



Современный подход  
к уходу за  
тяжелобольным



## Золотое правило нравственности:

Не делайте другим то, что вы не желаете для себя, и поступайте с другими так, как хотели бы, чтобы с вами поступили.



# Основные правила выполнения манипуляций ухода.

- Компенсация дефицита самообслуживания
- Соблюдение простых правил процедур
- Соблюдение принципов деонтологии
- Начинать процедуру с приветствия и заканчивать прощанием
- Озвучивать все свои действия
- Сообщить об окончании процедуры и поинтересоваться, как он себя чувствовал в ходе её проведения, и не нужно ли ему что-нибудь ещё.

**Самый высокий показатель профессионализма работника-доверие к нему пациента.**

# Основные принципы ухода

## ВИДЫ АКТИВНОСТЕЙ По Кровинкель:

Возможность общаться

Возможность двигаться

Возможность поддерживать витальные функции

Возможность ухаживать за собой

Возможность есть и пить

Возможность выделять продукты жизнедеятельности

Возможность одеваться

Возможность спать, отдыхать, расслабляться

Возможность развлекаться, учиться, развиваться

Возможность переживать собственную сексуальность

Возможность заботиться о безопасности своего окружения

Возможность поддерживать и развивать социальные контакты

Возможность справляться с экзистенциальным опытом жизни

# КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО. НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА.

1. Оценка нутритивной поддержки
2. Способы кормления:
  - \* Энтеральное питание (сиппинг, зондовое питание, через стому)
  - \* Парентеральное.
  - \* Смешанное.



## Зондовое питание:

- непрерывное капельное
- циклическое
- болюсное



# Парентеральное питание

## КАБИВЕН

### Центральный

Вводят только в магистральные вены:  
яремная, подключичная, бедренная

### Периферический

Вводят в магистральные и  
периферические вены

Кабивен центральный имеет  
высокую осмолярность, что  
при введении в  
периферические вены может  
привести к развитию тяжелого  
тромбофлебита.

# Уход за полостью рта.

- Зубная щетка или силиконовая щётка на палец
- Использование палочек Пагавит (влажные палочки пропитанные глицерином, лимонным экстрактом и 0,1 % бензоат натрия.
- Ирригатор





# Создание безопасной среды







*Внедрение программы  
профилактики  
падений пациентов в  
ГБУЗ РБ ГБ  
г. Кумертау*

- Падения пациентов в медицинских организациях являются серьезной социальной и экономической проблемой, т. к. падения пациента во время госпитализации в ряде случаев могут нанести серьезный ущерб их здоровью, что соответственно приводит к увеличению продолжительности и стоимости лечения.



## Мероприятия по профилактике падений ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау включает в себя:

1. Оценка риска падения пациента в соответствии с утвержденной стандартной операционной процедурой.
2. Мероприятия по профилактике падений.
3. Мероприятия при обнаружении факта падения пациента.
4. Регистрация и анализ случаев падений пациентов ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау.

Оценка риска падения пациента проводится в соответствии с утвержденной стандартной операционной процедурой.

Первичная оценка риска падения проводится всем пациентам во время госпитализации медицинской сестрой приёмного отделения. Согласно параметров по шкале Морса заполняется  
**ЛИСТ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТА.**

# Лист первичной оценки риска падения пациента

ФИО \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Падение в анамнезе (последние 3 мес)	да	25
	нет	0
Сопутствующие заболевания, которые влияют на координацию движений	да	15
	нет	0
Имеет ли пациент вспомогательные средства передвижения	Постельный режим/помощь медсестры	0
	Костыли/ходунки/палка	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	да	20
	нет	0
Функции ходьбы	норма\постельный режим\обездвижен	0
	Слабая (ходит с остановками)	10
	Нарушенная (ходит опираясь)	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений.	Знает свои ограничения	0
	Не осознает\переоценивает свои возможности	15

Дата

ФИО и подпись проводившего



## КРИТЕРИИ ПОВТОРНОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЯ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНЬ РИСКА ОТСУТСТВОВАЛА

- После операции, родов, анестезии, седации
- При назначении врачом медикаментов, повышающих риск падения (седативные, гипнотические, нейролептики, антидепрессанты, противосудорожные)
- При возникновении заторможенного, затуманенного, встревоженного состояния, делирия, лунатизма, судорог, эпилепсии.
- При переводе из блока интенсивной терапии, реанимации оценку проводит медицинская сестра палатная, которая принимает пациента в подразделении.

# Лист повторной оценки риска падения пациента

ФИО

Возраст

Падение в анамнезе (последние 3 мес)	да	25
	нет	0
Сопутствующие заболевания, которые влияют на координацию движений	да	15
	нет	0
Имеет ли пациент вспомогательные средства передвижения	Постельный режим/помощь медсестры	0
	Костыли/ходунки/палка	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	да	20
	нет	0
Функции ходьбы	норма\постельный режим\обездвижен	0
	Слабая (ходит с остановками)	10
	Нарушенная (ходит опираясь)	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений.	Знает свои ограничения	0
	Не осознает\переоценивает свои возможности	15

Дата

ФИО и подпись проводившего

## ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Нет риска	0	Основной медицинский уход
Низкий риск	5-25	Основной медицинский уход
Высокий риск	Выше 25	Стандартные мероприятия по профилактике падения пациента

# НЕТ РИСКА ИЛИ НИЗКИЙ РИСК ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

## ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ УХОД

**1. Создание оптимальных санитарно-гигиенических условий вокруг больного и его обслуживания**

- соблюдение санитарно-гигиенического и лечебно-охранительного режима;
- соблюдение личной гигиены тяжелобольных;
- оказание помощи во время приема пищи, различных физиологических отправлениях;
- облегчение страданий больного, успокаивание, подбадривание, вселение веры в выздоровление;

**2. Наблюдение за больными и проведение профилактических мероприятий:**

- наблюдение за функциями всех органов и систем организма;
- оказание первой медицинской (доврачебной) помощи (помощь при рвоте, головокружении; искусственное дыхание, непрямой массаж сердца);
- профилактика осложнений, которые могут возникнуть при неудовлетворительном уходе за тяжелобольными

**3. Выполнение врачебных назначений: проведение различных лечебных процедур и манипуляций**

- проведение диагностических манипуляций

**4. Ведение медицинской документации.**

# ВЫСОКИЙ РИСК ПАДЕНИЯ

- ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ ПРИ ПОМОЩИ ЖЕЛТОГО БРАСЛЕТА, на котором указать ФИО пациента, возраст, наименование подразделения





# ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА В ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ

- ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ.
- ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПЕРСОНАЛА



# Мероприятия по профилактике падений.

Размещение в палатах, приближенных к посту медсестры.





## Размещение на кроватях с поднятыми ограничителями



# Обеспечение пациента кнопкой экстренного вызова медсестры



**Транспортировка в сопровождении родственников или персонала подразделения на вспомогательных средствах передвижения.**



**Обучение пациентов и их родственников  
профилактике падений**

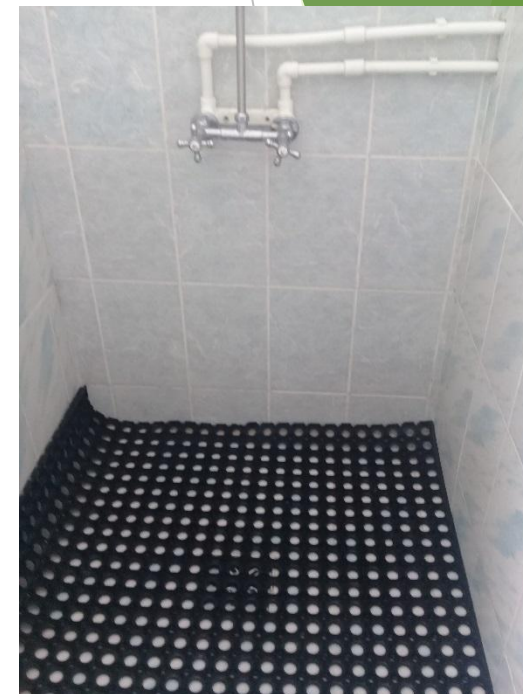
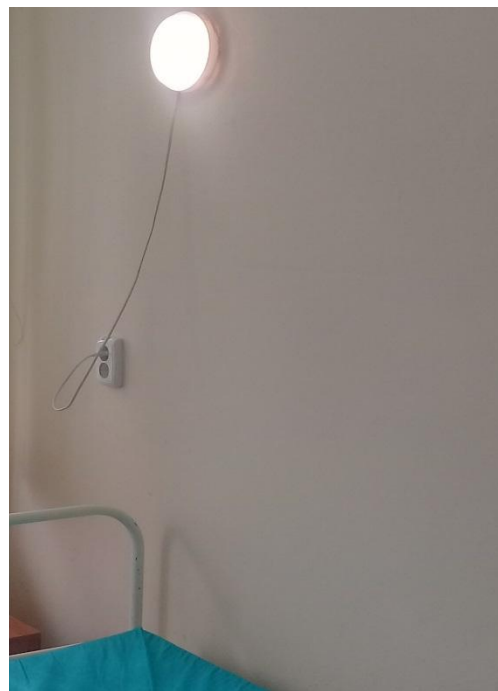
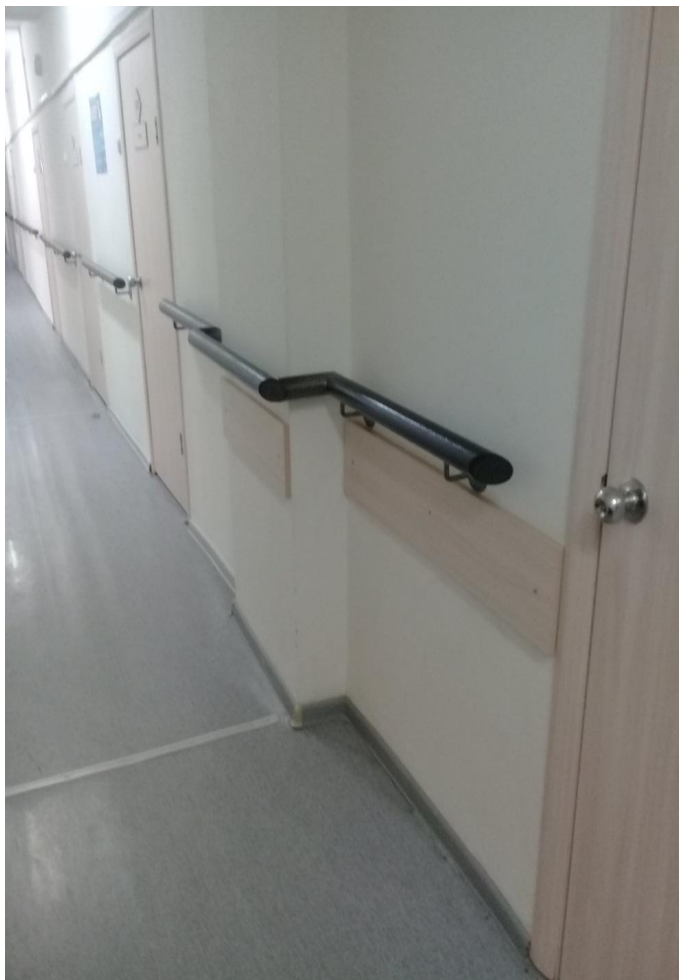
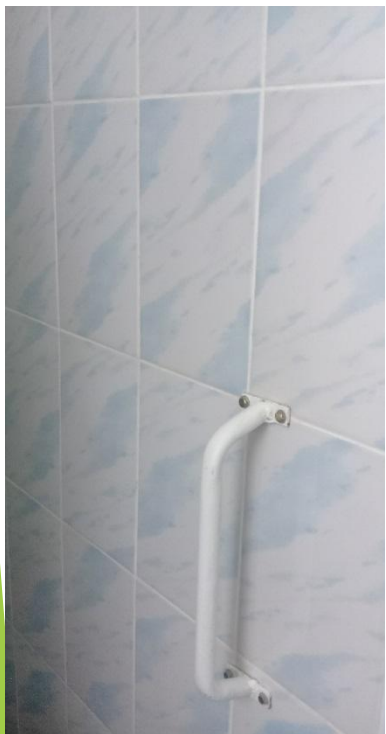
**Наличие информационных материалов для  
пациентов по вопросам профилактики падений.**



**ПАМЯТКА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПАДЕНИЙ**



# Безопасная планировка и соблюдение правил безопасности при проведении влажной уборки



# МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ФАКТА ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

## Если падение произошло в подразделении:

1. Оценить состояние пациента.
2. Сообщить лечащему или дежурному врачу через третье лицо.
3. При помощи вспомогательных средств транспортировать пациента в палату.
4. После осмотра врача выполнить врачебные назначения.
5. Выяснить и Устранить причину падения.
6. Заполнить журнал регистрации падений и отправить экстренное извещение.



## ЕСЛИ ПАДЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРОИЗОШЛО ВНЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

1. Идентифицировать пациента по браслету
2. Позвать на помощь персонал подразделения, в которое госпитализирован пациент (по возможности)
3. После прибытия персонала или привлечения помощников на каталке транспортировать пациента в приемное отделение для осмотра врачом.
4. После выполнения назначений врача транспортировать пациента в подразделение.
5. Медсестра подразделения регистрирует случай падения и отправляет экстренное извещение.

# ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ И АНАЛИЗА СЛУЧАЕВ ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

№	Дата и время падения	ФИО пациента, год рождения	Место и причины падения	Мероприятия по устранению причин	ФИО сотрудника зарегистрировавший падение	Ответственный за исполнение мероприятий
---	----------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------------



\_\_\_\_\_

наименование подразделения отправителя

## ИЗВЕЩЕНИЕ

О факте падения пациента

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_

3. Возраст \_\_\_\_\_ 4. Дата и время падения \_\_\_\_\_

5. Место и причины падения \_\_\_\_\_

6. Мероприятия по устранению причин \_\_\_\_\_

7. Дата первичной сигнализации \_\_\_\_\_

Фамилия, подпись сообщившего \_\_\_\_\_

**Извещение передавать ответственному лицу.**

# АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТА в ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау

## Критерии анализа

- **Выявить случаи ненадлежащего исполнения сотрудниками обязанностей по профилактике падений**
- **Устранение причин падения пациента не зависящие от персонала больницы**
- **Разбор и анализ случаев падения пациентов проводится 1 раз в квартал**

# Внедрение программы по профилактике пролежней в ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау

1. Оценка риска развития пролежней у пациента в соответствии с утвержденной стандартной операционной процедурой.
2. Мероприятия по профилактике пролежней.
3. Мероприятия при обнаружении случая возникновения пролежней у пациента.
4. Регистрация и анализ случаев пролежней у пациентов ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау.

# Оценка риска развития пролежней проводится по Шкале Ватерлоу:

ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ: МАССА ТЕЛА ОТНОСИТЕЛЬНО РОСТА	БАЛЛ	ТИП КОЖИ	БАЛЛ	ПОЛ ВОЗРАСТ, ЛЕТ	БАЛЛ	ОСОБЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА	БАЛЛ
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1	Женский	2	Сердечная недостаточность	5
Ожирение	2	Сухая	1	14-49	1	Болезни периферических сосудов	5
Ниже среднего	3	Отечная	1	50-64	2	Анемия	2
		липкая, холодный пот (повышенная температура)	1	65-74	3	Курение	1
		изменение цвета (бледная)	2	75-81	4		
		поврежденная, болезненная (трещины, пятна)	3	более 81	5		
<b>НЕДЕРЖАНИЕ</b>	<b>БАЛЛ</b>	<b>ПОДВИЖНОСТЬ</b>	<b>БАЛЛ</b>	<b>АППЕТИТ</b>	<b>БАЛЛ</b>	<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА</b>	<b>БАЛЛ</b>
Полный контроль/ через катетер	0	Полная	0	Средний	0	Диабетическая невропатия, множественный склероз, инсульт, амплексия, моторная/ сенсорная паралич	4-6
Иногда недержание	1	Беспокойный, суетливый	1	Плохой	1		
Катетер, но недержание кала	2	Апатичный	2	Питание через зонд/ только жидкость	2		
Недержание кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3	Отказ от пищи (голодание)	3		
		Инертный	4				
		Неподвижность (кресло- каталка)	5				
Лекарственная терапия	Балл	Обширное оперативное вмешательство / травма	Балл	1-9 БАЛЛОВ		Нет риска	
Цитостатические препараты	4	Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник	5	10-14 БАЛЛОВ		Есть риск	
Высокие дозы стероидов	4	Оперативное вмешательство(более 2 ч)	5	15-19 БАЛЛОВ		Высокая степень риска	
Противовоспалитель- ные препараты	4			20 БАЛЛОВ и более		Очень высокая степень риска	

# Лист оценки риска развития пролежней

Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней

№ п/п	Наименование	дата													
		26.02	27.02	28.02	1.03	2.03	3.03	4.03	5.03	6.03	7.03	8.03	9.03	10.03	11.03
1	Масса тела	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Тип кожи	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Пол	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Возраст	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	Особые факторы риска	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
6	Недержание	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	Подвижность	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Аппетит	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	Неврологические расстройства	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	Обширное оперативное вмешательство пояса/травма ниже	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	Лекарственная терапия	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Сумма баллов	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	Риск есть нет высокая очень высокая (Е;Н;В;ОВ)	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ	ОВ
	Пролежни есть нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
	Стадия : I II III IV														

Инструкция: проставить баллы, по шкале Ватерлоу, баллы суммировать, оценить степень риска. У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней проводить ежедневно утром. При наличии пролежней, оценить стадию в соответствии с классификацией по клинической картине.

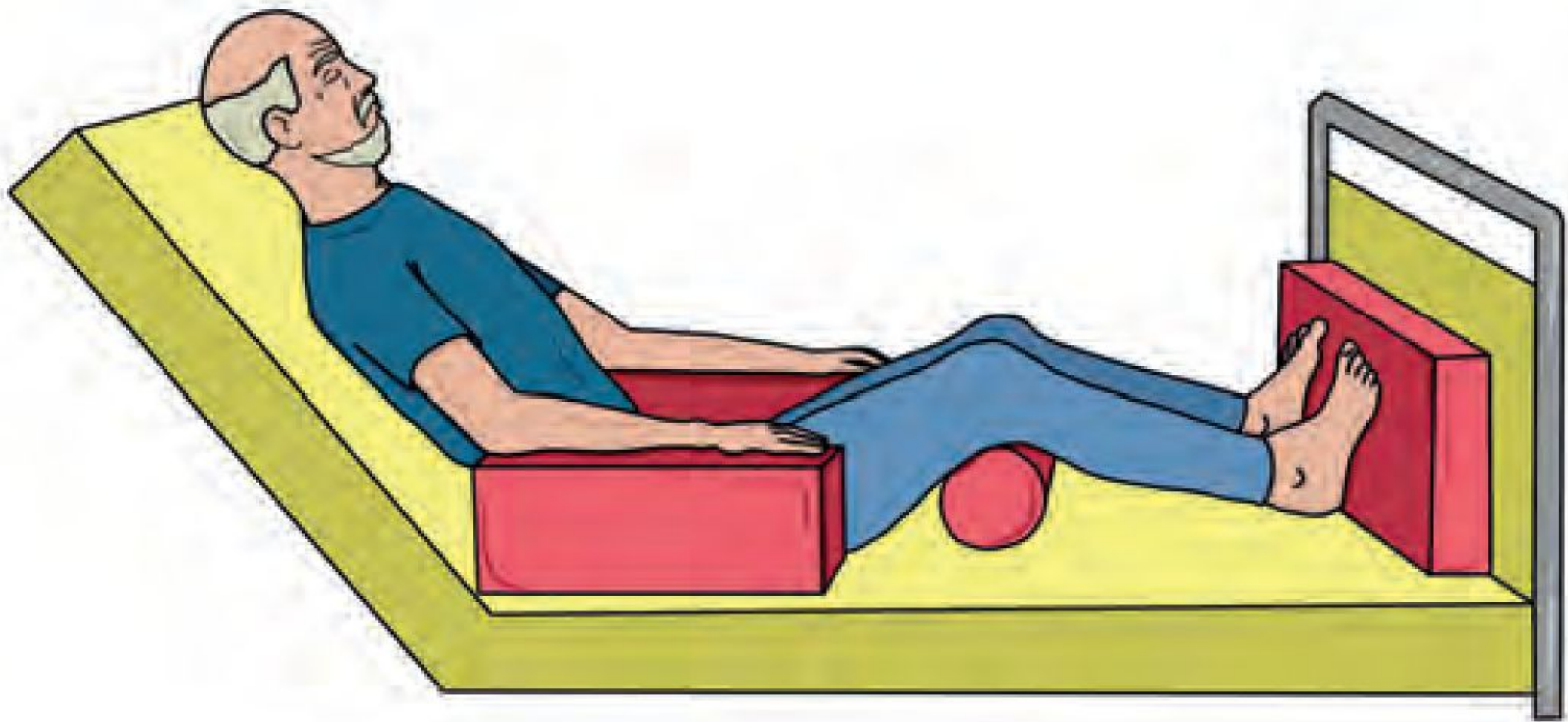
Согласовано с врачом Чаткина ЕВ  
 (подпись) (Ф.И.О. врача полностью)

(подпись медсестры) Ире Нишатауллы И.А. (Ф.И.О. полностью)

# Основные противопрлежные мероприятия. - Мобилизация пациента

Освободить место образования пролежней от давления.  
Правильная мобилизация каждые 2 часа.





*Рис. 27. Положение сидя в кровати*



*Рис. 28. Положение 30° на боку*



*Рис. 30. Положение 135° на боку*





«ГНЕЗДО» для тяжелобольного



# Гигиенические процедуры

## Смена постельного белья





# Смена нательного белья.



# Средства для ухода



# Противопролежневые системы, матрацы





# Лист регистрации противопролежневых мероприятий

Лист регистрации противопролежневых мероприятий

ФИО Краснов В.А.

Начало реализации плана ухода: дата 26.02.19. час 9 мин 00

Окончание реализации плана ухода: дата \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование	дата													
		26.02	27.02	28.02	1.03	2/03	3/03	4/03	5.03	6.03	7.03	8.03	9/03	10/03	11.03
1	Утром по шкале Ватерлоу баллов	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
2	Изменение положения/состояния в постели:	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок	на спине л. бок
	8-10 ч положение-	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина	Спина
	10-12 ч положение-	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг
	12-14 ч положение-	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок
	14-16 ч положение-	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок
	16-18 ч положение-	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина
	18-20 ч положение-	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг	Фланг
	20-22 ч положение-	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок
	22-24 ч положение-	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок
	0-2 ч положение-	лев. бок	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина
	2-4 ч положение-	лев. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок	пр. бок
	4-6 ч положение-	пр. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок	лев. бок
	6-8 ч положение-	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина	спина
3.	Гигиенические процедуры (душ, ванна, обтирание)	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание	обтирание
4.	Обучение пациента самоуходу (указать результат)	не обучен	-	-	-	-	обучен	-	обучен	-	обучен	-	обучен	-	обучен
5.	Обучение лиц, ухаживающих за пациентом уходу (указать результат)	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены	обучены
6.	Использование противопролежневого матраца	да	✓	да	✓	✓	да	да	да	да	да	да	да	да	да
7.	Проведен массаж около области (указать область и количество раз)	по спине	крестец	по спине	крестец	по спине	крестец	по спине	крестец	по спине	крестец	по спине	крестец	по спине	крестец

Ф.И.О. (полностью) медсестер и подпись, участвующих в уходе за пациентом:

Климентьева Ч.И. Климентьева Ч.И.  
Александрова С.Ф. Александрова С.Ф.  
Дурдина И.И. Дурдина И.И.



# Школа обучения родственников навыкам ухода за тяжелобольными





Не судите родственников. Мы попутчики на этом пути. Порой родственники нуждаются в большей помощи и поддержке, чем сам пациент.



# Разработаны памятки для родственников тяжелобольных.

государственное бюджетное учреждение здравоохранения РБ

г. Кумертау



Памятка по профилактике пролежней



2018 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения РБ  
г. Кумертау



**Общие рекомендации по уходу за  
тяжелобольным**



2018 г.

# Журнал регистрации пролежней

№ п/п	Дата осмотра	ФИО пациента год рождения	Результат осмотра	Места локализации пролежней и степень тяжести	Принятые меры	Подпись врач медсестра	Результат при выписке

наименование подразделения отправителя

## ИЗВЕЩЕНИЕ

### О факте развития пролежней

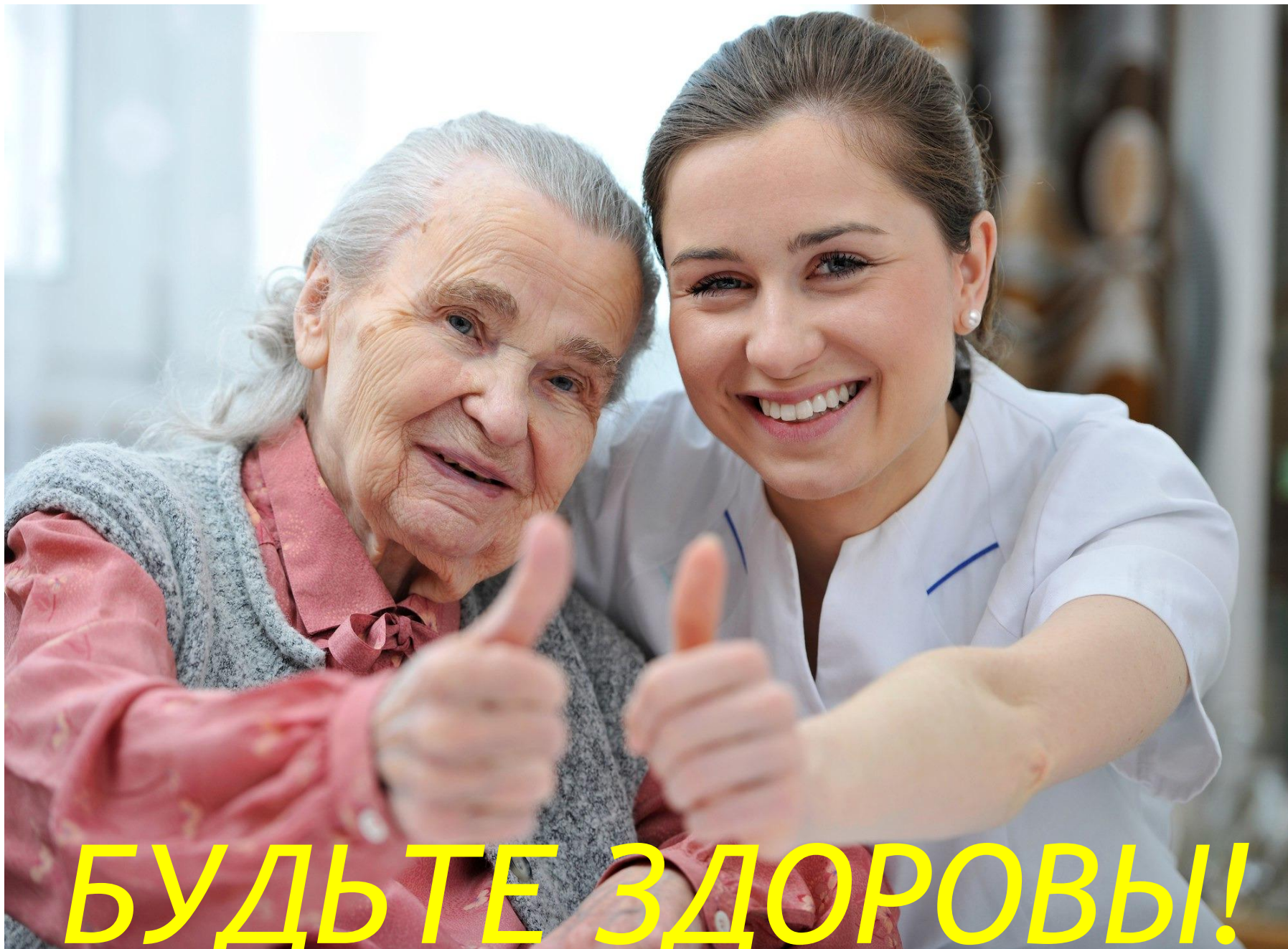
1. Диагноз \_\_\_\_\_  
подтвержден врачом хирургом: да, нет (подчеркнуть)  
Степень \_\_\_\_\_  
Локализация \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
3. Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_
5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_ район  
улица \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_
6. Даты выявления \_\_\_\_\_ 7. Дата госпитализации \_\_\_\_\_
8. Проведенные противопролежневые мероприятия \_\_\_\_\_
9. Исход при выписке или переводе: прогрессирование\*или стабилизация\*  
(нужное подчеркнуть)
- 10 Развитие осложнений пролежней \_\_\_\_\_  
(указать осложнение)
- 11.Дата первичной сигнализации \_\_\_\_\_

Фамилия, подпись сообщившего \_\_\_\_\_



**Поощряйте любую самостоятельную активность пациента. Не отнимайте у человека то, что пока болезнь не отняла. Оставьте пациенту образ жизни, лишь только меняйте темп.**





**БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!**