



www.shutterstock.com · 18802366

ЛЕКЦИЯ



ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ

План

1. Первичная оценка потребности в движении.
2. Особенности потребности в движении в разных возрастных группах.
3. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в движении.
4. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в движении.
5. Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в движении.
6. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в движении.
7. Документирование всех этапов сестринского процесса.



Здоровье это не только физиологические показатели жизнедеятельности организма, но и жизнестойкость личности, мера адаптации к окружающей среде, а значит, и степень свободы человека



Немало сложностей возникает при ограничении подвижности, связанном с тем или иным заболеванием.

М/с следует, всемерное поощрение, стимулирование пациента к самостоятельности, независимости

Даже прикованный к постели пациент в меру его психических и физических возможностей должен пользоваться максимальной свободой в пределах собственной кровати.

Скорее всего, если бы Г. Гейне страдавший в конце жизни мучительной неизлечимой болезнью, был обеспечен современным сестринским уходом, он не сказал бы, что его жизнь в тот момент «матрасная могила».

1. Первичная оценка потребности в движении

Оценивая совместно с пациентом удовлетворение потребности в движении, следует определить:

- насколько ограничение подвижности влияет на независимость человека.

Ограничение подвижности или полная неподвижность может быть:

- в одном или нескольких суставах;
- в одной половине тела;
- в обеих нижних конечностях или одной конечности (или её части);
- может быть и полная неподвижность (когда отсутствуют движения всех конечностей).

Ограничения подвижности даже в течение непродолжительного времени (особенно у пожилых людей) может привести **к тугоподвижности суставов**, что в свою очередь усугубляет степень неподвижности.

Зависимость, возникающая при ограничении подвижности, влечёт за собой нарушение удовлетворения таких необходимых для человека видов повседневной деятельности, как **употребление пищи и жидкости, физиологические отправления, общение (коммуникативная деятельность) и поддержание безопасности окружающей среды.**

Об ограничении подвижности пациента могут свидетельствовать средства передвижения: **ходунки, костыли, инвалидная коляска, протезы конечности, находящиеся рядом с пациентом.**



В связи с изложенным выше напомним о факторах, приводящих к образованию пролежней



1. Давление

Под давлением тела человека происходит сжатие тканей между поверхностью, на которой он лежит, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей усугубляется под действием тяжёлого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обуви.

В обычных условиях ни один из этих факторов не приводит к образованию пролежней, однако в сочетании с другими факторами (неподвижность, потеря чувствительности) они представляют риск повреждения тканей.

2. Срезающая сила менее изученная причина образования пролежней.

Разрушение и механическое повреждение тканей могут происходить также под действием непрямого давления.

Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхности, или срезыванием.

Сдвиг тканей может происходить, если человек съезжает с подушек на постели вниз или подтягивается к её изголовью. Это может вызвать такие же глубокие повреждения тканей, как и прямое давление.

В более серьёзных случаях может происходить разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней.

Глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, так как расположенная выше кожа может в течение 2 недели оставаться неповреждённой поверх разорвавшейся мышцы.

3. Трение компонент срезающей силы, вызывающий отслаивание рогового слоя кожи и приводящий к нарушению её целостности. Трение возрастает при увлажнении.

Наиболее подвержены воздействию этого фактора:

- больные с недержанием мочи;
- повышенным потоотделением;
- носящие влажную и не впитывающую влагу нательную одежду или лежащие (сидящие) на невпитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, подкладные клеенчатые или полиэтиленовые пелёнки, нерегулярно меняемые подгузники).

Вынужденная неподвижность не позволяет человеку самостоятельно изменить положение, в связи с чем появляется риск развития пролежней.





Существует шкала оценки риска развития пролежней, предложенная Д. Нортоном.

Она позволяет эффективно выявлять пациентов, наиболее предрасположенных к образованию пролежней.

В настоящее время медсёстры во многих странах при оценке риска развития пролежней у пожилых, в том числе в домах престарелых, пользуются этой шкалой.

За последнее время благодаря исследованиям в этой области сведения о факторах, вызывающих развитие пролежней, стали более полными.

Готовность к общению	Возраст	Состояние кожи	Сопутствующие заболевания	Физическое состояние	Душевное состояние	Активность	Подвижность	Недержание
Полная	Меньше 10 лет	Здоровая	Нет	Хорошее	Ясное	Ходит без помощи	Полная	Нет
4	4	4	4	4	4	4	4	4
Неполная	Меньше 30 лет	Шелушащаяся сухая	Лихорадка, диабет, анемия	Удовлетворительное	Адаптивное, безучастное	Ходит с помощью	Немного ограничена	Иногда
3	3	3	3	3	3	3	3	3
Частичная	Меньше 60 лет	Влажная	Рассеянный склероз	Плохое	Спутанное сознание	Передвигается на кресле	Значительно ограничена	Моча
2	2	2	2	2	2	2	2	2
Нет	Больше 60 лет	Раны, аллергии, трещины	Кома, паралич	Очень плохое	Ступор	Лежит в постели	Полностью ограничена	Моча и кал
1	1	1	1	1	1	1	1	1

Таблица Norton для определения риска возникновения пролежней. Шкала Norton для определения риска развития пролежней. Если при оценке состояния Вашего пациента Вы набрали **25 баллов и ниже**, то это свидетельствует о **риске возникновения пролежней**.

На сегодняшний день существует множество аналогичных средств оценки, опробованных на отдельных группах пациентов, начиная с прикованных к инвалидному креслу в результате травмы позвоночника (но здоровых в другом отношении) и заканчивая тяжелобольными пациентами в отделении интенсивной терапии.

Шкала, предложенная в 1985 г. Д. ВАТЕРЛОУ

Сегодня используется чаще, поскольку отвечает требованиям холистического подхода к человеку, что повышает эффективность оценки риска в разных группах больных.

Использовать эти данные необходимо для первичной оценки, анализа, планирования ухода, осуществления и анализа результатов сестринской помощи.

В связи с актуальностью проблемы пролежней в РФ разработан и утверждён ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни» (нормативный документ в рамках системы стандартизации здравоохранения в РФ, стандарт федерального уровня, являющийся обязательным для исполнения ЛПУ любой ведомственной подчинённости). Факторы риска развития пролежней представлены в таблице.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

17 апреля 2002 г.

№ 123

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА
"ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОЛЕЖНИ»**

С целью обеспечения качества медицинской помощи пациентам с риском развития пролежней
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1.1. Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Пролежни" (ОСТ 91500.11.0001-2002) (приложение N 1 к настоящему приказу).
- 1.2. Учетную форму N 003-2/у "Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями" (приложение N 2 к настоящему приказу).
2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра А.И.Вялкова.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО
Приложение N 1
к приказу Минздрава России
от 17.04.2002 г. N 123

**ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ
СИСТЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ.
ПРОЛЕЖНИ (L.89)**

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Требования отраслевого стандарта распространяются на осуществление медицинской помощи всем пациентам, имеющим факторы риска развития пролежней, согласно факторам риска, и находящимся на лечении в стационарных условиях.

2. ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ

Внедрение современной методологии профилактики и лечения пролежней у пациентов с различными видами патологии, связанных с длительной неподвижностью.

3. ЗАДАЧИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ

1. Введение современных систем оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней.
2. Своевременное лечение пролежней в зависимости от стадии их развития.
3. Повышение качества и снижение стоимости лечения пациентов в связи с внедрением ресурсосберегающих технологий.
4. Повышение качества жизни пациентов, имеющих риск развития пролежней.

4. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,

Шкала ВАТЕРЛОУ для оценки степени риска развития пролежней

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

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:
нет риска - 1-9 баллов
есть риск - 10 баллов
высокая степень риска - 15 баллов
очень высокая степень риска - 20 баллов

2. Особенности потребности в движении в разных возрастных группах

Система опоры и движения закономерно изменяется в процессе старения.



В формировании возрастных изменений сочетаются как биологические, так и социально-обусловленные процессы:

- собственно старения звеньев системы, так и результаты статико-динамических нагрузок на опорные ткани в течение жизни;
- а также ослабленных возрастом нервномышечных влияний на них.

Изменения в опорно-двигательном аппарате с возрастом характеризуются дистрофически деструктивными нарушениями: с преобладанием **остеопороза** атрофических или гиперпластических процессов.

Клинически это проявляется:

- умеренной утомляемостью при ходьбе;
- периодической тупой болью в суставах и позвоночнике;
- нарушением осанки и походки;
- уменьшением роста;
- ограничением подвижности в суставах;
- нейродистрофическими изменениями позвоночника, свойственными остеохондрозу, и др.



3. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в движении (4. Определение целей СУ) (5. Возможные СВ)

Возможные ПП	Цели ухода (СУ)	Возможные СВ
Снижение привычной физической активности из-за... (уточнить у пациента)	Пациент отметит увеличение толерантности к физическим нагрузкам до максимально возможной (время...)	Осуществлять мероприятия по программе увеличения физической активности (уход, постепенное увеличение физ. активности по рекомендации врача...)
Ограничение физической активности из-за болей (тугоподвижности) в суставах или неспособности передвигаться без дополнительной опоры из-за болей	Пациент не будет испытывать дискомфорт из-за невозможности обслуживать себя все время ограниченных возможностей	Провести беседу с пациентом о необходимости соблюдения предписанного врачом режима двигательной активности, о необходимости адаптации к ограничению физ. активности в связи с болями и тугоподвижностью суставов
Пациент не может обслуживать себя самостоятельно из-за болей (тугоподвижности) суставов/тремора кистей рук	Пациент будет справляться с повседневной деятельностью с помощью медсестры до улучшения состояния	Оказывать пациенту помощь. Обучить пациента и его окружение элементам ухода, приемам самоухода...
Пациент не может самостоятельно дойти до туалета. Задержка стула на фоне отсутствия двигательной активности	Пациент будет справляться с повседневной деятельностью с помощью медсестры до улучшения состояния	Оказывать пациенту помощь при перемещении, сопровождать его... предложить ему для самостоятельного перемещения вспомогательные средства (палку, костыли, ходунки...)
Пациент испытывает дискомфорт: боль, страх, невозможность обслуживать себя		
Риск развития пролежней	у пациента не будет пролежней в течение всего периода неподвижности	Проводить мероприятия по профилактике пролежней согласно Приказа № 123 « Протокол ведения больных. Пролежни »...
Пациент испытывает зависимость в повседневной жизни из-за ограничения подвижности	помочь пациенту в преодолении дезадаптации, связанной с травмой	Обеспечить личную гигиену. Обучить пользоваться вспомогательными средствами

Возможные **потенциальные проблемы пациента (ПП) связанные с неудовлетворением потребности в движении**

Возможные ПП	Цели ухода (СУ)	Возможные СВ
<p>Пациент не может обслуживать себя самостоятельно из-за болей (туго-подвижности) суставов/тремора кистей рук</p>		
<p>Пациент не может самостоятельно дойти до туалета</p>		
<p>Пациент испытывает дискомфорт: боль, страх, невозможность обслуживать себя</p>		
<p>Риск развития пролежней</p>	<p>у пациента не будет пролежней в течение всего периода неподвижности</p>	<p>Проводить мероприятия по профилактике пролежней согласно Приказа № 123 «Протокол ведения больных. Пролежни»...</p>
<p>Пациент испытывает зависимость в повседневной жизни из-за ограничения подвижности</p>	<p>помочь пациенту в преодолении дезадаптации, связанной с травмой</p>	<p>Обеспечить личную гигиену. Обучить пользоваться вспомогательными средствами</p>

Возможные ПП:

- **риск развития или усугубление имеющихся пролежней;**
- **зависимость при осуществлении тех или иных видов повседневной жизнедеятельности:**
- **приём пищи;**
- **физиологические отправления;**
- **поддерживать безопасной окружающую среду**
- **общаться и т.д.**
- **состояние депрессии, обусловленное потерей независимости при осуществлении повседневной жизнедеятельности;**
- **неумение определить величину адекватной физической нагрузки;**
- **отсутствие мотивации к изменению физической нагрузки;**
- **несоблюдение режима двигательной активности и др.**



4. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в движении

Обсуждая совместно с пациентом (если это возможно) план СУ в связи с нарушением двигательной активности, следует предусмотреть достижение одной или нескольких целей:

- пациент может передвигаться (с помощью специальных приспособлений, сестринского персонала и родственников либо самостоятельно);
- пациент может держать в руке предметы (ложку, зубную щётку и т.д.), осуществлять простые действия с их помощью;
- риск развития пролежней сведён к минимуму;
- пролежни исчезают (уменьшаются);
- пациент полностью независим в повседневной деятельности;
- пациент соблюдает режим двигательной активности;
- пациент готов обсуждать вопросы, связанные с изменением двигательной активности;
- пациент определяет адекватную физическую нагрузку и др.



5. Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в движении

Этим ОСТом регламентируются также планы ухода при риске развития пролежней у лежачего и сидячего пациента.

План ухода при риске развития пролежней (у лежачего пациента) СВ -проводить текущую оценку риска развития пролежней **не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу.**

СВ выполняемые сестрой самостоятельно, могут значительно изменить состояние пациента.
(рассмотрим данный вопрос на практическом занятии)

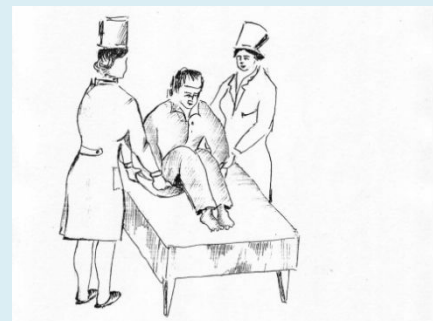


Результаты деятельности сестринского персонала в соответствии с планом ухода записываются в лист регистрации противопролежневых мероприятий (приложение № 2 к ОСТу).

ОСТом «Протокол ведения больных. Пролежни» предусмотрено активное участие как пациента, так и его родственников в профилактике пролежней.

Сестринский персонал обучает пациента приёмам перемещения, дыхательным упражнениям, принципам питания.

Важным компонентом планируемого ухода является обучение пациентов методам самостоятельного контроля состояния уязвимых участков тела и снятия давления через определённые промежутки времени.



Для повышения самостоятельности пациента можно предпринять следующее:

- **максимально повысить возможности пациента двигаться самостоятельно;**
- **довести до сведения пациента и лиц, осуществляющих за ним уход, риск развития пролежней и указать пути предупреждения дальнейших поражений;**



Используя вспомогательные средства:

- **перекладины над кроватью;**
- **поручни, чтобы пациент имел возможность приподнимать себя на кровати, стуле или перемещаться для снятия давления с участков риска через определённые промежутки времени;**
- **предоставить приспособления и устройства для снятия давления;**
- **проанализировать факторы окружающей среды, которые ограничивают способность пациента двигаться;**
- **проводить более эффективное лечение любых сопутствующих заболеваний, усугубляющих повреждение тканей, таких, как недержание мочи и кала.**

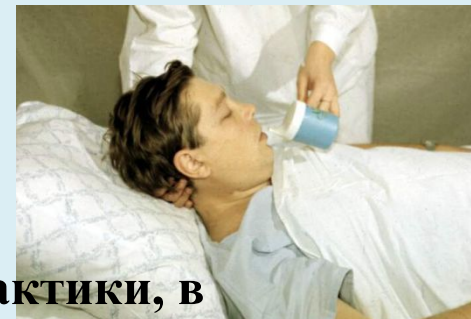
Для того чтобы пациент осознанно участвовал в профилактике пролежней, он должен получить от врача и м/с полную информацию об объёме самопомощи и дать информированное согласие на участие.

Объём материала для получения информированного согласия и дополнительная информация для пациента и членов его семьи приведены в ОСТе «Протокол ведения больных. Пролежни».



Пациент должен знать:

- факторы риска развития пролежней;
- цели всех профилактических мероприятий;
- о необходимости выполнения всей программы профилактики, в том числе манипуляций, осуществляемых пациентом или его близкими;
- о последствиях несоблюдения всей программы профилактики, в том числе о снижении качества жизни.



Дополнительная информация для родственников:

- места возможного образования пролежней;
- техника перемещения;
- особенности размещения в различных положениях;
- диетический и питьевой режим;
- техника гигиенических процедур.



Близкие пациента также должны быть проинформированы о предполагаемом плане ухода.

Обучение будет эффективнее, если на руки пациенту после обсуждения с ним плана ухода выдается памятка, приведённая ниже.

6. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в движении

Текущая и итоговая оценка результатов ухода считается положительной, если:

- пролежни отсутствуют;
- кожные покровы не повреждены;
- имеющиеся пролежни быстро заживают;
- мышечный тонус сохранён;
- контрактура суставов отсутствует;
- тугоподвижность суставов адекватно восстанавливается;
- тромбы в периферических венах отсутствуют, признаков эмболии сосудов лёгких нет;
- пациент знает о возможном влиянии постельного режима на ССС;
- инфекция дыхательных путей отсутствует;
- значительной потери массы тела нет;
- стул ежедневный (или регулярный);
- количество мочи не менее 30 мл/ч (при наличии постоянного катетера)
- ориентация сохранена;
- психологическая адаптация и физическая активность адекватные.

Текущая ежедневная оценка эффективности противопролежневых мероприятий в условиях стационара регистрируется на специально разработанном бланке **«Лист регистрации противопролежневых мероприятий»**.

7. Документирование всех этапов сестринского процесса

II. Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней

Наименование	№ п/п	1	2	3	4	5	6	7
Масса тела	1	0	1	2	3			
Тип кожи	2	0	1	1	1	1	2	3
Пол	3	1	2					
Возраст	4	1	2	3	4	5		
Особые факторы риска	5	8	5	5	2	1		
Недержание	6	0	1	2	3			
Подвижность	7	0	1	2	3	4	5	
Аппетит	8	0	1	2	3			
Неврологические расстройства	9	4	5	6				

III. Лист регистрации противопролежневых мероприятий

Начало реализации плана ухода: дата ____ час. ____ мин. ____

Окончание реализации плана ухода: дата ____ час. ____ мин. ____

1. Утром по шкале Ватерлоу..... баллов

2. Изменение положения, состояние постели (вписать)

8-10 ч. положение -

10-12 ч. положение -

12-14 ч. положение -

14-16 ч. положение -

16-18 ч. положение -

18-20 ч. положение -

***СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!***

