

Науқастың жеке бас гигиенасы

Қүтімнің принциптері

1. Қауіпсіздік (пациенттің зиян алмау үшін)
2. Конфиденциальность-(жеке басындағы жағдайды ешкіммен бөліспеу)
3. Сый-құрмет көрсету-(шараларды пациенттің келісімі бойынша орындау)
4. Қарым-қатынас(пациентпен және оның туыстарымен сенімді қарым-қатынас және күтім жолдарын толықтыру)
5. Тәуелсіздік (әр пациентті қызығарлық қозғалысқа демеу)
6. Жұқпа қауіпсіздігі(шараларды қолдана білу)
7. Пациентке көмек көрсету мақсаты.(Жеке гигиенаны өткізу пациентке ,пациентті комфортты жағдаймен қамтамасыз ету,жағдай

НАУҚАСТЫҢ ТӘРТІП ҚОЗҒАЛЫСЫ

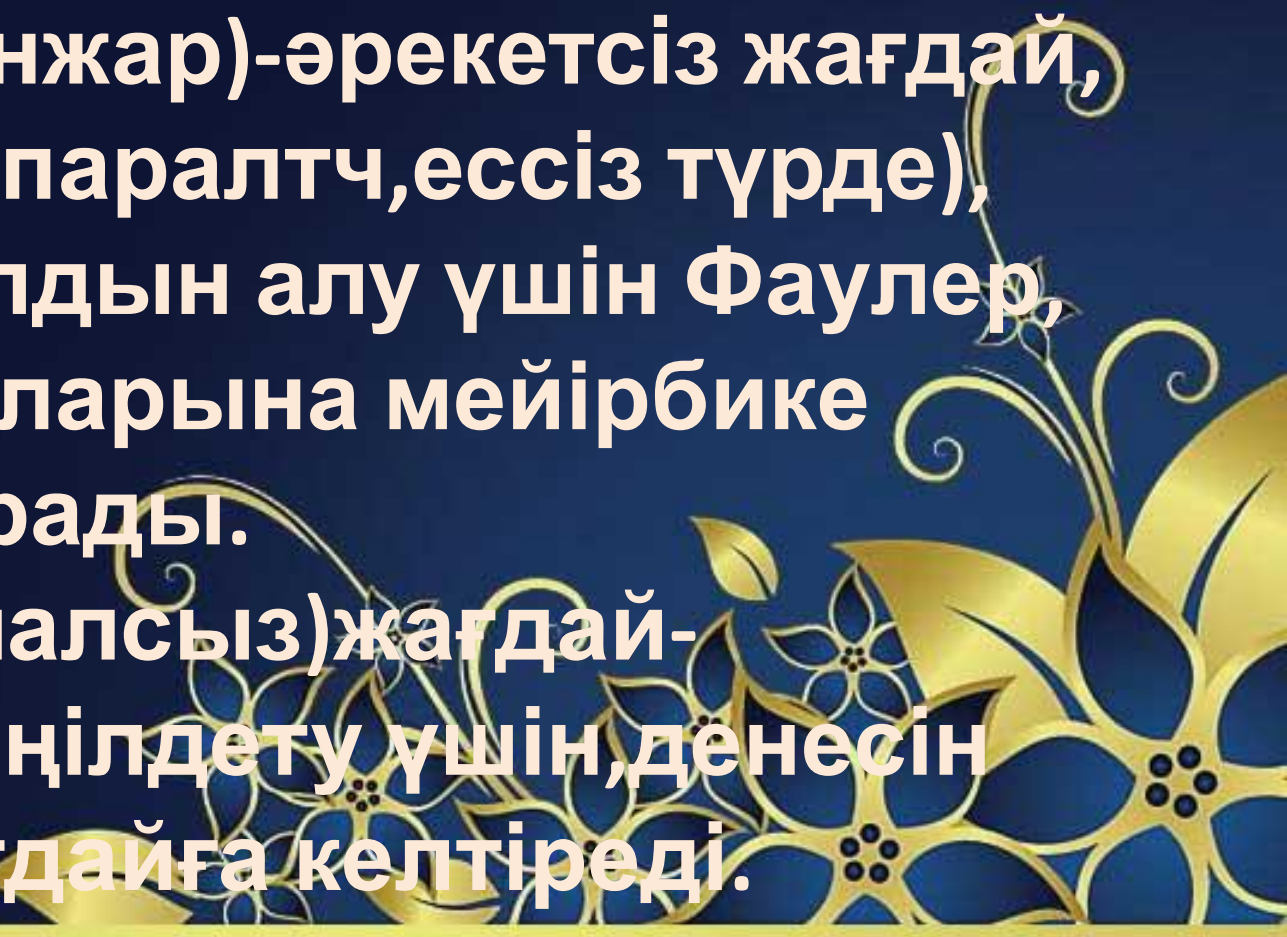
- 1.Жалпы тәртіп –науқасқа еркін қозғалуға мүмкіндік беріледі.**
- 2.Палата тәртібі-палата ішінде қозғалады, дәретханаға өз бетімен барады.**
- 3.Жартылай төсек тәртібі-төсекпен орындыққа отырады,дәретханаға күтушімен бірге барады.**
- 4.Төсек тәртібі-төсегінде қозғалады, отырады,гигиниялық шараларды, тамақтану,дәрет ыдысын төсеке береді.**
- 5.Қатаң төсек тәртібі-кейбір жағдайда қысқа уақытқа қозғалуға болмайды.**

Науқастың төсектегі жағдайы

1. Белсенді науқас өздігінен қозғалады өзін-өзіне қызмет көрсете алады.

2. Пассивті (енжар)-әрекетсіз жағдай, қыймылсыз (паралитч, ессіз түрде), ойылудың алдын алу үшін Фаулер, Симс жағдайларына мейірбике келтіріп отырады.

3. Мәжбүр (амалсыз) жағдай-жағдайын жеңілдету үшін, денесін ыңғайлы жағдайға келтіреді.

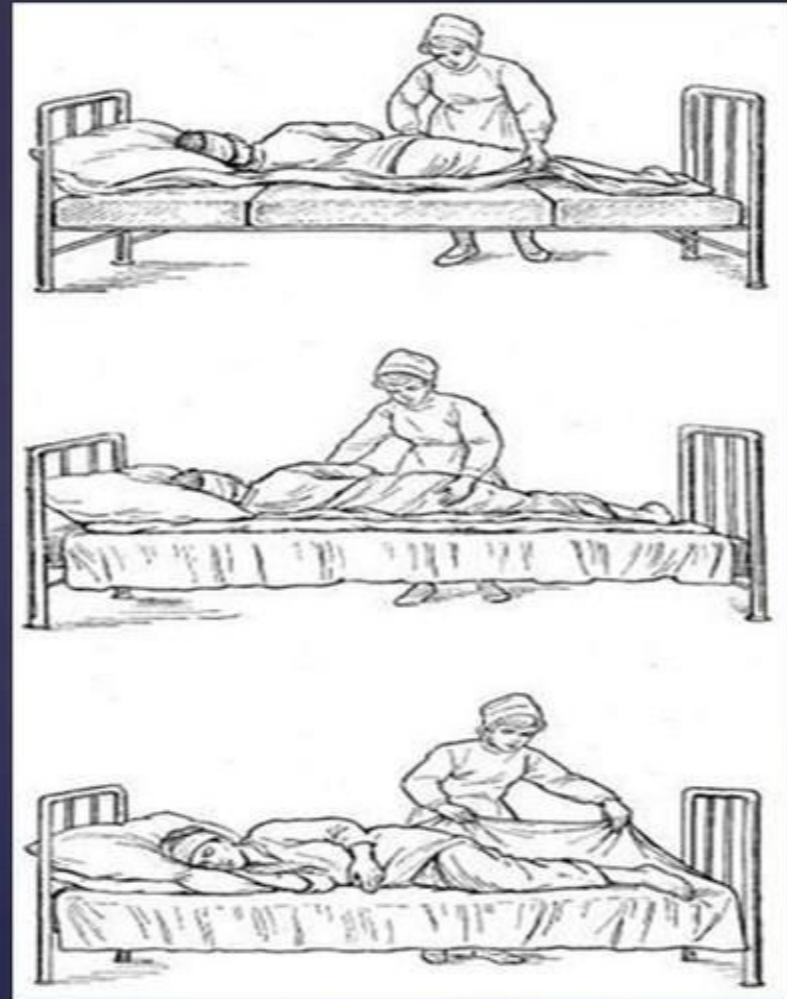
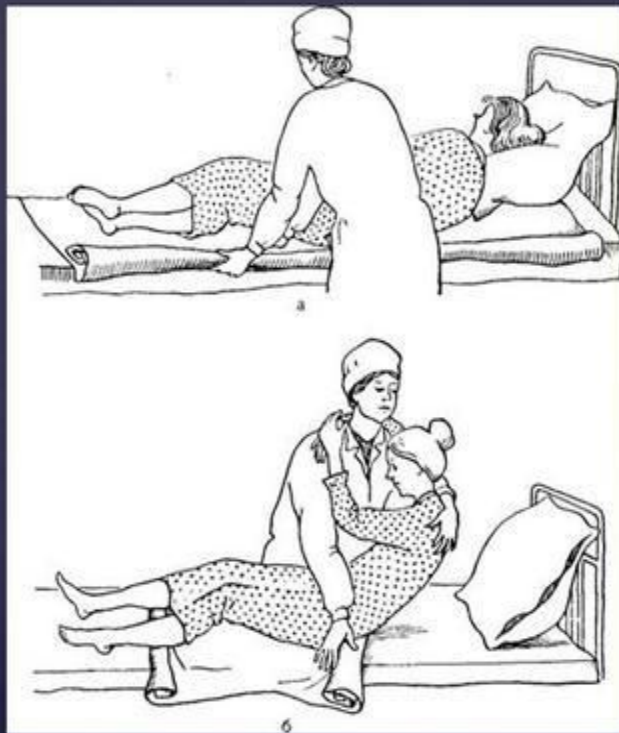


Төсек ауыстыру

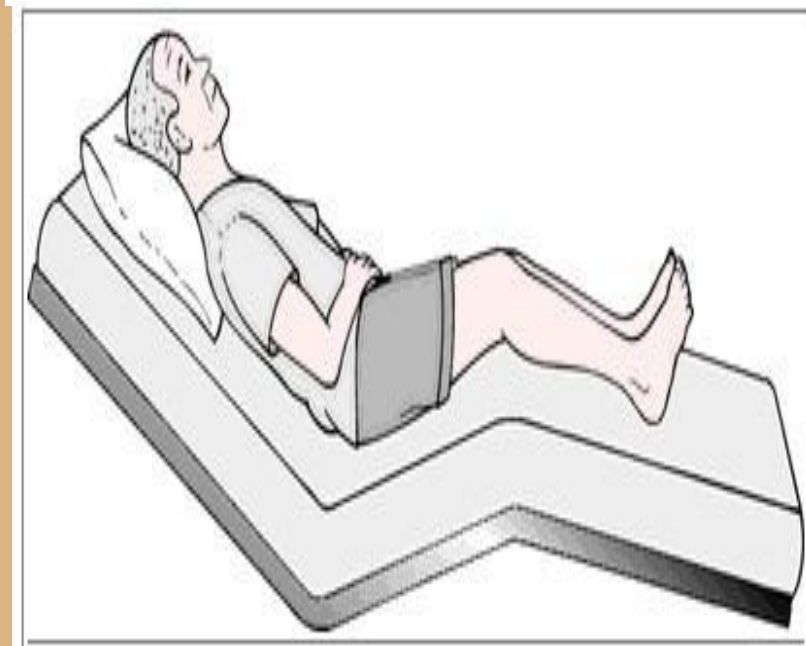
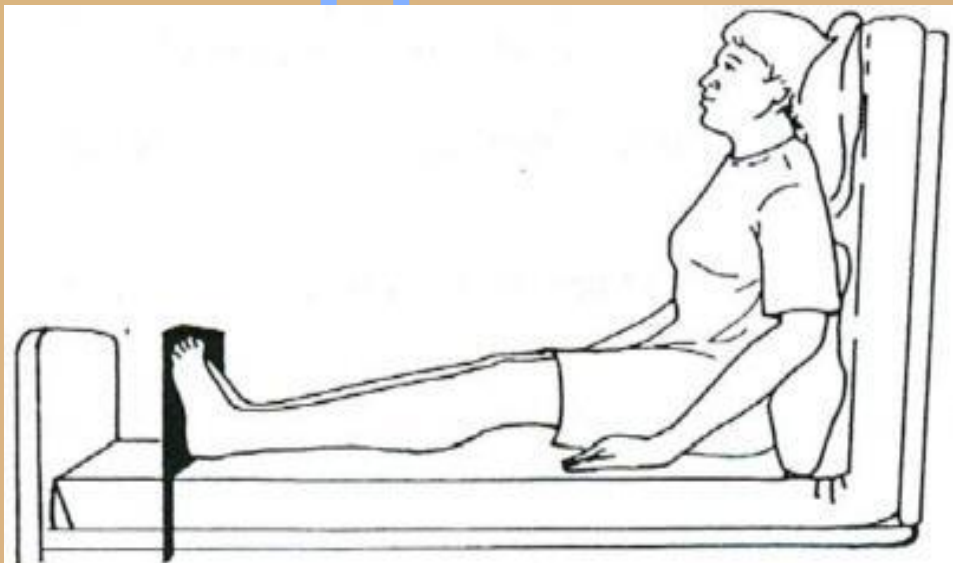
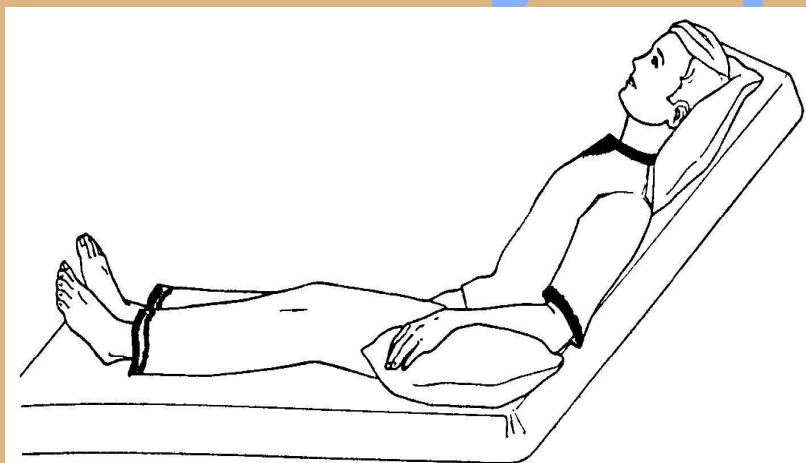
Ауыр халдегі науқастын төсек орнын ауыстырудың 3 түрі бар.

- 1. Егер науқас төсек тәртібінде болып, оған төсекте аударылуына рұқсат болса...*
- 2. Егер науқас қатаң төсек тәртібінде болып, қимылдауға болмайтын жағдайда..*
- 3. Егер науқас қатаң төсек тәртібінде болып, қимылдауға болмайтын жағдайда..*

Төсек ауыстыру (1 түрі)



Фаулер жағдайы



Симс жағдайы

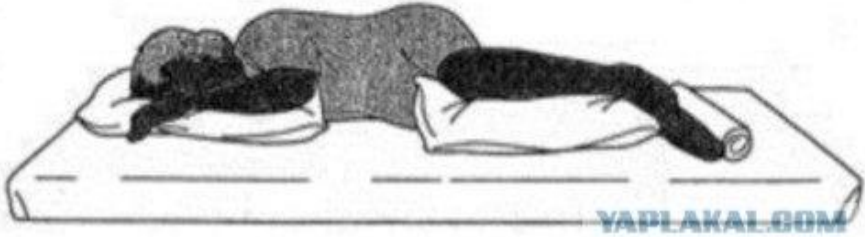
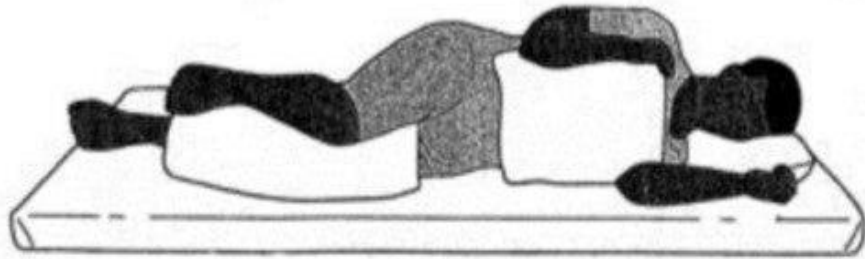


Рис. 22



Рис. 23

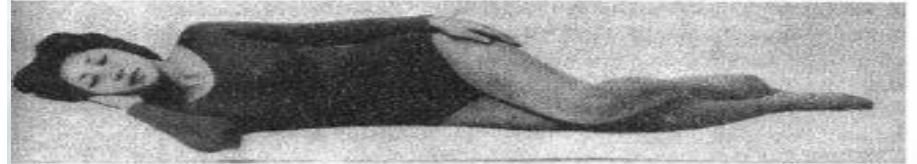
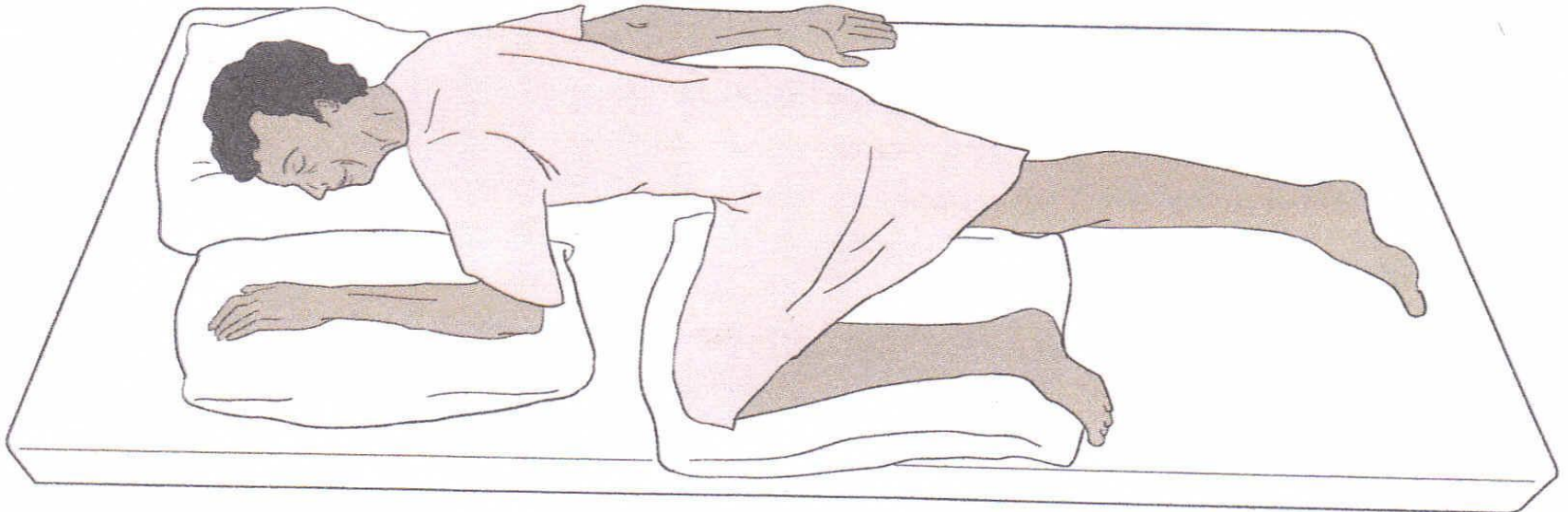


Рис. 24



Ойылу

- ❑ **Ойылу**- терінің және жұмсақ тіндердің ұзақ уақыт қысылуынан шіруге дейін баратын зақымдануы.
- ❑ Ойылуға итермелейтін факторларға жергілікті қан айналымының , иннервацияның, тіннің қоректенуінің бұзылуы жатады.
- ❑ Ол дененің сүйектерінің шығыңқы жерлерінің кез- келген бөлігінде пайда болуы мүмкін.
- ❑ Науқас шалқасынан жатқанда құйымшақ, өкше, жауырын, шүйде аймақтары ойылуы мүмкін.
- ❑ Науқас етпетінен жатқанда қабырға, тізе, аяқ башайларының сырт жағы, мықын сүйегінің қыры ойылады.



Ойылуға әкелетін негізгі үш фактор

Қысым

- ❑ Қысым- науқастың өз дене салмағының әсерінен салмақ салып жатқан жағындағы тіндер қысылады. Тіндердің қысылуы әсерінен тамырлардың диаметрі кішірейеді, ишемия себебінен тіндердің қоректенуі бұзылады.
- ❑ Тіннің толық қысылуы жағдайында екі сағат ішінде ол шіриді. Жарақатқа бейім тіндердің ойылуы ауыр төсеніштердің, қысып байлағанның, киімнің тиюінен күшеюі мүмкін.

Кесіп өтетіндей күш

- ❑ Кесіп өтетін күш,, - тіндердің механикалық зақымдануы және бұзылуы тікелей емес қысылудың әсерінен болады. Ол салмақ салған жақтағы тіндердің орнынан ығысуынан болады.
- ❑ Одан төмен жатқан тіндердің қан айналымы бұзылады, тін оттегі жетіспеушілігінен өледі.
- ❑ Тіндердің ығысуы науқас төсекте төмен жылжып немесе басымен жоғары жылжу жағдайларында пайда болуы мүмкін.

Үйкеліс

- ❑ Үйкеліс-ол кесіп өтетін күштің бір компоненті болып саналады. Ол тері қабатының сыпырылып, жараның пайда болуына әкеледі. Үйкеліс тері ылғалданғанда күшейеді.
- ❑ Мұндай құбылысқа зәрін ұстай алмайтын науқастар, терді көп бөлетін науқастар, ылғал төсеніште жатқан науқастар немесе су тартпайтын төсеніште жатқан науқастар көп ұшырайды.

Ойылу

Ойылудың себептері

1. Әлсіз ,жүдеу науқас
2. Қыймылсыз жатқан науқас,
күтілмесе
3. Қан айналымының
бұзылуы

ӘСЕР ЕТУШІ ФАКТОРЛАР

1. ТІКЕЛЕЙ КҮШ-ШАЛҚАСЫНАН
ЖАТУ

2. ҚИЫЛЫС КҮШ-ТӨСЕКТЕН
СЫРҒЫП КЕТУ , КӨТЕРІЛУ

3. ҚАЖАЛУ КҮШІ-ТЕРІСІ
ДЫМҚЫЛДАНҒАНДА

(ТЕРЛЕГЕНДЕ , АСТЫНА ЗӨР
ЖІБЕРГЕНДЕ

Себептері

Науқастың төсекте орнын өзгерте алмаушылық

Артық салмақ

Кома жағдайы

Жүйке –жүйесінің аурулары мен жарақаттары

Жүрек және қанайналым жүйесі қызметінің әлсіреуі

Қант диабеті

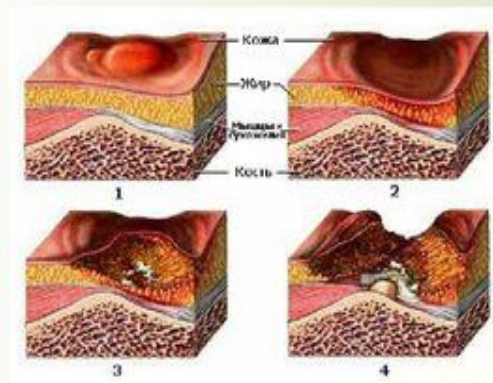
Төсектегі науқастың тері гигиенасының бұзылуы



**Ойылудың 4 кезеңі
болады**

Ойылудың I дәрежесі- эпидермалды және тері қабагтарының зақымдалуымен шектеледі. Терінің сыртқы қабаты зақымданбайды. Сыртқы күштердің әсері қайтса да тұрақты түрде қалатын терінің қызаруымен, онда көкшіл- қызғылт дақтардың пайда болуымен сипатталады.

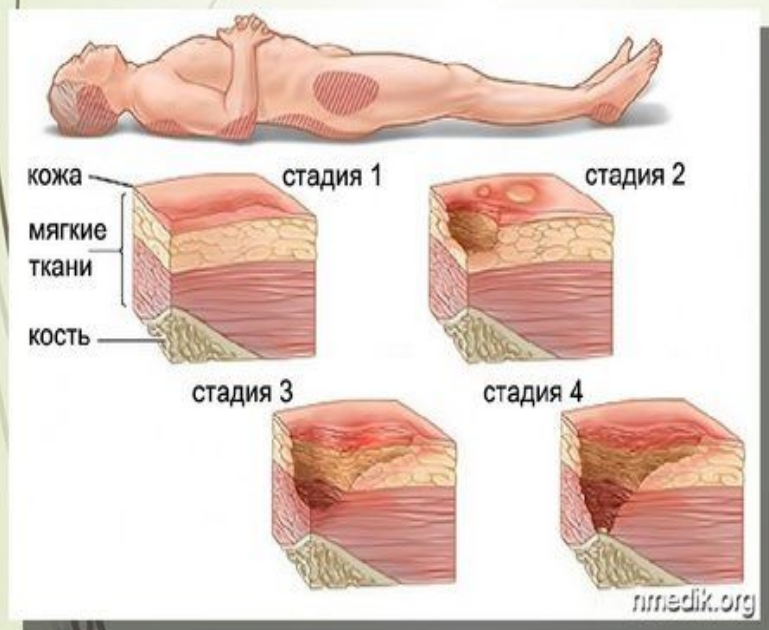
Ойылудың II дәрежесі- терінің сыртқы қабатының және тері асты май қабатының тұтастығы бұзылады. Тұрақты гиперемия және көкшіл- қызғылт дақтар сақталады. Эпидермистің алынуы байқалады.



Ойылудың III дәрежесі- Тері қабаты түгелімен зақымданып, бұлшық ет қабатын да бұлшық етті де қамтиды.

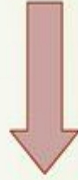
Ойылудың IV дәрежесі- барлық жұмсақ тіндердің зақымдалуымен сипатталады. Сіңір және сүйектердің зақымдануы байқалады.

Ойылу денедө бозғылт, ақшылданған аймақтардың пайда болуымен басталады. Бұл аймақ біртіндеп көкшіл- қоңырланады, эпидермис жиырылып, көпіршіктер пайда болады. Тін некрозға ұласып, ол төменгі тіндерге және жан- жағына таралады. Ойылудың емі оның дәрежесіне байланысты болады.

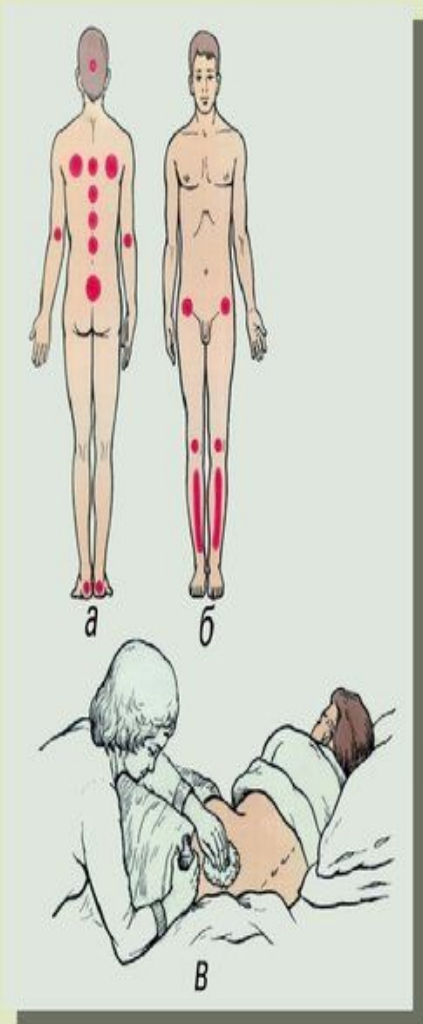


▣ **Мақсаты:** ойылудың алдын алу.

- ❖ Ис-әрекет алгоритмі:
- ❖ Төсеніш, матрац, қосымша заттар, тамақ, сусындарды ұйымдастыру.
- ❖ Күніне бір реттен кем емес, тері қабатының жағдайын бағалап отыру.
- ❖ Әрбір екі сағат сайын пациенттің төсектегі қалпын өзгертіп отыру, оны төсектің үстіне көтеріп, екі қырына кезек аударып отыру, етбетінен жатқызу.
- ❖ Теріде ойылудың болуы мүмкін аймақтарын күнделікті тексеріп отыру: құйымшақ, өкше, жауырын, саян сүйегі тұстары, тізе буынының ішкі жақтары
- ❖ Күніне екі рет ойылулар болуы мүмкін аймақтарды жылы сумен сабындап жуып отыру:
 - ❖ - сүлгімен құрғатып сүрту;
 - ❖ - камфорлы спиртке немесе этил спиртіне батырылған салфеткамен тазалау;
 - ❖ - қорғаныш кремін жағу;
 - ❖ - ойылулар пайда болуы мүмкін аймақтардың жұмсақ тіндерін массаж жасау тәсілімен сылау.



- ❖ Науқасты тамақтандырып болған соң жайманы тамақ қалдықтарынан сілкіп тазалау.
- ❖ Төсеніштегі және киімдегі бұдырлы жерлерді түзету.
- ❖ Қабылданатын тамақтың мөлшері мен сапасын анықтау.
- ❖ Күніне сұйықтықты қажетті мөлшерде қабылдауын , яғни /1,5 литр / қамтамасыз ету.
- ❖ Сырты тысталған паролон домалақты құйымшақтың, шынтақтың, өкшенің астына қолдану, ойылуға қарсы матрац пайдалану.
- ❖ Пациенттің төсектегі қалпының ауысуын үнемі мадақтап отыру.
- ❖ Пациенттің зәрін ұстай алмау жағдайында памперсті әрбір төрт сағат сайын ауыстырып отыру.
- ❖ Үлкен дәретті ұстай алмайтын науқастардың памперсін дереу ауыстырып, жыныс мүшелерін жуып отыру.
- ❖ Егер науқас жүре алатын болса , оның белсенділігін мадақтап отыру. Кез- келген шараны орындауда медициналық қолғаптарды пайдалану.



□ Тері ойылуының қауіпін бағалау үшін қолдануға болатын әмбебап шкала – **Ватерлоу шкаласы.**

□ **Ватерлоу шкаласы** бойынша балдар қосылып нәтижесінде төмендегі мәндер анықталады:

□ қауіп жоқ – 1 - 1-9 балл;

□ қауіп бар – 10 балл;

□ қауіптің жоғары дәрежесі – 15 балл;

□ қауіптің өте жоғары дәрежесі – 20 балл.

□

Қимылсыз жатқан пациенттерге қауіп дәрежесін бағалау күнделікті жүргізіледі.

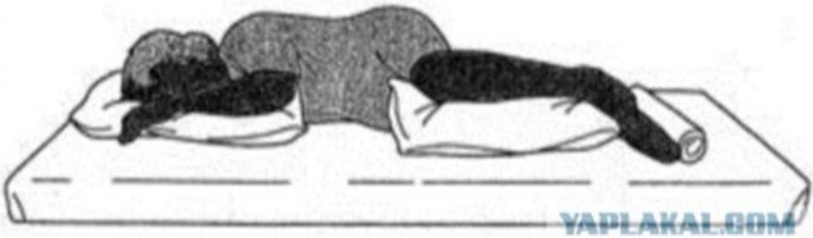
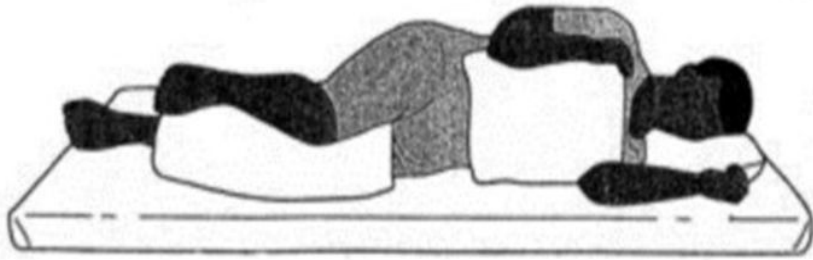
□

Ватерлоу шкаласында дене массасының бойға салыстырылған дене бітімі, терінің типі, науқастың жынысы, жас шамасы анықталады.

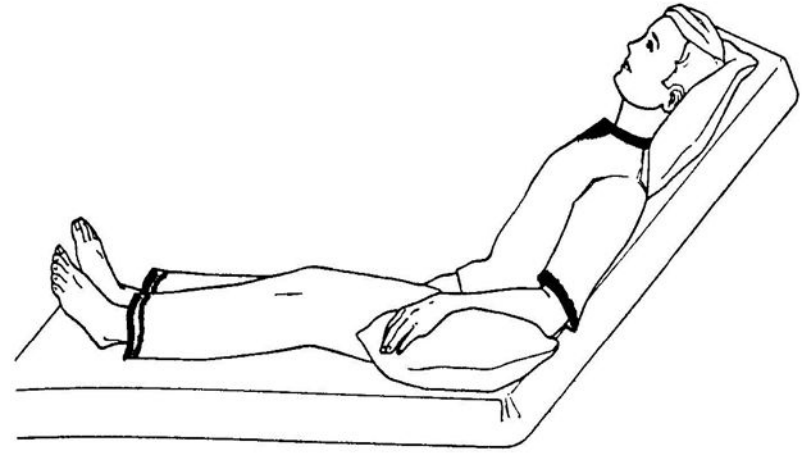
□ Сондай-ақ қауіптің ерекше факторлары (тері қоректенуінің бұзылуы, жүректік тапшылық, шеткі қан тамыр аурулары, қаназдық, темекі тарту) ескеріледі.

□ Зәр / нәжіс тоқтамауы, қимыл-қозғалыс, тәбет, неврологиялық бұзылыстар, кең операциялық араласу, дәрілік терапия міндетті түрде балл бойынша бағаланады.

Дене массасының бойға салыстырғандағы дене бітімі		Терінің типі	Жынысы/ жас шамасы	Қауіп факторы	
Орташа	0	Қалыпты 0	Ер	1	Тері қоректенуінің бұзылуы 8
Орташадан жоғары	1	Тері тканінің жұқарған 1	Әйел	2	Терминальді кахексия 5
Артық салмақ	2	Құрғақ 1	14-49	1	Жүрек жетіспеушілігі 5
Кахексия	3	Ісінген 1	50-64	2	Қан тамырдың периферияльды аурулары 2
		Салқын тер 1 /температура/	65-75	3	Анемия 1
		Бозарған 2	75-80	4	Темекі шегу 1
		Закымданған	81 +		



YAPLAKAL.COM



Ойышудың кезеңдері