую поверхность. Резко надавите руками на эпигастральную зону в направлении спина-голова (назад и вверх).

Не приступайте к приему Геймлиха, если пострадавший сильно кашляет.

Не пытайтесь ухватить пальцами предмет, застрявший в горле, так как Вы можете протолкнуть его еще глубже!

Даже при благоприятном исходе маневра необходимо обратится за квалифицированной медицинской помощью для исключения повреждения внутренних органов.

Сделать запись в бланке «Дневник наблюдения» (приложение №1), вести дальнейшее наблюдение за обслуживаемым, для выявления первых признаков возможной аспирационной пневмонии.

**2.2. Профилактика дегидратации**

**Цель-** предотвратить обезвоживаниеобслуживаемых.Данный вид профилактики проводится при выполнении мероприятий по уходу у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Подача и прием пищи».

**Общие понятия.**

**Дегидратация, эксикоз, обезвоживание -**постепенное обезвоживание организма, то есть потеря жидкости, в результате которого может наступить в том числе и летальный исход для обслуживаемого гражданина.

**Основные причины дегидратации:**

* нарушение питьевого режим;
* повышенное потоотделение;
* рвота;
* диарея;
* частое мочеиспускание (инфекции мочевыводящих путей, сахарный диабет, сердечная недостаточность);
* тепловой или солнечный удары;
* ожоги тела.

***Дегидратация*** *–* ***это всегда последствие некачественного ухода!***

При грамотном проведении мероприятий ухода (в отсутствие остро возникших проблем: диареи, рвоты и т.п.) дегидратациине бывает. Чаще всего дегидратация возникает у престарелых, немобильных и маломобильных обслуживаемых, так как физиологически у них притуплено чувство жажды. Поэтому, даже при недостатке воды в организме, они не испытывают желания пить.

Ситуация усугубляется тем, что обслуживаемые часто сознательно ограничивают себя в питье, чтобы не вставать ночью в туалет или чтобы не беспокоить ухаживающий персонал.

Проблемы с питьем могут быть связаны с физической немощью, когда трудно удержать в руках стакан, и обслуживаемый стесняется лишний раз попросить о помощи. И, наконец, иногда проблемы с питьем связаны с нарушениями глотания.

Водный баланс в организме поддерживается адекватным поступлением воды, в соответствии с ее потерями и регулируется различными механизмами.

Суточная потребность организма в воде зависит от множества факторов: массы тела, возраста, пола, температуры окружающей среды, психоэмоционального состояния человека и др., поэтому колеблется довольно в широких пределах, чаще всего составляя 1-2 л в сутки.

**Симптомы дегидратации:**

* основная жалоба — это жажда, сухость во рту;
* по признакам различают легкое, умеренное и тяжелое обезвоживание;
* легкое обезвоживание проявляется потерей не более 5-6% массы тела. В начальных стадиях обезвоживания человек испытывает жажду, сухость во рту, слюна становится клейкой, уменьшается количество выделенной мочи;
* умеренное обезвоживание – потеря 7-10% массы тела. С усугублением (увеличением)обезвоживания жажда усиливается. Появляется неврологическая симптоматика – головокружение, раздраженное агрессивное и возбужденное состояние или, наоборот, вялость, сонливость. Моча становится темно-желтой или коричневой, конечности – холодные наощупь, появляется учащенное сердцебиение и дыхание, мышечные судороги;
* тяжелая дегидратация (потеря более 10% массы тела) – угрожающее жизни состояние, которое требует немедленной медицинской помощи. При сильной дегидратации усиливаются изменения поведения обслуживаемого , нарушаются движения, нарастает сердечно-легочная недостаточность. Возможна потеря сознания и развитие комы.

**Гибель клеток начинается при 10 процентахпотери массы тела за счет воды!**

***Обезвоживание смертельно опасно!***

***Без воды человек может просуществовать от 3 до 10 суток***

Это зависит от:

* окружающей температуры воздуха;
* физической нагрузки;
* психологического состояния человека.

Важно проверять обслуживаемых на наличие ранних симптомов обезвоживания.

Для этого может использоваться **Тест «кожной складки»**(Рис.4)**:**

* кожу берут в складку и быстро отпускают (см. Рис.4.А):
* если складка кожи разглаживается сразу – обезвоживания нет(см. Рис. 4.В);
* если складка кожи не разглаживается и сохраняется в течение небольшого промежутка времени, значит, воды в организме недостаточно (см. Рис.4.С).

Следует подчеркнуть, что у людей старческого возраста, или при кахексии снижен тургор кожи и в отсутствие обезвоживания. Это надо иметь в виду, оценивая пробууобслуживаемых.



Рис.4:

* *А- кожу берут в складку и быстро отпускают.*
* *В - кожная складка разгладилась, признаков дегидратации нет.*
* *С - симптом «кожной складки» положительный, что указывает на возможность обезвоживания.*

Кроме того, адекватность водного режима можно оценить по цвету мочи: в норме она должна иметь соломенно-желтый цвет. Если моча стала темно-коричневой, с сильным неприятным запахом, это может указывать на дегидратацию.

Также всегда следует думать об обезвоживании, если обслуживаемыйстал возбужденным, агрессивным илипоявились признаки делирия.

**Профилактика дегидратации.**

1. Обеспечить обслуживаемымадекватный водный режим. При отсутствии противопоказаний человек должен принимать жидкостив сутки в среднем 30 мл.жидкостина кг массы тела.

С этой целью применяют:

* употребление первых блюд (супов) во время обеда;
* питье воды и соков между приемами пищи;
* наличие воды взоне доступности обслуживаемых.

***Внимание!*Обеспечение питьевого режима входит в обязанности персонала!**

2. Для обслуживаемых, которые не в состоянии самостоятельно соблюдать питьевой режим и полностью зависят от посторонней помощи, необходимо:

* обеспечить постоянное наличие вблизи с обслуживающим (на тумбочке, на столе) стакана чистой воды (поильник с водой);
* вести контроль приема жидкости;
* фиксировать прием жидкости в бланках «Контроль водного баланса»(приложение № 2) или «Контроль соблюдения питьевого режима» (приложение
№ 3). Бланк должен находитьсяв комнате обслуживаемого, чтобы ухаживающий мог сразу зафиксировать объем принятой жидкости.

3. Обязательно фиксировать водный баланс увсех обслуживаемых с мочевыми катетерамив папке в бланке «Контроль водного баланса» (приложение № 2). Бланк находится в комнате обслуживаемого, чтобы ухаживающий мог сразу зафиксировать объем принятой жидкости.

4. Количество жидкости, необходимой принимать за сутки, для каждого обслуживаемогоопределяется индивидуально **врачом**, в зависимости от массы тела, состояния здоровьячеловека (наличие отечного синдрома, повышенной температуры тела, диареи и пр.), принимаемых медикаментов, окружающей температуры воздуха и др.

5. Персонал по уходу обязан вести наблюдение за обслуживающимис первыми признаками обезвоживания, фиксировать изменения в бланке «Дневник наблюдения»(приложение № 1) и в бланках «Контроль водного баланса» (приложение № 2) или «Контроль соблюдения питьевого режима» (приложение
№ 3)и сообщать о динамике состояния медицинскому персоналу.

**Тактика при выявлении обезвоживания:**

1. При выявлении признаков начального обезвоживания необходимо произвести коррекцию питьевого режима. Обслуживаемому даётсяобычная вода или напиток с содержанием глюкозы (соки).

2. Жидкость надо пить небольшими глотками и маленькими порциями, не торопясь. Для удобства использовать поильник или трубочку.

3. Если причиной обезвоживания стал перегрев, следует уложить человека в хорошо проветриваемом помещении, создать доступ свежего воздуха (открыть окно). Также нужно снять лишнюю одежду.

4. При умеренном и выраженном обезвоживании обслуживаемый должен быть госпитализирован в лечебное учреждение.

***Внимание!***

**При отказе обслуживающимот приема жидкости:**

* не заставлять человека пить насильно;
* предлагать чаще (каждые 30 минут) небольшие количества жидкости;
* посмотреть биографию человека: предложить к употреблению любимые напитки желательной температуры;
* при потреблении жидкости менее 700 мл в сутки – сообщить об этом медицинскомуперсоналу (медицинской сестре, врачу);
* при отказе от приема жидкости более суток, сообщить врачу;
* провести разъяснительную беседу о возможных последствияхобезвоживания.

**При нарушении глотательного рефлекса:**

* после каждого глотка делать паузу;
* давать напиток маленькими порциями (не более чайной ложки);
* убедиться, что обслуживаемый проглотилпредыдущую порцию напитка,только после этого давать новую порцию жидкости;
* если обслуживаемый всегда пил без проблем, но стал «поперхиваться» на третьем глотке, сообщить врачу;
* при трудностях в приеме жидкости, следуетупотреблять загустители (по рекомендации врача, строго по инструкции конкретного загустителя).

**При паллиативном уходе:**

* не поить человека насильно;
* на последних стадиях ухода отказ от приема жидкости обслуживающимпринимать, как должное;
* смачивать (увлажнять) губы, возможно ротовую полость;
* не следует винить себя за невозможность напоить умирающего человека. По последним медицинским исследованиям – излишняя жидкость усугубляет состояние умирающего человека.

**2.3. Профилактика инконтиненции**

**Цель-**возможное восстановление континенции.Комфортное пребывание обслуживаемыхпри инконтиненции.Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Смена подгузника»*.*

**Общие понятия.**

***Континенция (***удержание мочи) означает, что обслуживаемый в течение дня и ночи остается «сухим» без использования защитных прокладок или медикаментозных препаратов.

***Инконтиненция*** (недержание мочи) – это любое непроизвольное выделение мочи, независимо от объема, причин и степени дискомфорта. Может возникнуть у человека в любом возрасте.

Как правило, инконтиненция чаще возникает у женщин и наблюдается в следующих формах:

* стрессовое недержание – выделение небольшого количества мочи при резком физическом напряжении (чихании или кашле, вставании с корточек, поднятии тяжести, смехе и т.д.);
* ургентное или императивное недержание – выделение мочи сразу после появления позыва, невозможность удержать мочу;
* смешанное недержание – состояние, которое имеет признаки первых двух форм, появления позыва при физическом усилии, после чего сразу следует непроизвольное выделение мочи;
* постоянное недержание, когда подтекание мочи происходит в небольших количествах, но постоянно.

**Причины недержания:**

* саркопения;
* повышенное внутрибрюшное давление при:
* ожирении;
* асците;
* ХОБЛ, Астме;
* лекарственное: Альфа-1 блокаторы, ингибиторы АПФ;
* окклюзия устья мочевого пузыря;
* гипотония мочевого пузыря;
* нарушение координации сокращения детрузора и сфинктера;
* запоры;
* нейропатия –Neurogenicbladder;
* травма позвоночника, сопровождающаяся поражением спинного мозга выше уровня крестцового центра;
* черепно-мозговая травма;
* инсульт;
* рассеянный склероз или сирингомиелия.

У женщин могут быть дополнительно следующие причины недержания мочи:

* слабость мышц тазового дна, поддерживающих внутренние органы и участвующих в акте мочеиспускания, у многорожавших женщин и при травматичных родах;
* ослабление сфинктеров мочеиспускательного канала, их несвоевременное и недостаточное сокращение при позыве к мочеиспусканию.

Умужчинмогут быть дополнительно следующая причина недержания мочи:

* аденома предстательной железы.

**Факторы рискавозникновения инконтиненции:**

* возрастные изменения;
* врожденные пороки мочевыделительной системы;
* травмы мышц промежности или мочевыделительных путей;
* свищи, рубцовые изменения тканеймочевыделительной системы;
* опухоли различного характера в органах мочевыделительной системы;
* цистит и другие воспалительные заболевания мочевыделительной системы;
* неправильное положение или пролапс (опущение) матки, мочевого пузыря или других органов малого таза;
* [неврологические](https://www.celt.ru/napravlenija/nevropatologija/sotrudniki/) заболевания;
* прием некоторых медикаментозных препаратов;
* индекс массы тела> 24;
* кашель;
* послеродовое недержание;
* проблема доступности туалета;
* ограничение передвижения;
* проблемы с памятью.

**Профилактика инконтиненции.**

*Возможно частичное или полное восстановление континенции.*

1. Установление истинных причин инконтиненциии составление профиля континенции:

* анализ общего физического состояния обслуживаемогои наличия сопутствующих заболеваний (гемиплегия, деменция и т.д.);
* работа с биографией, выяснение сведений о привычках и пожеланиях обслуживаемого,касающихся физиологических отправлений (время опорожнения мочевого пузыря и т.п.),
* наличие позывов к мочеиспусканию и анализ протекания процесса мочеиспускания;
* нуждаемостьобслуживаемогов помощи при мочеиспускании;
* нуждаемость обслуживаемогопри смене адсорбирующего белья;
* готовность обслуживаемогопринять помощь;
* готовность обслуживаемоговернуть континенцию (при возможности по медицинским данным).

2. При выясненных причинах инконтиненции и возможности вернуть (частично восстановить) континенцию необходимо вернуть импульс позыва к мочеиспусканию.

Для этого проводятся:

* тренировка мочевого пузыря. Необходимо обсуждение с обслуживающимточного времени посещения туалета (туалетного стула) или подачи судна. Время необходимо выбирать индивидуально: с интервалом в 1 час или 2 часа;
* во время мочеиспускания возможно включить воду в кране, но не следует стоять все время рядом, необходимо оставлять обслуживаемогоодного, создавая интимность процедуры;
* если обслуживаемый ощущает позывы к мочеиспусканию, у него должна быть возможность позвать персонал для оказания помощи в посещении туалета, персонал должен незамедлительно оказать эту помощь;
* занятия должны проходить в течение 3-5 недель, если успеха в нормализации мочеиспускания добиться не удалось, то занятия по восстановлению континенции прекращают.

***Важно!***

1. Сохранение физического и эмоционального комфорта обслуживаемых.
2. Уважительное отношение персонала к обслуживаемому.
3. Своевременная смена абсорбирующего белья.
4. Использование продукции, обеспечивающей наилучший уход и устранение побочных эффектов, провоцируемых проблемой недержания(раздражение кожи, опрелости, инфекции мочевыделительных путей, запах мочи).
5. Предотвращение намокания матраца (постельного белья).
6. Сохранение интимного пространстваобслуживаемого.

**2.4. Профилактика инфекции мочевыводящих путей**

**Цель** - предотвращениевозникновения инфекции мочевыводящих путей у обслуживаемых.Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Смена подгузника», «Помощь в использовании судна, мочеприемника», «Мытье обслуживаемогов кровати», «Уход за промежностью и наружными половыми органами», «Полное купание в душе или ванной комнате».

**Общие понятия-**инфекция мочевыводящих путей– это группа заболеваний мочевыделительной системы, развивающихся вследствие инфицирования мочеполового тракта патогенными микроорганизмами.

**Причины возникновения инфекции мочевыводящих путей:**

* снижение иммунитета;
* переохлаждение организма (особенно в прохладное время года);
* острые вирусные и бактериальные инфекции;
* нарушения оттока мочи различного характера;
* недостаточная интимная гигиена;
* применение антибиотиков;
* несоблюдение питьевого режима (недостаточное потребление жидкости).

**В группу риска могут входить обслуживаемые:**

* пожилого и старческого возраста;
* женского пола;
* с патологией мочевыделительной системы;
* с мочевым катетером;
* с хроническими заболеваниями (например, сахарный диабет).

**Симптомы инфекции мочевыводящих путей:**

* частые, сильные позывы к мочеиспусканию;
* болезненность, резь и ощущение жжения при, усиливающиеся в конце мочеиспускания;
* выделение мочи малыми порциями;
* изменение цвета мочи;
* помутнение мочи, появление в моче хлопьевидных выделений;
* резкий запах мочи;
* боли внизу живота;
* боли в области поясницы;
* повышение температуры тела;
* тошнота, рвота.

**Профилактикаинфекции мочевыводящих путей.**

1. Обеспечить обслуживаемым соблюдение питьевого режима(достаточный прием жидкости в течение дня), **по согласованию** с врачом***.***Данные необходимо фиксировать в бланке «Контроль водного баланса» (приложение № 2).

2. Ограничитьпотребление соли (по согласованию **с врачом**).

3. Предотвращать длительный застой мочи в мочевом пузыре (своевременная помощь в посещении туалета и своевременное опорожнение мочевого пузыря).

4. Соблюдать правила гигиены при оказании интимных процедур (подмывать женщин в направлении спереди назад, от лобка к анальному отверстию).

5. Осуществлять интимную гигиену (мытье, влажное обтирание)после каждой смены абсорбирующего белья.

6. Следить за наличием нижнего белья (трусы, панталоны) у активных обслуживаемых, за их чистотой и ежедневной сменой.

7. Осуществлять уход за мочевым катетером (наблюдение, гигиена, документация). Водный баланс(количество выпитой и выделенной жидкости)у всех обслуживаемых с мочевыми катетерами необходимо фиксировать в бланке «Контроль водного баланса» (приложение № 2)*.*

8. При приеме антибиотиковследует осуществлять профилактику молочницы.

9. При выявления первых симптомов инфекции мочевыводящих путей (чаще молочницы), своевременно информировать врача.

**2.5. Профилактика интертриго**

**Цель -**предотвратить возникновения интертриго.Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Смена подгузника», «Мытье обслуживаемогов кровати», «Уход за промежностью и наружными половыми органами», «Смена нательного белья», «Полное купание в душе или ванной комнате».

**Общие понятия**:

**Интертриго или опрелость** – это воспаление поверхностных слоев кожи в складках, возникающее при мацерации и трении кожи. Чаще всего наблюдается на складках живота, на кожном покрове молочных желез, на коже подмышек, в складке между ягодицами, в пахово-бедренной области, на стопах и запястьях, в межпальцевых складках.

**Причины образованияинтертриго:**

* чрезмерное потоотделение, чаще всего вызвано жаркой или влажной погодой, одеждой не по сезону, синтетическим постельным бельем или слишком теплым одеялом;
* повышенное потоотделение при заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой;
* тяжелый физический труд;
* высокая влажность и температура в помещениях;
* обильное использование кремов для кожи и декоративной косметики в жаркое время (они образуют на коже пленку, создающую, парниковый эффект);
* ношение синтетической, плотно прилегающей к телу одежды, в которой кожа «не дышит»;
* тесная и плохо вентилируемая обувь;
* нарушение обмена веществ, избыточный вес;
* длительное нахождение в постели (инсульт, травмы);
* аллергические реакции;
* недостаточный гигиенический уход.

**Признаки интертриго.**

Кожные покровы краснеют, потом в складках появляются мокрые трещины, которые зудят, болят и вызывают дискомфорт. Отсутствие профилактики проводит к тому, что болезнь распространяется по коже, может осложниться бактериальными и грибковыми инфекциями, и даже перерасти в экзему.

**Профилактикаинтертриго.**

1. Следить за состоянием кожи, особенно в кожных складках.
2. Персонал по уходу должен фиксировать изменения на коже в бланке «Дневник наблюдения» (приложение № 1).
3. Осуществлять ежедневное влажное протираниеестественных кожных складок с последующим их подсушиванием.
4. Проводить туалет кожи и кожных складок после дефекаций и мочеиспусканий.
5. Гигиенические процедуры выполнять с применением нейтральных средств по уходу.
6. Проводить воздушные ванны для складок кожи: лежать с руками, отведенными в стороны или верх, раздвинув или выпрямив ног, прокладывать между пальцами ног или рук небольшие валики (из марли, ваты или ветоши), чтобы пальцы были раздвинуты.
7. Использовать чистое постельное и нательное белье из натуральных материалов.
8. Не использовать напитки и еду, вызывающих аллергические реакции (по медицинским данным у конкретных обслуживаемых).
9. Обеспечивать оптимальную температуру и влажность в комнатах проживания обслуживаемых (как можно чаще проветривать помещение).

**2.6. Профилактика контрактур**

**Цель -**предотвратить образованиеконтрактур уобслуживаемых.Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати)».

**Общие понятия.**

**Контрактура** – это ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, вплоть до полной его неподвижности (анкилоз). Контрактуры ведут к атрофии мышц, приводящих в движение пораженный сустав. Мышечная атрофия проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости. Длительное укорочение отдельных мышц еще больше ограничивает подвижность суставов, ускоряя развитие контрактуры и превращение ее в анкилоз.

**Контрактура может развиваться в различных суставах**

**** Контрактуры стопы («конская стопа») (Рис. 4).

«Конская стопа» формируется под действием веса стопы или давления одеялом (Рис.5), когда стопа обслуживаемогодовольно быстро опускается, в результате чего она приобретает висячую форму (“как бы стоя на цыпочках»).

Рис.5



Рис. 4

С помощью упора или сапожка необходимо придать правильное положение стопе.

Упор не должен быть твердым, так как это может способствовать развитию пролежней или сгибательной контрактуре.

Рис. 6



Полная обездвиженность пальцев руки в течение, например, 2-3 недель, приводит к значительному ограничению амплитуды движений в суставах кисти и формированию контрактур. Сжатая в кулак кисть со временем принимает вид «птичьей лапы»
 (Рис. 6).

Рис.7



Возможно развитие контрактуры крупных суставов (тазобедренного, коленного, голеностопного, плечевого, локтевого)при отсутствии в них движений и постоянного нахождения ноги в одном и том же положении.

По характеру различают контрактуры разгибательные (с ограничением сгибания в суставе) и сгибательные (с ограничением разгибания в суставе).

**Причиныобразования контрактур:**

* неправильное позиционированиеобслуживаемого,при котором его суставы находятся постоянно, без движения в нефизиологичном положении, в результате чего развивается обездвиженность суставов;
* развитиедегенеративных и воспалительных процессов в суставах, что становится причиной болей и функциональных ограничений, резко снижая качество жизни обслуживаемого.

**Факторы риска образования контрактур:**

* немобильность;
* неврологические заболевания;
* хронические боли;
* бессознательное состояние;
* малоподвижный образ жизни;
* переломы;
* деменция;
* депрессия;
* инсульт.

***Развитие контрактур практически всегда является следствием некачественного ухода!***

***Развитие контрактур можно предотвратить проведением профилактики!***

**Профилактика контрактур:**

1. Придание конечностям правильного, соответствующего среднему ф**изиоло**гичномуположению, которое препятствует растяжению капсулы и связок сустава, способствует максимальному расслаблению мышц.

Средним правильным положением считается следующие положения суставов при позиционировании:

* тазобедренный и коленный сустав – сгибание 40 градусов;
* стопа – сгибание 10 градусов (под стопу подкладывают валик);
* плечевойсустав – сгибание 45 градусов;
* локтевойсустав – сгибание 80 градусов;
* пальцыкистислегкасогнуты.

На Рис. 8обозначены углы, под которыми следует располагать суставы конечностей. Для этого используют подкладные валики, подушки и другие приспособления.

Например, чтобы расположить тазобедренный сустав под углом 40 градусов, подкладывают большую по площади подушку. При этомголениобслуживаемоголежат горизонтально, а бедра – чуть приподняты.

Для придания физиологического положения суставам верхних конечностей также используют систему подушек. Особое внимание уделяют укладке кистей рук (Рис. 9) и стоп.

Рис. 8

Рис. 9

****

Правильное (вверху) и неправильное (внизу) расположение кисти.

***Внимание!***Запрещено вкладывать в ладонь резиновые шарики (Рис. 10), так как это способствует повышению тонуса сгибателей кисти и ускоряет развитие сгибательной контрактуры!

Рис.10

2. Важное направление профилактики контрактур – активные и пассивные движения в суставах.

**Активные движения.**

При проведении мероприятий ухода используют все возможности и ресурсы движения человека.

Если обслуживаемый может двигаться самостоятельно, следует мотивировать его как можно больше двигаться. Все, что человек можетсделать сам или с помощью помощника (например, поднять руку или ногу, помыть лицо, держать ложку, любое другое движение), следует регулярно делать, так как это служит профилактикой контрактур.

**Пассивные движения**(рис 11)**.**

При невозможности обслуживающимсовершать самостоятельные движения, ухаживающим необходимо осуществлять за него пассивные движения.

Перед выполнением пассивных движений необходимо подготовить обслуживаемогопсихологически, чтобы побороть страх и неуверенность, которые приводят к неосознанному сопротивлению движениям и к возникновению болей. Ухаживающему необходимо озвучивать каждое производимое действие.

Движения в суставах осуществляют только до появления болевых ощущений!

Если обслуживаемый не может говорить, то во время осуществления пассивных движений необходимо внимательно наблюдать за выражением его лица.

Начинать движения необходимо с крупных суставов и заканчивать движениями в кистях и стопах.

Длительность упражнений не должна превышать 5 минут.

Рис. 11



**Уход при контрактурах:**

* постепенное растяжение сократившихся при контрактуре мышц проводится после их предварительного расслабления. Для расслабления мышц упражнения начинают выполнять в теплой воде с применением небольших усилий;
* укрепление растянутых вследствие контрактуры мышц. При сгибательных контрактурах особое внимание уделяют укреплению мышц разгибателей, при разгибательной контрактуре дают нагрузки на мышцы-сгибатели;
* обеспечение безболезненности воздействий, так как боль способна вызывать рефлекторное мышечноесокращение.

**2.7. Профилактика молочницы**

**Цель-**предотвратить возникновение грибковой инфекции у обслуживаемых.Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Умывание» (уход за полостью рта), «Смена подгузника», «Мытье обслуживаемогов кровати» (мытье интимной зоны), «Уход за промежностью и наружными половыми органами», «Полное купание в душе или ванной комнате»

**Общие понятия.**

**Молочница (кандидоз) –** разновидность грибковой инфекции, вызванная микроскопическими дрожжеподобными грибами рода Candida. Микроорганизмы рода Candida входят в состав нормальной микрофлоры большинства здоровых людей (ротовая полость, толстая кишка, влагалище).

**Причины развития молочницы:**

* снижение иммунитета;
* стрессовые ситуации;
* несоблюдение правил личной гигиены;
* сахарный диабет, ВИЧ, туберкулез и другие тяжелые хронические заболевания;
* длительный прием антибиотиков, противовирусных препаратов, антидепрессантов;
* дисбактериоз и другие заболевания желудочно-кишечного тракта;
* онкологические заболевания и заболевания крови;
* недостаток витаминов (авитаминоз), микро- и макроэлементов в крови;
* вредные привычки (алкоголизм, наркомания);
* повышенное потоотделение;
* резкая смена климата;
* травмы слизистой рта, вследствие неправильного прикуса или неверно подобранных имплантов, зубных протезов или брекетов (кандидоз полости рта);
* повреждения целостности кожных покровов (развиваетсякандидоз кожи).

**Группы риска:**

* лица пожилого и старческого возраста;
* маломобильные инемобильныеобслуживаемые(влажная среда и перегрев кожи под одеялом, подгузниками или бельем из синтетической ткани).

**1. Кандидоз слизистых оболочек полости рта -** микотическая инфекция полости рта, вызванная условно-патогенными дрожжеподобными грибами Candidaalbicans

**Симптомы:**

* белые бляшки и молочный налет в ротовой полости;
* кровоточивость слизистой под белым налетом, часто с образованием ранок;
* дискомфорт в полости рта, зуд, жжение и болезненность в местах поражения слизистой;
* появляется металлический привкус во рту или временная потеря чувствительности вкусовых рецепторов;
* ощущениекомав горле, если грибковая инфекция распространилась на область глотки и затрудняет процесс глотания;
* повышение температурытела,как ответная реакция на размножение грибка;
* появление красноты в уголках рта.

**2. Кандидоз кожных покровов** –это поражение верхних покровов кожигрибковой инфекцией рода Candida.Необходимо своевременно защищать и обрабатывать даже самые мелкие царапинки на коже.

**Симптомы:**

**Очаги поражения кожных покровов:**

* красные, отечные;
* различные элементы сыпи: папулы, пустулы, пузырьки;
* мокнущие эрозии, язвочки;
* четко отграниченные участки поражения кожи с фестончатыми краями.

**Локализация:**

* в кожных складках;
* подмышечных, паховых областях;
* в межпальцевых промежутках;
* под молочными железами.

**3.** **Кандидоз половых органов**– это заболевание половых органов, вызванное дрожжеподобными грибками рода Candida.

Молочница половых органов может возникнуть как у мужчин, так и у женщин. Болезнь требует незамедлительного лечения, так как может распространяться на внутренние органы.

**Причины возникновения:**

* заболевания эндокринных органов и гормональные нарушения;
* прием антибиотиков;
* обработка наружных половых органов антисептиками, использование Антибактериальных средств гигиены.

**Симптомы:**

* сильный зуд и жжение в интимном месте, которые усиливаются в ночное время;
* болезненность при мочеиспускании;
* болезненность при сексуальном контакте;
* выделенияиз полового органа творожистых масс, густой консистенции и специфическим рыбным запахом;
* появление на половых складках специфического налета из псевдомицелья;
* отек и краснота половых органов;
* кровоточивость кожи при снятии образовавшегося налета со слизистой оболочки.

**У мужчин могут быть дополнительно следующие симптомыкандидоз половых органов:**

* дискомфорт в районе крайней плоти;
* налет появляется на головке полового члена.

**4. Кандидоз кишечника** – это инфекционное поражение пищеварительного тракта, вызванное грибковой флорой на фоне значительного снижения иммунитета.

**Причины возникновения:**

* развитие в кишечнике чужеродных микроорганизмов;
* снижение общей кислотности желудочно-кишечного тракта;
* уменьшение численности собственной микрофлоры;
* дисбактериоз и другие заболевания желудочно-кишечного тракта;
* прием антибиотиков.

**Симптомы:**

* жидкий стул с примесью белых хлопьев;
* избыточное образование газов, боли в животе.

***Это состояние опасно!***

1. Вымываются витамины и полезные вещества из организма.
2. Пища практически не усваивается организмом.
3. Наступает обезвоживание организма.
4. В случае обнаружения симптомов поражения кишечника и изменения характера стула персонал по уходу обязан вести наблюдение за обслуживаемыми, фиксировать изменения в бланке «Дневник наблюдения» (приложение № 1) и «Контроль дефекации» (приложение № 4).

**Профилактика молочницы:**

* своевременное выявление и лечение грибковых заболеваний;
* укрепление иммунитета, закаливание;
* исключение вредных привычек;
* регулярные гигиенические процедуры;
* профилактика дисбактериоза, использование в рационе кисломолочных продуктов;
* исключение из рациона большого количества сладостей, выпечки, напитков дрожжевого брожения (квас, пиво);
* соблюдение питьевого режима;
* прием витаминно-минеральных комплексов;
* поддержание в чистоте и сухости участков тела, наиболее подверженных распространению грибковых колоний (паховую, ягодичную область, подмышки);
* ношение одежды из натуральных тканей, хорошо впитывающих лишнюю влагу;
* для интимной гигиены использование средств, которые способствуют нормализации микрофлоры, исключить антибактериальные средства гигиены;
* своевременная смена подгузников;
* обработка опрелостей кожи;
* избегание стрессовых ситуаций.

**2.8. Профилактика обстипации**

**Цель -**предотвратить запоры (обстипации) у обслуживаемых.Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу у обслуживаемых
с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Смена подгузника», «Помощь в пользовании судном, мочеприемником».

**Общие понятия.**

**Запор (констипация, обстипация).** Оба термина используют для обозначения проблем с опорожнением кишечника.

**Констипация**– это нарушение деятельности кишечника с задержкой стула более чем на 48 часов, выделение твердых каловых масс, сопровождающихся ощущением напряжения и дискомфорта.

**Обстипация** –это более тяжелый запор, с образованием плотных, затвердевших каловых масс. При обстипации самостоятельная дефекация невозможна.

**Причины запора:**

* неправильное питание;
* дегидратация;
* малоподвижный образ жизни;
* заболевания желудочно-кишечного тракта, в т.ч. заболевания заднего прохода;
* неврологические заболевания;
* заболевания эндокринной системы;
* прием лекарственных препаратов;
* длительная депрессия;
* условия, в которых человек совершает дефекацию. Затруднение акта дефекации может происходить, если:
* неудобно осуществлять акт дефекации в присутствии других людей (нарушение интимности при акте дефекации);
* мало времени и постоянный контроль со стороны других людей.

**Симптомы запора:**

* дефекация менее трех раз в неделю;
* отделение кала твердой плотности;
* отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации;
* наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах;
* необходимость в сильных потугах;
* необходимость поддержки пальцами тазового днапри акте дефекации;
* необходимость пальцевого удаления содержимого из прямой кишки.

**Симптомы длительного запора:**

* снижение и потеря аппетита;
* головная боль;
* неприятный запах изо рта;
* налет на языке;
* изжога;
* бессонница;
* головокружение;
* Утомляемость.

***Запор может существенно повлиять на качество жизни!***

**Чем опасен запор?**

1. Развитие дисбактериоза.
2. Появление нарушений функций органов пищеварительной системы.
3. Отравление (интоксикация) организма не выведенными вредными токсическими веществами.
4. Появление геморроя.
5. Развитие воспаления и непроходимости кишечника.
6. Появление полипов и новообразований в прямой кишке.

**Профилактика запора.**

Регулярное дробное питание - не реже 5 раз в день.

Диета с включением продуктов богатых растительной клетчаткой: овощей, фруктов, черного хлеба грубого помола, отрубей.

Соблюдение питьевого режима **по согласованию с врачом**.

Двигательная активность и занятия физкультурой.

Очистительные клизмы **(строго по назначению врача).**

Отмена препаратов, которые противопоказаны при запорах и (или)применение слабительных средств **(строго по назначению врача).**

Создание комфортных условийво время дефекации, (удобство кресла-туалета (туалета), достаточное время, интимность и уважительное отношение к обслуживаемому.

Работа с биографией, выяснение сведений о привычках и пожеланиях обслуживаемого,касающихся физиологических отправлений.

Наблюдение на наличиеболейво время акта дефекации.

Учет времени протекания процесса, частоты дефекации.

Наблюдение во время акта дефекации на наличие примесей (крови, остатков пищи), консистенции, цвета, запаха, количества.

У всех маломобильных обслуживаемых, нуждающихся в посторонней помощи при акте дефекации (а также по назначению врача), необходимо вести документацию в бланке «Контроль дефекации»(приложение № 4)

При отсутствии дефекации более трех дней, изменении стула, наличии болейследуетфиксировать изменения в бланке «Дневник наблюдения» (приложение № 1), в бланке «Контроль дефекации» (приложение № 4)и сообщать о динамике состояния медицинскому персоналу.

Проводить разъяснительные беседы с обслуживаемыми об опасности запора, о необходимости соблюдения питьевого режима, о недопустимости сдерживания позывов на дефекацию.

**2.9. Профилактика тромбоза**

**Цель -**предотвратить тромбоз, его осложнения и внезапную смерть у обслуживаемых.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Смена нательного белья», «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати), «Сопровождение при ходьбе», «Технологии выполнения социально-бытовых услуг. Мероприятия по уходу».

**Общие понятия.**

**Тромбоз** (свертывание, сгусток) – это прижизненное формирование сгустков крови (тромбов) внутри кровеносных сосудов, препятствующих свободному току крови по кровеносной системе. Тромб может образоваться как в артериальном, так и в венозном русле.

**Причины образования тромба:**

* повреждение стенки сосудов токсинами или травматическими воздействиями, атеросклероз сосудов;
* повышение свертываемости крови;
* замедление кровотока на участке сосудистого русла (заболевания сердечно-сосудистой системы, атеросклероз сосудов, варикозная болезнь).
* нарушение эластичных свойств сосудов, их хрупкость, повышение давления приводят к нарушению целостности сосудистой стенки и отрыву тромба.

**Факторы риска развития тромбоза:**

* возраст старше 40 лет;
* неподвижное положение обслуживаемых в течение длительного периода;
* варикозная болезнь;
* травмы конечностей;
* ожирение;
* курение;
* малоподвижный образ жизни;
* онкологические заболевания;
* болезни крови и сердечно-сосудистой системы;
* тяжелое течение беременности и родов;
* оперативные вмешательства на органах грудной, брюшной полости;
* прием противозачаточныхпрепаратов.

**Последствия тромбоза:**

* тромбоэмболия легочной артерии или инфарктная пневмония;
* инфаркт миокарда;
* ишемический инсульт мозга;
* гангрена конечностей;
* тромбофлебит;
* чаще всего тромбы образуются в глубоких и поверхностных венах нижних конечностей и венах малого таза.Воспалительный процесс венозной стенки с формированием тромба называется **тромбофлебит.**

**Основные симптомы тромбоза поверхностных вен:**

* тяжесть и боль в ногах;
* синюшность кожиног;
* шнуровидное уплотнение по ходу тромбированнойвены;
* ощущение «ползающих мурашек»;
* повышенная чувствительность кожи;
* судороги икроножных мышц.

**При тромбозе поверхностных вен, осложненном тромбофлебитом:**

* отечность тканей в зоне воспаления;
* боль по ходу вены, можетусиливаться при физическом напряжении;
* покраснение кожи по ходу воспаленной вены.

**Основные симптомы тромбоза глубоких вен:**

* чувство тяжести в ногах, усиливается к вечеру;
* боль возникает по внутренней стороне стопы, голени и бедра;
* чувство распирания голени;
* онемение, ощущение «ползающих мурашек»;
* одна нога отекает, увеличивается в объеме;
* кожа пораженной ноги становится бледной и местами синюшной;
* при воспалении вены температура тела может подняться до 39 ºC;
* озноб, недомогание при отсутствии признаков ОРВИ.

***Тромбоз глубоких вен – это жизнеугрожающее состояние!***

Возможнодвижениеи отрыв тромба с током крови, эмболизация сосудов жизненно важных органов (сердце, головной мозг, легкие, кишечник, почки), что может приводить **к смертельному исходу.**

**Профилактика тромбоза.**

Профилактика дегидратации. Соблюдать питьевой режим(количество приема жидкости **по согласованию с врачом**).

Избегать курения.

Осуществлять мобилизациюобслуживаемых.

Правильно позиционировать обслуживаемыхв кровати с приподнятыми ногами (с помощью функциональной кровати или подушек).

Способствовать максимальной двигательной активности обслуживаемых, пребыванию на свежем воздухе, прогулкам.

Обслуживающимс риском тромбозов и немобильным рекомендуетсяносить компрессионное белье. Компрессионные гольфы и чулки способствуют: венозному оттоку от нижних конечностей.

Во время проведения мероприятий по уходу за маломобильными(немобильными)обслуживающими(гигиена тела, переодевание) персоналу следует осуществлять пассивные движения во всех суставах обслуживаемого, если он сам не может двигать конечностями.

Если обслуживаемый в состоянии самостоятельно двигать конечностями, то просить его ежедневноактивно сгибать, разгибать, поднимать и опускать конечности.

Чулки необходимо надевать утром, лежа,до того, как вставать с кровати, предварительно подобрав их по размеру. Необходимо следить за правильностью надевания чулок, не пользоваться кремомдо использования.

**При тромбозе глубоких вен строго запрещено:**

* поднимать тяжести;
* ходить в тесной обуви;
* давать интенсивную нагрузку на конечности;
* принимать горячую ванну/душ;
* набирать вес (контролировать вес1 раз в месяц);
* потреблять много соли;
* принимать алкоголь;
* курить.

**2.10. Профилактика пневмонии**

**Цель -**предотвращение возникновения пневмонии у обслуживаемых.Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Умывание» (уход за полостью рта, уход за носом), «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати).

**Общие понятия.**

**Пневмония**– это острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно – альвеолы и интерстициальная ткань легких.

**Причины возникновения пневмонии.**

* длительное статичное положение у немобильных обслуживаемых;
* заброс содержимого желудка в глотку ибронхолегочную системуу немобильных обслуживаемых;
* состояние после перенесенного инсульта;
* нарушение санитарно-эпидемиологического режима;
* проведение искусственной вентиляции легких и других медицинских процедур;
* ненадлежащий уход.

**Провоцирующие факторы:**

* переохлаждение;
* острые вирусные инфекции и хронические болезни легких;
* снижение иммунитета;
* длительное пребывание в одном положении (особенно лежачем), нарушение вентиляции легких.

***Пневмония часто становится причиной смерти пожилых и ослабленных людей***

**Признаки пневмонии.**

Пневмонию следует заподозрить, если у обслуживаемогопоявились следующие симптомы:

* изменение общего состояния, слабость, утомляемость, потеря аппетита;
* нарушение сознания (у людей пожилого и старческого возрастачасто не бывает типичных признаков, она может проявлятьсядезориентацией, нарушением сознания, галлюцинациями, общим недомоганием;
* покашливание;
* стойкий кашель, иногда болезненный;
* желто-зеленая мокрота;
* нарушение дыхания;
* одышка;
* сухость губ;
* хрипы;
* боли в груди при дыхании (усиливаются на вдохе или во время приступов кашля);
* повышение температуры, у людей пожилого и старческого возраста, как правило,до субфебрильных цифр;
* симптомы общей интоксикации и лихорадки: озноб, потливость, головные боли,учащенное сердцебиение (тахикардия) и др.

**Профилактика пневмонии.**

Ранняя и регулярная мобилизация обслуживаемых.

Сменапозиционирования в кровати каждые два часа с целью улучшения дренажной функции бронхолегочной системы.

Легкий массаж,постукивания по всей поверхности спины рукой, сложенной «лодочкой».

Проведение дыхательных упражнений по 3-5 минут 3 раза в день (обычный вдох носом и длинный выдох ртом, надуть воздушный шарик, дуть на еду во время приема пищи).

Запрет курения.

Профилактика аспирации (см. профилактику аспирации).

Облегчить дыхание маломобильному обслуживаемому.Изголовьеобслуживаемого должно быть приподнятона 300,такое положение «освобождает» диафрагму и способствует более глубокому дыханию, см. рис. 12

Соблюдение правил личной гигиены и уход за полостью рта (профилактика аспирационной пневмонии).

Полноценное питание.

Соблюдение питьевого режима (количество приема жидкости **по согласованию с врачом**).

Гигиена помещения, ежедневное проветривание, влажная уборка,борьба с пылью.

Избегание сквозняков и переохлаждения. При повышенной потливости следует менять обслуживаемому нательное и постельное белье.

Улучшить дренаж бронхолегочной системы, меняя положение тела человека несколько раз в день.

Рис. 12



***Только правильный уход способен резко снизить вероятность развития пневмонии!***

**2.11. Профилактика пролежней**

**Цели –**предотвратить образование пролежней у обслуживаемых.Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Мытье в ванной и душе», «Мытье обслуживаемогов кровати», «Уход за промежностью и наружными половыми органами», «Смена постельного белья», «Смена нательного белья», «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати).

**Общие понятия.**

**Пролежни**— это язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у немобильных и маломобильных обслуживаемых с нарушенной микроциркуляцией, на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению.

Давление, особенно в области костных выступов, трение и срезывающая (сдвигающая) сила, нарушение микроциркуляции и атрофические изменения кожи со снижением регенеративного ее потенциала, приводят к изменениям в мягких тканях и в слоях кожи и, в результате, к развитию пролежней. Длительное (более 1 - 2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях, подвергающихся давлению, сдвигу и трению, особенно в уязвимых местах над костными выступами, нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием некроза и изъязвлением (пролежней).

**Факторы риска образования пролежней.**

|  |  |
| --- | --- |
| Обратимые факторы риска | Необратимые факторы риска |
| Внутренние факторы риска |
| - Истощение/ожирение;- нарушения подвижности (ограниченная подвижность, обездвиженность);- нарушения психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство);- анемия;- сердечная недостаточность;- обезвоживание;- гипотензия;- недержание мочи и/или кала;- нарушение периферического кровообращения (артериального или венозного) и микроциркуляции;- изменение в психологическом состоянии;- бессонница;- боль;- курение | - Старческий возраст;- терминальное состояние;- дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная);- неврологические расстройства (сенсорные, двигательные);- изменение сознания (спутанное сознание, кома) |
| Внешние факторы риска |
| - Плохой гигиенический уход;- неправильно подобранные методы и средства по уходу;- неправильная техника массажа и подбор средств для массажа;- складки на постельном или нательном белье;- недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты (плохой аппетит, отказ от еды, неправильный режим питания, диета);- применение цитостатических лекарственных средств, гормонов, НПВСнестероидные противовоспалительные средства;- отсутствие поручней у кровати;- неправильная техника перемещения обслуживаемого в кровати;- нарушение техники расположения обслуживаемого в кровати или на кресле;- нарушение технологии применения противопролежневых систем (матрацы, подушки и др.);- изменения микроклимата кожи (перегрев, переохлаждение, избыточное увлажнение, сухость) | - Предшествующее обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 ч;- травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости;- повреждения головного и спинного мозга |

С целью выявления риска образования пролежней предложено много оценочных шкал:

- шкала Norton (1962);

- шкалаWaterlow (1985);

- шкала Braden (1987);

- шкала Medley (1991) и другие.

**Оценка риска развитияпролежней по шкале Нортон**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Физическое состояние**  | **Хорошее**  | **Удовлетворительное**  | **Тяжелое**  | **Крайне тяжелое**  |
| Психическое состояние  | Ясное  | Апатия (безучастное) | Спутанное (дезориентированность) | Ступор (загруженность) |
|  Активность  | Ходит без посторонней помощи | Ходит с посторонней помощью  | Нуждается в кресле-коляске  | Постельный режим, немобильность |
|  Подвижность  | Полная, хорошая  | Несколько ограничена | Сильно ограничена  | Обездвиженность  |
| Контроль за функциями таза | Недержание мочи отсутствует  | Иногда недержание мочи  | Недержание мочи  | Недержание мочи и кала  |
| Баллы  | 4 | 3 | 2 | 1 |

При 12 баллах или меньше– очень вероятно образование пролежней.

При 14 баллах или меньше–имеется опасность образования пролежней.

При более 14 баллов– опасность образования пролежней невелика.

**Части тела наиболее подверженные возникновению пролежней (места костных выступов)**

**Рис.13**



**Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней**

**(ГОСТ Р 56819 – 2015)**

I стадия - появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

II стадия - появление синюшно-красного цвета кожи, с четкими границами; стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера) с распространением на подкожную клетчатку.

III стадия - разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

IV стадия - поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

***Пролежни – частое осложнение малоподвижности,***

***являются следствием некачественногоухода!***

**Профилактика пролежней:**

**Основные принципы профилактики пролежней:**

Оценка риска развития пролежней (по шкале Нортон).

Своевременное выявлениепролежней на первых этапах их формирования.

Тщательный осмотр кожных покровов при проведении гигиенических процедур.

Регулярная смена положения тела (позиционирование) каждые 2 часа (для снятия давления с зон, подверженных возникновению пролежней).

Предотвращение трения кожи. Мокрую кожу обслуживаемоговытирать только промакивающими движениями.

Сбалансированное питание (по рекомендации врача, диетолога).Основные рекомендации: достаточное потребление белковых продуктов:молоко, творог, йогурт, мясо, яйца, сыр.

Соблюдение питьевого режима (количество приема жидкости **по согласованию с врачом**).

Все перемещения обслуживаемых должны осуществляться с предельной осторожностью, чтобы не допускать трения или растяжения (сдвига) кожных покровов.

|  |  |
| --- | --- |
| **Направленность мер** | **Меры профилактики пролежней** |
| Устранение простого контактного дерматита, вызванного недержанием | Регуляция водной нагрузки. |
| Лечение заболеваний, сопровождающихся недержанием мочи и кала (включая хирургические методы). |
| Применение абсорбирующих средств, в том числе на основе закрученной целлюлозы (обладает антибактериальным эффектом, нормализует кислотность кожи, поддерживает эпидермальный барьер за счет специальных типов биополимеров, входящих в состав подгузника). |
| Применение средств по уходу за кожей |
| Предупреждение механического сдавления  | Обеспечение максимальной мобильности обслуживаемого (лечебная физкультура, ранняя активизация после инсульта, переворачивание)Использование средств, предупреждающих сдавление (валики, подкладки, матрасы и т.д.). |
| Предупреждение сдвига кожи | Соблюдение правил мытья кожи (без трения, просушка касанием). |
| Соблюдение правил перемещения обслуживаемого. |
| Обеспечение адекватного кровоснабжения  | Обеспечение адекватного питания и питья. |
| Устранение механических причин нарушения кровоснабжения (позиционное сдавление). |
| Устранение локальных и распространенных причин нарушений микроциркуляции. |

**Профилактика пролежней:**

**Основные мероприятия по профилактике пролежней.**

Оценка факторов риска развития пролежней с помощью шкалы Нортон
осуществляется медицинскими сестрами. Повторная оценка производится каждые полгода мобильным и немобильным обсуживающим и каждые три месяца маломобильным обслуживающим, а также при изменении состояния обслуживаемых.

Постоянное наблюдение за кожными покровами осуществляется во время проведения медицинских манипуляций и всех гигиенических процедурдля выявления покраснений, повреждений кожи, ран с черным струпом, особенно в местах костных выступов.

Периодическая смена положения,обслуживаемогов постели (каждые 2 часа). Все перемещения должны осуществляться с предельнойосторожностью,чтобы не допускалось трение или растяжение кожныхпокровов. Смену положениятела фиксировать в бланке «Контроль за изменением положения тела проживающего» (приложение № 5).

Использованиефункциональной кровати и скользящих простыней, рекомендуется применять противопролежневый матрас и подкладывать специальные подушки, свернутые одеяла.

Необходимо следить за тем, чтобы простынь на постели обслуживаемого необразовывала складки, не было крошек и посторонних вещей, а на нательном белье - грубых швов.

 Мокрое, загрязненное постельное и нательное белье должно незамедлительнозаменяться. Должна проводиться своевременная смена абсорбирующего белья и уход за кожей интимной зоны после каждого опорожнения.

В помещении, где находится обслуживаемый, следует поддерживать нормальную температуру и влажность воздуха, регулярно проветривать и проводить уборку.

При обнаружении любого нарушения целостности кожного покрова необходимо осуществлять передачу информации персоналу по уходу, медицинской сестреили врачу.

Дальнейшие мероприятия назначает врач, в соответствии со стадией пролежней.

Все изменения на коже подлежат обязательной документации в бланке «Дневник наблюдения»(приложение № 1).

**Обучение обслуживаемых.**

Необходимо проводить обучение самих обслуживаемых наблюдать за своим кожным покровом.

При ведении медицинской документации лечения пролежнеймедицинский персонал долженвыполнять правильно фото-фиксацию (рис. 14)пролежня с линейкой (получив предварительно согласие обслуживаемого). Необходимо отметить локализацию, размер, глубину и наличие карманов (измерив их стерильным шпателем), цвет отделяемого, его объем, запах. Фото-фиксацию и описание раны проводить регулярно по мере лечения пролежня, для констатации эффективности/ или неэффективности проводимого лечения.

****Рис. 14

|  |
| --- |
| ФИО  |
| Годрождения |
| Датафото |
| Локализация |
| ГлубинаПодпись |
| **1**  | **2**  | **3**  | **4**  | **5**  | **6**  | **7**  | **8**  | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** |

**Предотвращение образования пролежней на крестце:**

Важно учитывать четыре основных фактора риска для крестцовых пролежней: давление, трение, сдвиг, влага.

Воздействие сдвигающих сил происходит, если обслуживаемый принимает вытянутое положение, а не приподнятое, или«сползает» при сидячем положении в постели из-за неправильного позиционирования сидя.

Для профилактики необходимо:

Проводить смену положения тела не реже, чем каждые 2 часа.

Избегать давления и усилия сдвига на кожу.

Укладывать в положение лежа на боку 300.

Устранять влагу при недержании хорошо впитывающими абсорбирующими средствами.

Рекомендуемые мероприятия при риске развития пролежней по ГОСТ Р 56819 – 2015: при недержании мочи – смена подгузников проводится каждые 6 ч.,

При недержании кала – смена подгузников проводится немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой.

**Рекомендуемый режим использования абсорбентов:**

Рекомендуется менять подгузники по мере необходимости, ориентируясь на маркировку, указывающую на их наполняемость с последующей гигиенической процедурой.

**Предотвращение образования пролежней на пятках:**

Для разгрузки пяток применяются защитные устройства (подушки, валики или мягкий «сапожок»).Они должны поднять пятку полностью от поверхности кровати, таким образом, чтобы распределить вес по всей ноге вдоль икры, без давления на Ахиллово сухожилие.

Для того, чтобы определить, является ли пролежнем красное пятно на коже, следует провести «Пальцевой тест».

**Пальцевой тест**

При обнаружении на коже красного пятна, следует определить: пролежень это или нет. Для этого надо надавливать на пятно пальцем в течение 10 секунд. Если пятно после этого побелело – значит, это – не пролежень, если осталось красным – значит это пролежень 1 стадии (так как кровоснабжение в этой зоне не восстановилось).

***Важно!***

**Не рекомендуется** к использованию для профилактики и лечения пролежней следующие средства, так как они могут вызвать ожог или дополнительное раздражение, замедляя при этом процесс заживления:

* бриллиантовый зеленый 1 %-ный или 2 %-ный спиртовой или водный раствор;
* калия перманганат раствор;
* фукорцин раствор и другие красящие средства;
* гексахлорофен раствор;
* хлоргексидин раствор;
* повидон-йод раствор (может применяться по ограниченным показаниям);
* спирт камфорный;
* спирт этиловый 95 % — 96 %. 90 %. 70 %, 40 %;
* одеколон;
* соляно-коньячный раствор;
* салициловая кислота раствор;
* перекись водорода раствор (может применяться по ограниченным показаниям);
* разведенный раствор спирта (водки) в сочетании с шампунем;
* каротолин мазь;
* линимент бальзамический по А.В. Вишневскому;
* растительные средства народной медицины, имеющие дубильный (вяжущий) эффект (кора дуба, кора ивы, калганный корень, настой зеленого грецкого ореха, схумпия и др.);
* применение резинового круга (резинового судна) в т.ч. обернутого ветошью, марлей;
* массаж «рискованных» участков тела;
* гигиенические мероприятия без использования профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей, например, лосьонов, ленок, кремов, защитных пленок и др.
	1. **Профилактика падений**

**Цели -** предотвратить паденияобслуживаемых.Данный вид профилактики реализуется при создании безопасной среды в организации социального обслуживания, в том числе при выполнении технологии «Мытье обслуживаемого в кровати», «Смена постельного белья», «Смена нательного белья», «Перемещение на край кровати», «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати),«Перемещение из кровати в кресло-коляску (стул), «Полное купание в душе или ванной комнате», «Сопровождение на прогулку на коляске», «Сопровождение при ходьбе.

**Общие понятия.**

**Падение –** это неосознанное изменение положения тела, в результате которого человек оказывается на земле, полу или более низком уровне.Падения являются значительной проблемой общественного здоровья во всем мире.

**Группа риска:**

* обслуживаемые, имеющие в анамнезе падения (в течение последних трех месяцев);
* импульсивные и беспокойные обслуживаемые;
* обслуживаемые, поступающие в бессознательном состоянии, под действием алкоголя, медикаментов;
* обслуживаемые, передвигающиеся с помощью костылей, на кресле-коляске или передвигающиеся с помощью посторонних людей, обслуживаемыес нестандартной походкой;
* обслуживаемые, испытывающие головокружения;
* обслуживаемые, подверженные ортостатическим коллапсам;
* обслуживаемыес мышечной слабостью.

**Факторы риска падений.**

**Внутренние факторы:**

* возрастное снижение равновесия, нарушения двигательных функций;
* когнитивные расстройства (деменция);
* нарушения зрения;
* головокружение;
* мышечная слабость;
* ортопедические заболевания нижних конечностей;
* множественные хронические заболевания;
* прием психотропных препаратов;
* прием более 4-х медикаментов одновременно;
* психологическое состояние – боязнь упасть;
* нарушение питания.

**Внешние факторы:**

* дефекты окружающей среды (плохое освещение, скользкие и неровные полы, рваный линолеум, провода и другие предметы на пути и пр.);
* характер обуви и одежды (открытый задник, скользкая подошва);
* неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы;
* организуя уход за маломобильным обслуживаемым, необходимо оценить риск падения у него.

**Методы оценки риска падения**

С целью оценки риска падений используется шкала Морсе (MorseFallScale). Данные фиксируются в бланке «Лист оценки рисков»(приложение № 6).

**Шкала риска падений Морсе (MorseFallScale)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Баллы |
| Падение в анамнезе: |
| * Нет
 | 0 |
| * Да
 | 25 |
| Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза): |
| * Нет
 | 0 |
| * Да
 | 25 |
| Имеет ли обслуживаемый вспомогательное средство для перемещения: |
| * Постельный режим / помощь санитарки
 | 0 |
| * Костыли / ходунки / трость
 | 15 |
| * Придерживается при перемещении за мебель
 | 30 |
| Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера): |
| * Нет
 | 0 |
| * Да
 | 25 |
| Оценка обслуживающимсобственных возможностей и ограничений(ментальный/психический статус): |
| * Адекватная оценка своих возможностей
 | 0 |
| * Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях
 | 15 |
| Функция ходьбы: |
| * Норма / постельный режим / обездвижен
 | 0 |
| * Знает и понимает свои ограничения
 | 0 |
| * Слабая
 | 10 |
| * Нарушена
 | 20 |

**Шкалаоценкирискападений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОЦЕНКА РИСКА | БАЛЛЫ | ДЕЙСТВИЯ |
| Нет риска | 0 | Тщательный основной медицинский уход |
| Низкий уровень | 5-20 |
| Средний уровень | 25-45 | Внедрение стандартизованных вмешательств для профилактики падений |
| Высокий уровень | ≥46 | Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений  |

**Профилактика падений.**

**Работа с обслуживаемыми.**

Выявление факторов риска у обслуживаемых:

* проверка и коррекция принимаемых медикаментов, особенно психотропных препаратов;
* коррекция кровяного давления, профилактика и лечение ортостатической гипотензии;
* адекватное лечение хронических заболеваний у обслуживаемых (сердечно-сосудистых, сахарного диабета и др.);
* при необходимости, дополнительное назначение витамина Д и препаратов кальция;
* коррекция нарушений зрения;
* коррекция нарушений сна;
* оценка и коррекция состояния питания обслуживаемых.

Оценка условий и создание безопасной окружающей среды для обслуживаемых с имеющимися факторами риска или уже переживших падения.

Применение технических средств реабилитации (4-палая трость, устойчивые ходунки, ремень фиксации обслуживаемого в инвалидной коляске). Обучение правильному их использованию.

Использование специальных защитных приспособлений для шейки бедра среди людей, подверженных риску перелома шейки бедра.

Программы физических упражнений для групп высокого риска падений:

* упражнения на равновесие и баланс;
* упражнения по тренировке и коррекции походки;
* для укрепления мышц и восстановления вестибулярной функции;
* групповые упражнения в учреждении, которые могут включать обучение в области профилактики падений.

Занятия по психологической поддержке после перенесенных падений.

Обучение обслуживаемыхпредотвращению падений, включить в программу образования тему «Профилактика падений», в т.ч.:

* обучение повышению самообслуживания;
* тренинги по предотвращению падений;
* правильное использование вспомогательных средств;
* тренинги по технике вставания при падениях.

Проведение, по мере необходимости, инструктажа обслуживаемых, их семей и посетителей по возможным опасностям, в плане падений.

**Мероприятия для персонала по предотвращению падений в организации социального обслуживания.**

Разработка программы по обучению персонала работе с обслуживаемыми общей стратегии профилактики падений в организации социального обслуживания.

Обучение персонала правильному перемещению маломобильных обслуживаемых.

Обучение персонала определению риска падений обслуживаемых (шкала Морсе).

Получения по ИПРА технических средств реабилитации, способствующих устойчивой ходьбе (4-х-палая трость, устойчивые ходунки) и т.д.

Обучение персонала действиям при падении обслуживаемогои заполнению бланка «Протокол падения»при каждом случае падения в организации*.*

Тщательный анализ каждого случая падения обслуживаемых в организации социального обслуживания.

**Создание безопасной среды в организации социального обслуживания.**

Усовершенствование системы вызова персонала, установка кнопки вызова около кроватей.

Ограничение степени открывания окон.

Оборудование коридоров, ванных комнат и туалетов поручнями.

Наличие достаточного освещения в помещениях и жилых комнатах.

Использование низких кроватей для обслуживаемых с риском падения.

Использование вспомогательного оборудования для передвижения (трости, ходунки, кресла-коляски).

Доступность для обслуживаемых необходимых предметов на тумбочке (столе), рядом с кроватью.

Размещение информационных вывесок в жилых комнатах о мерах по предупреждению падений.

Цельный линолеум, удобные лестницы, нескользкая плитка, своевременное выставление специальных знаков «Мокрый пол» сразу после мытья пола.

Обувь персонала должна быть с задниками.

Обувь обслуживаемых должна быть на нескользящей подошве, подходящего размера, с задниками.

Одежда обслуживаемых должна быть по размеру и не стеснять движения.

**Регламент профилактики падений в организации социального обслуживания.**

Обязательная оценка всех обслуживаемых на предмет риска падения.

Регистрация (заполнение «Протокола падений», запись в «Дневнике наблюдений») и анализ всех случаев,связанных с падениями обслуживаемых.

Внедрение мероприятий по предотвращению падений в организации социального обслуживания.

Ознакомление всех сотрудников со стратегией по снижению риска падений.

Инструктаж персонала мерам по снижению рисков падений.

Возможность быстрого вызова персонала при возникновении падения.

Обучение персонала правилам реагирования на факт падения обслуживаемых.

**Действия персонала при падении обслуживаемого.**

Если персонал находится рядом в момент падения: следует не удерживать человека от падения, а снизить риск удара, помочь мягко опуститься на пол, кровать или стул.

Обеспечить безопасное положение в месте падения, если необходимо, позвать помощь.

Если обнаружены видимые повреждения, не трогать человека, позвать медицинский персонал для осмотра.

Заполнить бланк «Протокол падения».



Приложение № 1 к методическим рекомендациям по проведению профилактических мероприятий, позволяющих предупредить возникновение острых состояний и осложнений хронических заболеваний у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ** ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **Событие** | **Подпись** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение № 2 к методическим рекомендациям по проведению профилактических мероприятий, позволяющих предупредить возникновение острых состояний и осложнений хронических заболеваний у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода

**КОНТРОЛЬ СОБЛЮДЕНИЯ ВОДНОГО БАЛАНСА**ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **Виднапитка** | **Кол-во (мл)** | **Деуринация,** **Кол-во (мл)** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Виднапитка** | **Кол-во (мл)** | **Деуринация,** **Кол-во (мл)** | **Подпись** |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 3 к методическим рекомендациям по проведению профилактических мероприятий, позволяющих предупредить возникновение острых состояний и осложнений хронических заболеваний у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода

**КОНТРОЛЬ СОБЛЮДЕНИЯ ПИТЬЕВОГО РЕЖИМА** ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **Виднапитка** | **Кол-во (мл)** | **Итого в сутки** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Виднапитка** | **Кол-во (мл)** | **Итого в сутки** | **Подпись** |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 4 к методическим рекомендациям по проведению профилактических мероприятий, позволяющих предупредить возникновение острых состояний и осложнений хронических заболеваний у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода

**КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦИИ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** | **Дата** | **Время** | **Примечание** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Документировать: вид стула (если нормальный, то ставится только дата). Описываются только отклонения от нормы – вид стула (жидкий, твердый), протекание (боли, жалобы). Цвет (черный, слишком светлый), включения, примеси (алая кровь, гельминты, яйца гельминтов, непереваренная пища). Все отклонения регистрируются также и в бланке «Дневник наблюдения» и передаются по смене медсестре

Приложение № 5 к методическим рекомендациям по проведению профилактических мероприятий, позволяющих предупредить возникновение острых состояний и осложнений хронических заболеваний у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода

**КОНТРОЛЬ ЗА ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ПРОЖИВАЮЩЕГО**

ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Датарождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| времядата |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |  | П. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

П. –официальное сокращение (подпись сотрудника) МИ - микроизменение 30 П - правый бок 30 градусов

ВЧВ – верхняя часть выше СКК – сидя на краю кровати 135Л – левый бок 135 градусов

С- спина ИК – инвалидная коляска ЛБ - левый бок

Приложение № 6 к методическим рекомендациям по проведению профилактических мероприятий, позволяющих предупредить возникновение острых состояний и осложнений хронических заболеваний у обслуживаемых с недостаточностью самостоятельного ухода

**ОЦЕНКА РИСКОВ** ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата****Проведенияоценки** | **Количествобаллов** |  |
| **по Шкале Морсе** **(оценка рисков падения)** | **по Шкала Нортон****(оценка риска развития пролежней)** | **Оценкарискавозникновенияконтрактуры** | **Наличие и интенсивность болей (шкалы болей)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |