

Приложение к приказу от 22.06.2021 № 236/1-02

Утверждаю

Директор ГБУ РХ «Туимский
психоневрологический интернат»

И.А. Брянская



РЕГЛАМЕНТ

ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО УХОДУ В ГБУ РХ «ТУИМСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ» В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Содержание

1. Общие положения	3
2. Термины, определения, сокращения.....	3-4
3. Описание процессов.....	4
3.1. Социальная карта проживающего «История ухода»	4-5
3.1.1. Бланк «Информационно-титульный лист».....	6
3.1.2. Бланк «Биография».....	7
3.1.3. Оценка риска падений (шкала Морсе).....	7
3.1.4. Оценка боли.....	7-8
3.1.5. Оценка риска возникновения пролежней (шкала Нортон).....	8
3.1.6. «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих».....	8
3.1.7. Бланк «Контроль жизненных показателей».....	9
3.1.8. Бланк «Контроль ухода за проживающим».....	9
3.1.9. Бланк «Дневник наблюдения».....	9
3.1.10. Бланк «Контроль за изменение положения тела проживающего...»	9
3.1.11 Бланк «Контроль соблюдения водного баланса».....	9-10
3.1.12 Бланк «Контроль соблюдения питьевого режима».....	10
3.1.13 Бланк «Контроль дефекации».....	10
3.1.14 Бланк «Протокол падения».....	10
3.1.15 Бланк «Контроль наличия болей».....	10
3.1.16 Бланк «Лист для посещения лечащего врача».....	10-11
3.2 Индивидуальный план ухода.....	11
1. Общие положения.....	11
2. Этапы составления и реализации ИПУ, их взаимосвязь и содержание каждого этапа.....	11
4. Контроль.....	12
5. Приложения.....	13-116

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент определяет порядок ведения документации по уходу в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода.

1.2. Область применения: сотрудники ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат».

1.3. Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания» (утвержденным и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17.12. 2008 № 437-ст) определен общий перечень документации, оказывающей существенное влияние на качество предоставляемых социальных услуг, и, в соответствии с которым, функционируют организации социального обслуживания населения, независимо от их типа, вида, форм собственности.

1.4. Нормативные документы:
Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.11.2014 № 935н «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания»;

приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.11.2014 № 938н «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания»;

национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания» (утвержденным и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17.12. 2008 № 437-ст);

методические рекомендации «Уход за ослабленными пожилыми людьми», разработанные министерством здравоохранения Российской Федерации, министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», министерством здравоохранения Российской Федерации, обособленным структурным подразделением «Российский геронтологический научно-клинический центр», обществом с ограниченной ответственностью «Желтый Крест», общероссийской общественной организацией «Российский Красный Крест», общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров».

2. Термины, определения, сокращения

Получатель социальных услуг («Проживающий») — гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги;

граждане, нуждающиеся в посторонней помощи (уходе) – граждане пожилого возраста и инвалиды, в том числе граждане с психическими расстройствами, признанные в установленном порядке нуждающимися в социальном обслуживании по причине полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;

стационарная организация социального обслуживания – юридическое лицо, независимо от его организационно-правовой формы, и (или) индивидуальный предприниматель, осуществляющие социальное обслуживание получателей социальных услуг при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) круглосуточном проживании;

уход - совокупность действий по обслуживанию граждан, нуждающихся в посторонней помощи (уходе), с учётом их индивидуальных потребностей, степени ограничений жизнедеятельности, состояния здоровья, психофизических особенностей, предпочтений, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов с целью обеспечения оптимальных условий для комфортной и безопасной жизни, поддержки их здоровья и самостоятельности (стимулирование к самообслуживанию, самостоятельному удовлетворению основных жизненных потребностей, самоопределению во всех вопросах жизни, физической активности, посильной дневной занятости, общению с родными и близкими), способствующих благоприятному течению жизни, предотвращению возможных неблагоприятных ситуаций, выполнению медицинских рекомендаций и назначений, основанный на соблюдении прав человека и гражданина, уважении личности и не допущении унижения чести и достоинства человека.

индивидуальный план ухода (ИПУ) – детальный план предоставления долговременного ухода, осуществляемый всеми участниками долговременного ухода, вовлеченными в работу с проживающим, и содержащий цели работы каждого участника СДУ с проживающим, перечень мероприятий, кратность, объёмы особенности их проведения;

социальная карта проживающего «История ухода» – комплект документов по контролю объёма и качества ухода;

мультидисциплинарная команда (далее МДК) - это группа специалистов, сформированная на постоянной или временной основе, которые объединены достижением одной цели в решении медицинских, психологических и социальных проблем проживающего на совместно согласованных принципах и взаимной ответственности для реализации общих задач;

опекун – лицо, которое в установленном законом порядке получило право представления интересов недееспособного лица;

попечитель – лицо, которое, в установленном законом порядке, контролирует действия своего подопечного (несовершеннолетние дети в период с 14 до 18 лет, а также граждане с ограниченной дееспособностью) и дает свое согласие на осуществление всех его прав и обязательств.

3. Описание процессов

В рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода для определения тенденции, динамики и качества ухода ведется соответствующая документация. Собранная в одном месте информация позволит обеспечить своевременное и качественное наблюдение за состоянием проживающего всеми членами мультидисциплинарной команды, давать объективную оценку изменений состояния проживающего. Документация является подтверждением исполнения персоналом по уходу и иными специалистами организации социального обслуживания мероприятий по уходу, с личной подписью и расшифровкой подписи (Ф.И.О.) каждого специалиста.

С этой целью, ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» далее «Учреждение» предоставляющий социальные услуги в стационарной форме, на каждого проживающего ведет социальную карту «Историю ухода».

3.1. Социальная карта проживающего «История ухода»

Социальная карта проживающего «История ухода» является внутренним документом учреждения, все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми. Сведения, внесенные в социальную карту проживающего «Историю ухода» должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности сотрудников учреждения, точными, оформленными в хронологическом порядке, а также, не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать забеливающие средства. Неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить».

Все сотрудники организации, вносящие данные в социальную карту проживающего «Историю ухода», несут персональную ответственность за достоверность и своевременность вносимой информации.

Социальная карта проживающего «История ухода» включает в себя следующие бланки:

- 1) «Информационно-титальный лист» (приложение № 1 к настоящему регламенту);
- 2) «Биография» (приложение № 2 к настоящему регламенту);
- 3) «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих» (приложение № 3 к настоящему регламенту);
- 4) «Контроль ухода за проживающим» (приложение № 4 к настоящему регламенту);
- 5) «Контроль жизненных показателей» (приложение № 5 к настоящему регламенту);
- 6) «Контроль соблюдения питьевого режима» (приложение № 6 к настоящему регламенту);
- 7) «Контроль соблюдения водного баланса» (приложение № 7 к настоящему регламенту);
- 8) «Контроль дефекации» (приложение № 8 к настоящему регламенту);
- 9) «Контроль за изменением положения тела проживающего» (приложение № 9 к настоящему регламенту);
- 10) «Лист для посещения лечащего врача» (приложение № 10 к настоящему регламенту);
- 11) «Контроль наличия болей» (приложение № 11 к настоящему регламенту);
- 12) «Оценка рисков» (приложение № 12 к настоящему регламенту);
- 13) диагностические шкалы (приложение № 13 к настоящему регламенту);
- 14) «Организация дневной занятости» (приложение № 14 к настоящему регламенту);
- 15) «Дневник наблюдения» (приложение № 15 к настоящему регламенту);
- 16) форма индивидуального плана ухода (приложение № 16 к настоящему регламенту).

Бланки социальной карты проживающего «Истории ухода» заполняются ответственными лицами организации, (должностными обязанностями которых предусмотрено ведение соответствующих бланков) из числа медицинского персонала, специалистов по социальной работе, психологов, персонала по уходу и организации дневной занятости.

Формирование социальной карты проживающего «Истории ухода» в учреждении происходит в процессе создания ИПУ и в несколько последовательных этапов:

а) на 1-м этапе собирается информация о проживающем. Заполняется бланк «Информационно-титальный лист» (подшивается в социальную карту проживающего «История ухода»). В зависимости от состояния проживающего, информация предоставляется непосредственно им самим, родственниками, опекунами, попечителями или другими сопровождающими лицами.

Заполняется бланк «Биография» (подшивается в социальную карту проживающего «История ухода»). Информация для заполнения этого бланка собирается из всех возможных источников: опрос проживающего (при его когнитивной сохранности); его родственников, опекунов, попечителей, соседей, друзей. При отсутствии возможности заполнить достоверно все пункты биографии, некоторые графы заполняются по результатам наблюдению персонала (они касаются предпочтений и привычек проживающего);

Заполняются «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих» (подшивается в социальную карту проживающего «История ухода»).

Изучается и анализируется сопроводительная документация (акты обследований, медицинская документация);

Осуществляется разносторонняя оценка состояния проживающего с использованием диагностических шкал: (подшивается в социальную карту проживающего «История ухода», заносится в бланк «Оценка рисков»):

- шкала Нортон – оценка риска возникновения пролежней;
- шкала Морсе – оценка риска падения;

– шкала VAS или шкала гримас Вонг-Бейкера – оценка наличия и выраженности болевого синдрома;

– индекс массы тела (ИМТ) – для оценки риска развития синдрома мальнутриции или наличия избыточной массы тела (данные заносятся в «Титульный лист», дальнейшие периодические измерения ИМТ фиксируются в бланк «Контроль витальных показателей»)

Риски возникновения контрактур, тромбозов, пневмонии, инфекций мочеполовой системы, инконтиненции, дегидратации, аспирации, молочницы, обстипации, интертриго оценивает лечащий врач

При высоких рисках осложнений, в индивидуальном плане ухода указываются необходимые профилактики.

б) 2-й - диагностический этап проводится выявление проблем и ресурсов проживающего для их учета при создании индивидуального плана ухода;

в) на 3-м этапе определяются цели ухода, которые вытекают из определенных во 2-м диагностическом этапе проблем и ресурсов проживающего, являются достижимыми, ограниченными во времени, конкретными, ориентированными на проживающего, реалистичными;

г) на 4-м этапе составляется индивидуальный план ухода проживающего, планируются мероприятия, необходимые для достижения поставленных целей, для осуществления качественного ухода. Определяются их периодичность, исполнители, особенности проведения. В нем учитываются: выявленные проблемы и ресурсы проживающего, определенные цели ухода, оцененные риски. (подшивается в социальную карту проживающего «История ухода»). Невозможно планирование большее количество мероприятий, чем то, что предусмотрено и соответствует ИППСУ, ИПРА проживающего;

д) на 5-м этапе весь персонал социального учреждения оказывает социальные услуги в соответствии с составленным «Индивидуальным планом ухода», своевременно и систематически фиксирует достоверную информацию в бланки социальной карты проживающего «Истории ухода»;

е) на 6-м этапе при проверке качества ухода, необходимо анализировать соответствие ИППСУ и ИПРА содержанию индивидуального плана ухода. Соответствие мероприятий ИПУ с состоянием проживающего. При проверке учитывается, также правильное ведение и заполнение всех бланков социальной карты проживающего «Истории ухода».

3.1.1. Бланк «Информационно-титульный лист»

1) Бланк «Информационно-титульный лист» заполняется при поступлении проживающего в учреждение.

Бланком предусмотрена следующая информация о проживающем:

- паспортные данные;
- данные о вероисповедании;
- семейное положение и сведения о составе семьи и ближайших родственниках, их контактные данные;
- наличие опекуна (попечителя);
- проблемы здоровья;
- дата заселения в учреждение;
- группа инвалидности;
- наличие ИППСУ, ИПРА.

2) В бланке «Информационно-титульный лист» подробно отражаются сведения о использовании проживающим средств связи, коммуникации и реабилитации:

- наличие очков, зубных протезов, слуховых аппаратов;
- использование проживающим технических средств передвижения и реабилитации.

3) Оцениваются и фиксируются в бланке «Информационно-титульный лист»:

- антропометрические данные при поступлении (вес, рост), индекс массы тела (ИМТ).
- степень мобильности;

- возможность выполнения гигиенических процедур;
- возможность приема пищи;
- степень и проблемы коммуникации;
- функция выделения и опорожнения.

3.1.2. Бланк «Биография»

1) Важная роль в составлении плана ухода принадлежит изучению и заполнению бланка «Биография».

Это описание жизненного пути человека, его восприятие прошлой и настоящей жизни, взаимоотношения с близкими людьми, окружающим миром, привычки и предпочтения в быту.

2) Биография является источником информации, позволяющей определить особенности личности человека, оценить его интересы, привычки в области гигиены, питания, ритма жизни, сна, отдыха, пережитых трудностях и достижениях, потерях и страхах, необходимость и потребность в разнообразии досуга и занятости, предпочтения в удовлетворении основных потребностей организма.

3) Работа с биографией проживающего позволяет обеспечить индивидуальный подход в организации ухода, реализовать основные принципы ухода и составить «Индивидуальный план ухода». Облегчить уход при развитии деменции.

3.1.3. Оценка риска падений (шкала Морсе)

1) Шкала Морсе (Morse Fall Scale) получила наибольшее распространение как метод оценки риска падений. Расчеты риска падений по данной шкале чрезвычайно просты и не требуют длительного обследования проживающего.

2) Проводится оценка наличия факта падения в анамнезе, количество острых и хронических заболеваний, психическое состояние, использование внутривенных катетеров, оценивается функция ходьбы и пользование техническими средствами реабилитации.

3) Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 30, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов.

Суммарный балл 0-4 свидетельствует об отсутствии риска падений, 5-20 баллов – о низком риске падений, однако в обоих случаях рекомендуется тщательный основной уход, 21-45 баллов – это средний уровень риска падений, при этом рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений, выше 45 баллов – высокий уровень возникновения падений, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений.

4) Оценка риска падений в учреждении проводится всем проживающим.

5) Периодичность проведения:

- мобильным и немобильным один раз в полгода;
- маломобильным один раз в три месяца.

6) Оценку риска падений проводит медицинский персонал.

3.1.4. Оценка боли

1) В практической работе для оценки боли используют различные варианты интервью и опросников.

Наиболее доступными и распространенными являются Цифровая рейтинговая шкала оценки боли и Рейтинговая шкала оценки боли по изображению лица Вонга–Бейкера ВАШ (VAS).

2) Цифровая рейтинговая шкала оценки боли предназначена для самооценки проживающего и состоит из десяти делений. Проживающий должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли, где 0 означает «боли нет», 10 – «боль невыносимая».

3) Рейтинговая шкала оценки боли по изображению лица Вонга–Бейкера (ВАШ - VAS) предназначена для самооценки проживающего и состоит из шести лиц-гримас, начиная от смеющегося лица (нет боли), до плачущего (боль невыносимая).

4) Оценка боли в учреждении проводится проживающим, имеющим:

- хронические боли;
 - пролежни;
 - контрактуры;
 - переломы;
 - проживающим после инсульта (при наличии болей).
- 5) Периодичность проведения оценки боли:
- проживающим, имеющим хронические боли (ежедневно);
 - пролежни (ежедневно);
 - контрактуры (однократно, при жалобах);
 - проживающим после инсульта (однократно, при жалобах);
 - при переломах (ежедневно в остром периоде).
- 6) Оценку боли проводит медицинский персонал.

3.1.5. Оценка риска возникновения пролежней (шкала Нортон)

- 1) Шкала Нортон используется для оценки опасности образования пролежней.
- 2) Данная шкала отличается простотой и быстротой заполнения, и при этом учитывает много факторов образования пролежней, таких как общее и психическое состояние, уровень активности проживающего, подвижность и способность контролировать тазовые функции.
- 3) Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 4, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов. Суммарный балл по шкале от 8 до 16 баллов – группы высокого риска, до 24 существует угроза образования пролежней, выше 14 – риск образования минимальный.
- 4) Оценка риска пролежней в учреждении проводится всем проживающим.
- 5) Периодичность проведения оценки риска пролежней: немобильным и мобильным – раз в полгода; маломобильным – раз в 3 месяца.
- 6) Оценку риска пролежней проводит медицинский персонал.

3.1.6. «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих»

- 1) С целью динамического наблюдения за проживающим при сборе информации для написания ИПУ, заполняется бланк «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих».
- 2) Документированию в бланке «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих» подлежат все, что непосредственно касается изменений функционирования проживающего по следующим направлениям:
 - коммуникация, возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области;
 - мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности;
 - питание/питьевой режим, опорожнение;
 - контроль витальных показателей;
 - соблюдение режима сна/отдыха, организация досуга;
 - создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события.

Сотрудники учреждения (психолог, специалист по комплексной реабилитации, специалист по социальной работе и др., включая ухаживающий персонал), вносят отметки в бланк «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих», соответствующие текущему состоянию проживающего.

- 3) Оценка текущего состояния проживающего проводится после его поступления в учреждение в течение 14 календарных дней.
- 4) Содержание бланков «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих» используется при формировании и для корректировок индивидуального плана ухода.

3.1.7. Бланк «Контроль жизненных показателей»

- 1) Обязательным при осуществлении ухода в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» является оценка показателей жизнедеятельности проживающего, наблюдение за ними в динамике. Эту задачу выполняют медицинские работники учреждения и ведут необходимую документацию в амбулаторной карте проживающего. Все отклонения от нормы должны учитываться при осуществлении мероприятий ухода и учитываться персоналом их осуществляющим.
- 2) С этой целью заполняется бланк «Контроль жизненных показателей». В котором регистрируются отклонения от нормы, связанные со здоровьем: артериального давления, температуры, пульса, контроль глюкозы крови и веса, а также измерения при жалобах проживающего, или сигналах при наблюдении персонала.
- 3) Частота и время измерения данных показателей конкретному проживающему так же важны для распределения времени оказания услуг персоналом, это указывается в «Индивидуальном плане ухода» в разделе «Контроль жизненных показателей».

3.1.8. Бланк «Контроль ухода за проживающим»

- 1) В данном бланке фиксируется выполнение всех запланированных мероприятий в индивидуальном плане ухода (ежедневные гигиенические процедуры, проведение необходимых профилактик, кормление неспособных самостоятельно принимать пищу, и транспортировка неспособных самостоятельно перемещаться (передвигаться) проживающих.
- 2) Внесение информации в бланк осуществляется ежедневно, сотрудниками, оказавшими конкретную социально-бытовую услугу.

3.1.9. Бланк «Дневник наблюдения»

- 1) В данный бланк ежедневно вносится информация, которую персонал должен знать и учитывать при организации ухода (изменение состояния здоровья, ухудшение/улучшение настроения, желания и жалобы проживающего и другие наблюдения персонала).
- 2) Информация должна быть изложена в лаконичной форме, без личных умозаключений и предположений, по факту.

3.1.10. Бланк «Контроль за изменением положения тела проживающего»

- 1) В соответствии с ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней», обязательным условием при осуществлении ухода за проживающим, является проведение мероприятий по профилактике пролежней.
- 2) Мероприятия по профилактике пролежней необходимо проводить проживающим, у которых «вероятно образование пролежней» после оценки риска образования пролежней по шкале Нортон.
- 3) В «Индивидуальном плане ухода» отмечаются мероприятия по профилактике пролежней, в том числе, по изменению положения тела проживающего, в зависимости от заболевания и состояния.
- 4) Персоналом по уходу заполняется бланк «Контроль за изменением положения тела проживающего».
- 5) Данный бланк находится в комнате проживающего, на которого он заполняется.

3.1.11. Бланк «Контроль соблюдения водного баланса»

- 1) Водный баланс - это разница между количеством выпитой и введенной парентерально жидкости и количеством выделенной мочи за сутки.
- 2) Этот показатель необходимо оценивать с целью профилактики или лечения сердечной недостаточности, заболеваниях почек, оценки эффективности назначенных врачом препаратов, в том числе – мочегонных. А также для выявления отеков и контроля за их динамикой, предотвращения развития инфекции мочеполовой системы. Этот бланк заполняется у всех, кто имеет уринальные катетеры, а также у проживающих по назначению врача.
- 3) В бланке заполняется количество, дата, время приема или введения любой жидкости и количество выделенной жидкости за сутки.

- 4) Высчитывается разница между введенной и выведенной жидкости.
- 5) Данный бланк находится в комнате проживающего, на которого он заполняется в том случае, если проживающий немобилен. В случае наличия уринального катетера у мобильного или маломобильного проживающего, подшивается в социальную карту проживающего «История ухода»

3.1.12. Бланк «Контроль соблюдения питьевого режима»

- 1) Питьевой режим — наиболее рациональный порядок потребления жидкости в течение суток. Объем и периодичность устанавливается по рекомендации врача.
- 2) Определение количества выпитой жидкости в сутки позволяет контролировать соблюдение питьевого режима.
- 3) Этот показатель необходимо оценивать с целью предупреждения дегидратации у проживающих.
- 4) В бланке заполняется дата, время приема или введения любой жидкости, суммируется и фиксируется количество принятой жидкости за сутки.
- 5) Данный бланк находится в комнате проживающего, нуждающегося в таком контроле.
- 6) Данный бланк ведется на всех проживающих, которые не в состоянии самостоятельно принимать жидкость, а также для тех проживающих, которым рекомендует врач.

3.1.13. Бланк «Контроль дефекации»

- 1) Контроль физиологических выделений человека является важным показателем работы организма. Опорожнение кишечника (дефекация) должно проходить регулярно, безболезненно и в должном объеме.
- 2) Контроль за актом дефекации, видом стула, отклонениями от нормы должен осуществляться только в отношении тех проживающих, которые сами не могут осуществлять контроль физиологических выделений и тем, кому рекомендует врач.

3.1.14. Бланк «Протокол падения»

- 1) Профилактика падений – это стратегия уменьшения риска падений. Она должна быть: всесторонней и многоплановой, включать в себе создание безопасной окружающей среды и снижению факторов риска падений у проживающих.
- 2) Все случаи падений, произошедшие в стационарной и полустационарной организации социального обслуживания, подлежат обязательной регистрации (заполнение «Протокола падения») и анализу.
- 3) Бланк «Протокол падения» заполняется незамедлительно после оказания необходимой помощи проживающему персоналом, оказавшимся свидетелем, участником или обнаружившим факт падения.
- 4) На основании данных анализа «Протокола падения» разрабатываются меры по профилактике падения у данного проживающего.

3.1.15. Бланк «Контроль наличия болей»

- 1) Наличие болевого синдрома, выявленного и оцененного по интенсивности с помощью специальных оценочных шкал, подлежит обязательному контролю, анализу, принятию мер по купированию боли.
- 2) Проживающие, испытывающие боль, должны наблюдаться специалистами, осуществляющими уход (выполняющими рекомендации медиков) и медиками (занимающимися лечением боли, периодической оценкой болей по шкалам). Итоги наблюдения заполняются в бланке «Контроль наличия болей».
- 3) В бланке «Контроль наличия болей» отмечаются: жалобы проживающего на боль; ее локализация; факторы, провоцирующие болевой приступ (движение, прикосновение, перемещение, обработка ран, стресс и др.); что предпринято в каждом конкретном случае и эффективность мер, направленных на купирование боли.
- 4) О неэффективности принятых мер по купированию болевого синдрома в обязательном порядке необходимо сообщить дежурной медицинской сестре или дежурному врачу, зафиксировать данный факт в бланке «Дневник наблюдения».

3.1.16. Бланк «Лист для посещения лечащего врача»

- 1) Данный бланк заполняется с одной стороны любым немедицинским персоналом, участвующим в реализации индивидуального плана ухода, с другой стороны, как лечащим штатным врачом организации, в которой находится проживающий, так и лечащим врачом организации здравоохранения.
- 2) Немедицинский персонал в бланке описывает любые жалобы и изменения, на которые необходимо обратить внимание лечащему врачу. Со своей стороны, лечащий врач описывает рекомендации, как продолжать работать с проживающим.

3.2. Индивидуальный план ухода

1. Общие положения.

Индивидуальный план ухода (далее – ИПУ) является неотъемлемой частью социальной карты проживающего «История ухода». ИПУ разрабатывается на основании ИППСУ, ИПРА проживающего.

ИПУ разрабатывается в течение первых двух недель пребывания проживающего в учреждении, с учетом:

- индивидуальной нуждаемости в помощи,
- социальным показаниям,
- состояния здоровья,
- интегрирование в процесс ухода назначенной терапии,
- результатов специальной диагностики по шкалам оценки рисков осложнений,
- наблюдений персоналом по уходу,
- способностей, особенностей биографии и других характеристик проживающего.

В ИПУ учитываются ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи проживающего, его индивидуальные ресурсы и возможные проблемы.

Разработка ИПУ осуществляется в рамках деятельности мультидисциплинарной команды и междисциплинарного взаимодействия специалистов учреждения.

ИПУ содержит следующие разделы:

1. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты.
2. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодеваться, ощущать свою индивидуальность.
3. Питание/питьевой режим, опорожнение.
4. Контроль жизненных (витальных) показателей.
5. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга.
6. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события.

С целью оптимизации рабочего времени при написании ИПУ рекомендуется использовать вспомогательные таблицы (приложение № 17), разработанные с учетом типичных проблем (П) проживающего (его семьи), его потребности в уходе и ресурсов (Р), возможностей для поддержания (развития) сохраненных (имеющихся) ресурсов по наиболее часто встречающимся заболеваниям. При этом, в каждом случае, индивидуальный план ухода должен быть индивидуальным для каждого проживающего.

2. Этапы составления и реализации ИПУ, их взаимосвязь и содержание каждого этапа.

Первый этап - сбор информации о проживающем.

Сбор информации о проживающем состоит из:

- субъективных данных: опрос, наблюдение, заполнение бланка «Биография», заполнение бланков «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих». Данный метод сбора информации позволяет персоналу узнать информацию непосредственно от проживающего и составить представление о его жалобах в настоящий момент.
- объективных данных: результаты проведённых измерений, наблюдений, осмотров, оценок по международным шкалам.

Второй этап - анализ проведенных обследований и наблюдений.

Вся собранная информация подлежит обязательному анализу с целью определения (выявления) имеющихся проблем (П) и ресурсов (Р) у проживающего.

Третий этап – постановка целей

Правильно поставленные цели позволяют наиболее эффективно определить мероприятия индивидуального плана ухода и их эффективность. Цели должны быть реальными, достижимыми. Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели. Проживающий, по возможности, должен участвовать в обсуждении каждой цели.

Четвертый этап - планирование конкретных мероприятий для достижения цели.

Планирование необходимых мероприятий включает в себя процесс определения конкретных видов помощи, с учетом поставленных целей, социальных услуг, определенных ИППСУ и мероприятий, определенных ИПРА.

Планирование видов помощи осуществляется на основе определения проблем в самообслуживании.

1. Определение видов помощи, необходимых проживающему.
2. Планирование по срокам видов помощи.
3. Обсуждение с проживающим индивидуального плана ухода.
4. Изучение, обсуждение индивидуального плана ухода с теми, кто участвует в выполнении запланированных мероприятий индивидуального плана ухода.

Пятый этап – непосредственное выполнение запланированных мероприятий

Все мероприятия, прописанные в ИПУ должны выполняться персоналом по единой схеме, своевременно и качественно, с ведением необходимой документации (бланков социальной карты проживающего «Истории ухода»), для достижения намеченной цели и наблюдения за состоянием проживающего в динамике.

Принципы ведения документации:

1. точность в выборе слов и в самих записях;
2. краткое и недвусмысленное изложение фактов;
3. охват всей важной информации;
4. использование только общепринятых сокращений;
5. каждой записи должны предшествовать дата и время, а в конце записи стоять подпись ответственного лица, составляющего отчет (в виде официального сокращения: первых букв фамилии и имени сотрудника).

Шестой этап - оценка результатов.

Оценка эффективности запланированных мероприятий ухода по достижению поставленной цели. Коррекция цели или мероприятий при не достижении цели или постановка новой цели, в случае достижений первоначальной цели.

Аспекты оценки:

- достижение цели, определение качества ухода;
- реакция проживающего при реализации мероприятий индивидуального плана ухода;
- внесение корректив на любом этапе реализации «Индивидуального плана ухода» (проблем, ресурсов, целей и запланированных мероприятий).

4. Контроль

4.1. Контроль за исполнением настоящего регламента возлагается на сотрудника, назначенного в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» ответственным за внедрение долговременного ухода.

Приложение № 1 к регламенту ведения документации по уходу
в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» в
рамках реализации мероприятий системы долговременного
ухода

ИНФОРМАЦИОННО-ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия	
2. Имя, Отчество	
3. Дата рождения:	
4. Место рождения:	
5. Гражданство:	
6. Вероисповедание:	
7. Дата поступления в учреждение:	
8. Последнее место жительства:	
9. Семейное положение:	
10. Медицинские диагнозы	
11. Рост: Вес:	ИМТ:
12. Члены семьи:	
13. Тел.	
14. Группа инвалидности /на какой срок	
15. Наличие ИПРА (ИПР)/дата составления	
16. Опекунство (попечительство):	
17. Наличие очков/отрезков/протезов суставов	

18. Наличие зубных протезов/ слухового аппарата	
19. Наличие вспомогательных средства передвижения (ходунки, кресло-коляски, опорные трости)	
20. Примечания (аллергия, приступы и т.д.)	

МОБИЛЬНОСТЬ	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Вставать/ложиться				
В постели				
Ходить				
Стоять				
По лестнице				
ГИГИЕНА	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Ванна/душ				
Гигиена тела				
Переодевание				
Гигиена рта				
ПИТАНИЕ				
Диета:				
Прием пищи (самостоятельно, при помощи, кормление персоналом, нарушение глотания):				
Питьевой режим (самостоятельно, при помощи, нарушение глотания):				
КОММУНИКАЦИЯ				
Речевые нарушения (нет, незначительные, значительные):				
Слуховые нарушения (нет, незначительные, значительные, глухота):				
ОПРОЖНЕНИЕ				
ДЕУРИНАЦИЯ (самостоятельно, при помощи, инконтиненция, катетер – вид):				
ДЕФЕКАЦИЯ (самостоятельно, при помощи, колостома, Энкопрез)				

Приложение № 2 к регламенту ведения документации по уходу в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

БИОГРАФИЯ

ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ:

Родители (мама, папа):

Когда умерли:

Сестры/братья:

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность:

Место рождения, переезды:

ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ:

Профессиональная деятельность (образование, специальность, место работы):

Семейное положение (женитьба, разводы, потери):

Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли):

Близкие люди (соседи, друзья)

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:

Важные жизненные переживания:

Контактность (раньше и в настоящее время):

Какие критерии особенно важны:

Принадлежность к религии (обряды, что важно соблюдать):

ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ (раньше):

Ограничения зрения

Ограничения слуха

Любимая музыка

Любимые запахи

Правша/левша

Какую роль играет активность:

Отношение к тактильной близости (прикосновения желательны/не желательны):

ЗАНЯТОСТЬ:

чем проживающий занимался с удовольствием (раньше, в настоящее время):

Какие темы интересны проживающему:

Какие средства массовой информации предпочитает:

Коллекционирование:

Любимые игры:

ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:

Проведение утреннего/вечернего туалета (время,

последовательность, предпочтения, использование средств ухода):

Как часто и чем чистил(а) зубы (протезы):

Как часто брился:

ОДЕЖДА:

любимая вид одежды (цвет, карманы (есть/нет), украшения, часы и т.д.):

ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ:

Любимая еда

Любимые напитки

Культура за столом

Телосложение раньше:

Похудел ли в последнее время (да, нет):

Если да, то возможные причины

ОТДЫХ И СОН:

В какое время проживающий ложится спать:

В какой позе проживающий привык засыпать:

Какую позу проживающий не любит:

Существуют ли ритуалы:

Во сколько проживающий встает утром:

Спит ли днем, если да, во сколько:

От чего расслабляется:

ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Были ли тяжелые заболевания в детстве, юности, старости (какие?):

Как переживал(а) свои заболевания и болезни близких:

Приложение № 3 к регламенту ведения документации по уходу в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих

Лист наблюдения № 1

Дата _____ Ф.И.О., должность наблюдателя _____

1. «Коммуникация, возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области»				
№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	Реагирует на обращённую речь			
2	Понимает сообщения, инструкции			
3	Выражает согласие/несогласие			
4	Произносит звуки			
5	Произносит слова			
6	Произносит предложения			
7	Поддерживает диалог, задаёт вопросы			
8	общается при помощи мимики, жестов, указывая на предмет (при отсутствии речи)			
9	общается при помощи карточек, фотографий (при отсутствии речи)			
10	Умеет писать			
11	Умеет читать			
12	использует технические средства для коммуникации (телефон, компьютер и др.)			
13	Узнает ближайшее окружение			
14	Ориентируется на месте			
15	вспоминает о значительных событиях			
16	сообщает о потребностях			
17	взаимодействует с людьми в соответствии			

	с ситуацией и в социально приемлемой форме			
18	осознает и соблюдает между собой и людьми дистанцию, допустимую в соответствии с ситуацией			
19	проявляет доброжелательность, терпимость по отношению к другим людям			
20	регулирует свои эмоции, вербальную и физическую агрессию во взаимодействии с другими людьми			
21	создает и поддерживает дружеские или романтические отношения с людьми			
22	Поддерживает отношения с родственниками			
23	взаимодействует с административными службами в пределах учреждения			
24	взаимодействует с административными службами за пределами учреждения			
25	участвует в деятельности общественных объединений (политических, религиозных, профессиональных, досуговых и др.)			

Лист наблюдения № 2

Дата _____ Ф.И.О., должность наблюдателя _____

2. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности				
№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	двигает рукой (-ами), может оттолкнуть и притянуть предмет			
2	захватывает и удерживает предметы			
3	Отпускает предметы			
4	манипулирует предметами (пересыпание, складывание, вставление, нанизывание, вращение, сжатие и др.)			
5	изменяет положение тела из лежачего положения (переворачивается)			
6	Садится самостоятельно			
7	Сидит уверенно и безопасно			
8	встаёт/ложится самостоятельно			
9	Стоит самостоятельно			

10	перемещается при помощи ползания, перекатов*			
11	перемещается с использованием технических средств (ходунки, кресло-коляска) самостоятельно*			
12	Ходит самостоятельно			
13	поднимается/спускается по лестнице самостоятельно			
14	ориентируется и перемещается в пределах учреждения и прилегающей территории			
15	ориентируется и перемещается за пределами территории учреждения			
16	использует общественный транспорт, ориентируется в населённом пункте проживания			
17	Наличие боли при передвижении			
18	Наличие страха падения			
19	моется (все части тела) самостоятельно			
20	Чистит зубы самостоятельно			
19	Поддерживает гигиену носа			
20	Поддерживает гигиену ушей			
21	Подстригает ногти на руках			
22	Подстригает ногти на ногах			
23	Расчёсывается			
24	поддерживает гигиену при менструации (для женщин)			
25	выбирает соответствующую одежду, обувь (с учетом своего пола, размера, климатических условий, ситуации и т.п.)			
26	поддерживает опрятность (при загрязнении одежды переодевается или сообщает персоналу)			
27	снимает одежду с верхней части тела			
28	снимает одежду, обувь с нижней части тела			

29	надевает одежду на верхнюю часть тела			
30	надевает одежду, обувь на нижнюю часть тела			
31	Застегивает пуговицы			
32	Застегивает молнию			
33	Завязывает шнурки			
34	Застегивает ленту-контакт («липучки»)			
35	различает свою и других гендерную принадлежность			
36	одежда и прическа соответствуют полу			
37	предпочитает занятия в соответствии с полом			
38	проявляет интерес к противоположному полу			
39	адекватно общается с противоположным полом			
40	стирает и сушит белье			
41	Гладит белье			
42	Убирает помещения			
43	использует бытовые приборы (чайник, электроплита, утюг, стиральная машина, пылесос и др.)			
44	Приобретает товары и услуги			
45	Распоряжается денежными средствами			
46	шьет и ремонтирует одежду			
47	ремонтирует вспомогательные устройства для ведения хозяйства и самообслуживания			
48	Занимается садоводством			
49	помогает другим в самообслуживании (в приеме пищи, переодевании и т.п.)			

*выбрать подходящий вариант

Лист наблюдения № 3

Дата _____ Ф.И.О., должность наблюдателя _____

3. Питание/питевой режим, опорожнение				
№	Активность	Может самостоятельно	Может с помощью	Не может
1	Принимает пищу самостоятельно			
2	набирает в ложку			
3	Подносит ложку ко рту			
4	Пользуется вилкой/ножом			
5	Пьёт из бутылочки*/трубочки*			
6	Пьёт из поильника*			
7	Пьёт из кружки/стакана*			
8	поддерживает гигиену во время приема пищи/питья (моет руки перед едой, пользуется салфеткой и др.)			
9	принимает пищу, совместно с другими проживающими, в комнате для приема пищи			
10	имеет адекватные манеры поведения за столом			
11	готовит простые блюда (с небольшим числом компонентов)			
12	Готовит сложные блюда			
13	контролирует мочеиспускание (сообщает или сигнализирует о потребности) в дневное время			
14	контролирует мочеиспускание (сообщает или сигнализирует о потребности) в ночное время			
15	использует туалет для мочеиспускания (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду) *			
16	использует кресло-туалет, судно, мочеприемник*			
17	Использует подгузники*			
18	поставлен катетер* (эпицистостома, уретральный катетер)			

19	контролирует дефекацию (сообщает или сигнализирует о потребности) в дневное время			
20	контролирует дефекацию (сообщает или сигнализирует о потребности) в ночное время			
21	использует туалет для дефекации (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду, выполняет гигиенические мероприятия после дефекации) *			
22	Использует кресло-туалет, судно*			
23	Использует подгузники*			
24	Поставлен калоприемник*			
25	Стремится к обеспечению приватности в процессе опорожнения			

*выбрать подходящий вариант

Особенности, подчеркнуть/указать при наличии (кормление через зонд/гастростому, поперхивание пищей/жидкостью, трудности с глотанием, трудности с пережевыванием, не контролирует частоту приемов пищи и объем, избирательность в еде, отсутствие аппетита, полный/неполный зубной ряд, наличие зубных протезов, ИМТ ниже/выше нормы, соблюдает/не соблюдает назначенную диету, регулярный/нерегулярный процесс дефекации (склонность к запорам/поносам) и др.)

Лист наблюдения № 4

Дата _____ Ф.И.О., должность наблюдателя _____

4. Контроль витальных показателей				
№	Активность	Может самостоятельно	Может с помощью	Не может
1	Измерение давления/пульса			
2	Измерения температуры тела			

3	Измерение уровня сахара в крови			
4	Измерение частоты дыхания			

Лист наблюдения № 5

Дата _____ Ф.И.О., должность наблюдателя _____

5. Соблюдение режима сна/отдыха, организация досуга				
№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	соблюдает суточный ритм (день/ночь)			
2	выполняет повседневный распорядок дня, принятый в учреждении			
3	планирует активность в течении дня, чередуя активность с отдыхом.			
4	Ориентируется во времени			
5	Самостоятельно готовится ко сну			
6	Самостоятельно контролирует время пробуждения			
7	Имеет непрерывный ночной сон			
8	посещает досуговые мероприятия, принимает участие в кружковой деятельности			
9	в свободное время самостоятельно выбирает для себя вид деятельности (чтение, игры, просмотр кинофильмов, рукоделие и др.)			
10	проявляет интерес к новым видам деятельности			
11	вовлекает окружающих в различные виды активности			
12	Имеет хобби/интересы			
13	способен планировать будущее и придерживаться плана			
14	способен к изменениям организации дня по своему усмотрению			
15	Выражает свои предпочтения			

Лист наблюдения № 6

Дата _____ Ф.И.О., должность наблюдателя _____

6. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события				
№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	заботится о своём здоровье (следует медицинским рекомендациям, своевременно принимает лекарства, обеспечивает физический комфорт, использует технические средства реабилитации и др.)			
2	определяет опасность и предпринимает действия, направленные на самосохранение			
3	при необходимости может обратиться за помощью к окружающим			
4	понимает риски осложнения своих заболеваний			
5	Понимает риски осложнения малобильности			
6	проявляет подавленность, замкнутость, пассивность, сниженный эмоциональный фон, в дневное время находится в основном в кровати			
7	Проявляет печаль, слезливость			
8	проявляет беспокойство, навязчивые мысли, движения			
9	центрируется на собственных проблемах, старении			
10	гордится своими достижениями, продуктами своего творчества			
11	активно участвует в культурно-досуговой деятельности, с увлечением осваивают новые виды деятельности			
12	стремится к установлению тесных дружеских отношений и образованию новых контактов			
13	при возможности помогает другим, проявляет сочувствие.			
14	позитивная адаптация к изменениям (резильентность)			
15	имеет страхи (беспомощности, одиночества, смерти)*			
16	имеет нерешенные семейные (иные) конфликты			

*выбрать подходящий вариант

Приложение № 13 к регламенту ведения документации по уходу в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

ШКАЛА НОРТОН (оценка риска возникновения пролежней)

Физическое состояние		Мышление		Активность		Подвижность		Недержание	
Хорошее	4	Ясное	4	Ходит без помощи	4	Полная	4	Нет	4
Удовлетворительное	3	Апатия	3	Ходит с помощью	3	Слегка ограниченная	3	Иногда	3
Плохое	2	В замешательстве	2	Прикован к инвалидному креслу	2	Очень ограниченная	2	Чаше отмечается недержание мочи	2
Очень плохое	1	Тупоумие	1	Лежачий	1	Полностью неподвижен	1	Чаше отмечается недержание мочи и кала	1

Интерпретация:

15-20 баллов – вероятность образования пролежней невелика

13-14 баллов – вероятно образование пролежней

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки проживающих и детей старше 5 лет) состоит из десяти делений, где 0 означает «боли нет», а 10 - «боль невыносимая». Специалист, оценивающий боль, должен объяснить проживающему что: 0 - боли нет, от 1 до 3 баллов - боль незначительная, от 4 до 6 баллов - боль умеренная, от 7 до 9 баллов - боль выраженная и 10 баллов - боль невыносимая. Проживающий должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера



Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния проживающих и детей старше 3 лет. Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). Специалист, оценивающий боль должен объяснить проживающему в доступной форме, какое из представленных лиц описывает его боль.

ШКАЛА МОРЗЕ (оценка риска падения)

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
• Нет	0
• Да	25
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
• Нет	0
• Да	25
Имеет ли проживающий 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 проживающего собственных 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

Интерпретация результатов:

0-4 балла – нет риска, рекомендуется тщательный основной уход

5-20 баллов – низкий уровень, рекомендуется тщательный основной уход

21-45 баллов – средний уровень, рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений

Более 45 баллов – высокий уровень, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений

Приложение № 16 к регламенту ведения документации по уходу в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН УХОДА

Ф.И.О. _____

Дата рождения: _____

№ комнаты _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг от _____ № _____

ИПРА от _____ № _____

I. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты

Вид социальной услуги из ИППСУ: _____

№ п/п	Наименование вида социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА: _____

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абелитами	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

II. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование вида социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА: _____

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Задачи (мероприятия), в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

III. Питание/питьевой режим, опорожнение

Вид социальной услуги из ИППСУ: _____

№ п/п	Наименование вида социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА: _____

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

IV. Контроль жизненных (витальных) показателей

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование вида социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА: _____

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

V. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга.

Вид социальной услуги из ИППСУ: _____

№ п/п	Наименование вида социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА: _____

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

VI. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование вида социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА: _____

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

Приложение № 17 к регламенту ведения документации по уходу в ГБУ РХ «Туимский психоневрологический интернат» в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

Инсульт

Инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) приводящее к повреждению и отмиранию нервных клеток. Инсульт бывает 2 типов: ишемический (80-90% случаев) и геморрагический (10-20% случаев).

Ишемический инсульт – это гибель участка мозга в результате закупорки питающей его артерии тромбом.

Геморрагический инсульт - это кровоизлияние в мозг в результате разрыва сосуда.

Симптомы инсульта.

При появлении следующих симптомов необходимо срочно вызывать скорую помощь:

- Неожиданное появление слабости, онемения или паралича мышц лица, руки или ноги, обычно с одной стороны тела;
- Необычное затруднение или нарушение речи;
- Резкое ухудшение зрения одного или обоих глаз;
- Неожиданное нарушение походки, головокружение, потеря равновесия или координации;
- Острые головные боли.

Последствия инсульта могут различаться в зависимости от того, какие отделы мозга были затронуты. В некоторых отделах мозга возникает ишемия (недостаточное кровоснабжение), в других – некроз (гибель клеток мозга). Соответственно нарушается функционирование тех органов и частей тела, которые контролируют пораженные области мозга.

Осложнения, которые могут возникнуть после инсульта:

- Нарушение координации и двигательных функций: парезы, паралич, потеря чувствительности, слабость. Чаще всего наблюдается гемипарез – нарушение движений только конечностей правой или левой половины тела.
- Нарушение глотания (дисфагия), в результате чего возможно обезвоживание организма, риск аспирации, недоедания.
- Проблемы с речью бывают двух типов: неправильное восприятие чужой речи и воспроизведение собственной (афазия). Дизартрия – нарушение произношения слов, в связи с расстройством артикуляции. Речь медленная (нарушение работы мышц лица), повышено слюноотделение, разобрать речь тяжело. Также могут возникнуть сложности с чтением, письмом и счетом.
- Нарушения зрительного и слухового восприятия. (например, неглект)
- Осложнения, связанные с когнитивным восприятием – утрачивается способность к анализу информации, ухудшается память и логическое мышление, теряются навыки обучения.
- Проблемы с мочеиспусканием и дефекацией (недержание).

- Сложности эмоционального и психологического характера, болевые ощущения

Примечание:

- Индивидуальный план ухода по типичным проблемам, постановкой целей ухода и соответствующим мероприятиям
- Данный план типичен для людей, перенесших инсульт, но ни в коем случае не является индивидуальным для всех проживающих с этим заболеванием
- При написании плана для конкретного проживающего, необходимо все описанные проблемы, цели и мероприятия, проанализировать и индивидуальные совпадения выбрать с учетом ресурсов, привычек и биографии данного человека.
- При наличии ресурсов, целью должно быть их поддержание/развитие и соответственно мероприятия

Проблемы	Цели	Мероприятия и лица которые их осуществляет
<i>1. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты</i>		
<p>Проживающий после инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не может сосредоточиться на разговоре. • Отвлекается даже на небольшие внешние раздражители. • Страдает от афазии. • Воспринимается окружающими, как не совсем нормальный, от этого страдает и стесняется. 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий снова может участвовать в разговоре и понимать его содержание. • Уменьшение афазии 	<ul style="list-style-type: none"> • Создание спокойной атмосферы во время разговоров и максимальная защита от воздействия внешних раздражителей. • Проверка на возможность петь (культорг) (Часто способность к пению после инсульта сохраняется или восстанавливается) • При тотальной афазии вербальное общение невозможно. В зависимости от вида афазии необходимо выбирать метод общения (по рекомендации логопеда). • При неуверенности, правильно ли ухаживающий понял проживающего, необходимо повторить сказанное. Например, «Правильно ли я вас понял? Вы хотите пойти в ванную?» • Формировать простые предложения с правильной грамматикой. Не говорить в «стиле телеграммы» (всему персоналу). • Задавать вопросы, на которые проживающий может ответить «да» или «нет». • Избегать «Что -вопросы», «почему, зачем, и т. д.), или вопросы с несколькими альтернативами. Правильно: «Вы хотите съесть сыр?» Неправильно: «Вы хотите съесть сыр, колбасу или яйцо?» • Важная информация может повторяться дважды, но при повторе предложение можно перефразировать. Пример: «Примите лекарство сейчас» и «я хочу, чтобы вы сейчас приняли лекарств». • Объяснить людям в окружении, что интеллект проживающего полностью сохранен. Только способность общаться нарушена.
<ul style="list-style-type: none"> • Устное общение невозможно. 	<ul style="list-style-type: none"> • Общение возможно 	<p>Персоналу следует:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий после инсульта не может понимать сказанное или общаться вербально. 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий может общаться, несмотря на потерю возможности общаться вербально 	<ul style="list-style-type: none"> • использовать жесты и мимику для лучшего понимания их проживающими после инсульта. Например, указывать на часть тела, которую ухаживающий собирается мыть. • Постоянно обращать внимание на жесты и выражение лица проживающего. • Использовать альтернативное общение (рисунки, символы и т.д.).
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий после инсульта не в состоянии самостоятельно заводить новые и поддерживать старые контакты (нарушение речи, маломобильность). 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий контактирует с персоналом и чувствует себя понятым. • Проживающий социализирован в учреждении. • Предотвращена (не возникает) социальная изоляция. 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предлагать групповые занятия, в мероприятиях и праздниках, совместное с другими проживающими принятие пищи, чтение, интернет). • Предлагать участвовать в церковных службах, посещениях церкви и священнослужителей и т.д. • Социализировать в учреждении (помогать налаживать контакт с другими проживающими). • Информировать о мероприятиях учреждения, сопровождать и мотивировать к участию в них.
<p>II. Мобильность. Возможность ухаживать за собой. Переодевание. Ощущение своей индивидуальности.</p>		
<p>1. Неглект (проживающий не воспринимает внешние раздражители со стороны пораженной части тела, той, где гемиплегия.)</p> <p>2. Маломобильность, передвигается с помощью кресла-коляски, нуждается в посторонней помощи</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержание и развитие мобильности <p>3. Персонал помогает проживающему справиться со страхом и неуверенностью</p>	<p>4. Если Неглект очень ярко выражен, то проживающего сажают на кресло-коляску со стороны здоровых конечностей. Только после того, как он обретет достаточную уверенность в своей безопасности и перестанет бояться, можно пробовать пересаживать в кресло-коляску со стороны пораженных конечностей.</p> <p>5. Следить за тем, чтобы проживающий сидел в вертикальном положении, ноги стояли параллельно и касались земли. Бедра должны быть согнуты под углом 90, в случае необходимости, корпус может быть слегка наклонен вперед, за спиной можно расположить подушку.</p> <p>6. Пораженная рука может быть размещена на столе.</p> <p>7. По возможности, кресло-коляска должна быть оборудована специальными подлокотниками.</p> <p>8. Пораженная рука также может располагаться на подушке, на коленях.</p>

		<p>9. Если необходимо, проживающего в кресло- коляске «припарковать» на короткое время, тонужно следить за тем, чтобы пораженная сторона была обращена к стене</p> <p>10. Кровать должна стоять так, чтобы проживающий лежал здоровой стороной к стене, а тумбочка находилась с пораженной стороны (концепция Бобат)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Синдромплеча (боль в области плеча парализованной руки) 	<ul style="list-style-type: none"> Предотвращение синдрома плеча Предотвращение осложнений со стороны руки, в которой отсутствуют движения 	<ul style="list-style-type: none"> Следить за тем, чтобы пораженная рука не находилась долго в согнутом, придавленном положении (что может затруднять венозный кровоток и отток лимфы). Персоналу надо следить, чтобы после каждого переодевания и изменения положения тела в постели, на одежде не появлялись складки, она оставалась свободной, не сдавливала пораженные конечности. Персоналу необходимо следить, чтобы подопечный случайно не травмировал нечувствительную пораженную конечность. Например, чтобы рука не попала в спицы колес движущейся кресло- коляски. При позиционировании в постели, на спине, надо следить, чтобы рука находилась в, слегка повернутом наружу положении. Это особенно важно, если плечевой сустав имеет подвывих, в противном случае рука будет спастически повернута внутрь. Капельницы и забор крови осуществляютсяна здоровой руке, если это возможно(м/с). На пораженной руке гематомы рассасываются медленнее.
<ul style="list-style-type: none"> Проживающий жалуется на дискомфорт в плечевом суставе(последствия гемиплегии). Отказывается от различных мероприятий по уходу, так как боится боли. 	<ul style="list-style-type: none"> Защита плечевого сустава от повреждений Уменьшение боли в суставе 	<ul style="list-style-type: none"> При выполнении манипуляций персоналу по уходу следует максимально задействовать пораженную руку, помогать осуществлять ею различные движения. Проживающему следует выполнять упражнение: здоровой рукой поднимать перед собой пораженную руку, наблюдая внимательно, как обе руки поднимаются и опускаются (концепция Бобат) (персоналу рекомендуется напоминать об этом проживающему утром и вечером) Персоналу по уходу следует очень осторожно обращаться с пораженной рукой. Следить за тем, чтобы при уходе рука не

		<p>выворачивалась, не брать проживающего под мышки при транспортировке.</p> <ul style="list-style-type: none"> • При необходимости, проживающий должен носить слинг для плеча пораженной руки. • При укладке(позиционировании) в постели на пораженную сторону, следить за тем, чтобы вес верхней части тела не давил исключительно на плечевой сустав. (лопатка и плечо также должны быть свободны от веса). • Пораженную руку следует располагать по всей длине на подушке, слегка согнув в локте. • При транспортировке проживающего, персоналу по уходу не следует класть его пораженную руку себе на плечо. (рука может упасть, травмироваться) • Персонал по уходу следит за наличием болей у проживающего (особенно ночью), при необходимости,сообщает о них мед. персоналу и документирует. М/с используют шкалу боли/
<ul style="list-style-type: none"> • В результате инсульта проживающий малоподвижен. Риск возникновения контрактур (конской стопы, пораженной руки) 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение возникновения контрактур. 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика контрактур осуществляется всем ухаживающим персоналом
<ul style="list-style-type: none"> • Боль в пораженной ноге (в области бедра) 	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение болей в области бедра. 	<ul style="list-style-type: none"> • Сотрудники следят за тем, чтобы при ходьбе ноги перед каждым новым движением были в правильном стартовом положении («центральное положение»). • При укладке в постели (позиционировании) сотрудники следят за правильным физиологичным положением больной ноги • Под пораженную ногу не подкладывается подушка.
<p>Проживающий после инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Только частично контролирует пораженную руку (правую или левую) 	<ul style="list-style-type: none"> • Участие проживающего в гигиенических процедурах 	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержание и развитие ресурсов • Персонал должен полностью выполнять манипуляции по уходу, давая возможность проживающему наблюдать за процедурой. Ухаживающему следует озвучивать каждое действие (персонал по уходу утро-вечер и при мытье в душе)

<ul style="list-style-type: none"> • Не может выполнять последовательно различные процедуры • Не в состоянии самостоятельно проводить гигиенические процедуры 		<ul style="list-style-type: none"> • - Персоналу следует наблюдать за невербальными проявлениями боли (например, нарастает мышечное напряжение лица) • - Ухаживающему рекомендуется избегать точечного прикосновение кончиками пальцев (это может быть болезненно, следует касаться всей ладонью). • - Следует постепенно вовлекать проживающего в процесс мытья (например, надевать махровую варежку ему на руку и помогать водить по телу, давать в руку полотенце) • - Всегда давать возможность проконтролировать здоровой рукой температуру воды
<ul style="list-style-type: none"> • Последствия инсульта: не может мыться самостоятельно в положении сидя (не держит равновесие) 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить гигиенический уход за телом проживающего • Мобилизация в положении сидя • Поддержание ресурсов. 	<ul style="list-style-type: none"> • При проведении гигиенических процедур в положении сидя, не оставлять проживающего одного, всегда находиться сзади • Проводить гигиену нижней части тела проживающего в постели, после этого на кресло-коляске подвозить его к раковине для осуществления гигиены верхней части тела
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий после инсульта: не в состоянии сосредоточиться во время проведения личной гигиены 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий ухожен. • Проживающий принимает участие в гигиенических процедурах • Развитие оставшихся у проживающего навыков ухода за телом • После мыться всегда давать возможность проживающему отдохнуть 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивать спокойную обстановку во время ухода (не включать радио, телевизор) • В поле зрения находятся только предметы необходимые для проведения гигиенических процедур • Проверять какие манипуляции проживающий может выполнять самостоятельно (например, наносить крем на кожу, чистить зубы) • Во время процедур ограничиваться краткими инструкциями, не вести посторонних разговоров
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий полностью игнорирует (не замечает)конечности с пораженной стороны, что осложняет уход 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий получает визуальную информацию об обеих половинах своего тела 	<ul style="list-style-type: none"> • Задействовать пораженную половину тела в ежедневную жизнь проживающего • Проживающий ухаживает за пораженной стороной • При проведении процедур персонал находится со стороны пораженных конечностей у проживающего (концепция Бобат)

		<ul style="list-style-type: none"> • При мытье, проводить по телу махровой варежкой необходимо от здоровой стороны к пораженной (концепция Бобат) • Персоналу надо просить проживающего наблюдать глазами за движениями варежки (концепция Бобат) • Возможно мыть двумя руками (двумя махровыми варежками) одновременно (проживающий должен наблюдать за процессом, понимая симметрию своего тела)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий после инсульта: не в состоянии самостоятельно осуществлять гигиену полости рта • Высокий риск возникновения молочницы 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий участвует в уходе за полостью рта и зубами в рамках своих навыков. • Профилактика молочницы 	<ul style="list-style-type: none"> • Использовать жидкость для полоскания полости рта (возможно просто водой) после каждого приема пищи (весь персонал по уходу) • Чистку зубов осуществляет ухаживающий персонал (утром и вечером) • Профилактика молочницы
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий после инсульта: не в состоянии без посторонней помощи переодеваться. 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий выглядит опрятно, носит вещи по сезону 	<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу следует своевременно подбирать одежду совместно с проживающим. • Менять одежду день/ночь. • Переодевать проживающего по необходимости. • Раздевать проживающего следует начинать со здоровой руки, одевать с больной руки
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий после инсульта: не в состоянии следить за своей внешностью в привычной манере • Стесняется противоположного пола из-за своего заболевания 	<p>Проживающий</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выражает свои пожелания. • Чувствует себя понятым. • Понимает свои ограничения и изменения. • В состоянии строить отношения с противоположным полом. 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мотивировать и поддерживать желания выглядеть соответственно мужчиной/женщиной • Совместно с проживающим подбирать одежду на особые случаи (праздник, концерт) • Осуществлять социализацию проживающего в учреждении, уважительно относиться к его пожеланиям. • Мотивация к новым знакомствам • Поддержание ресурса выглядеть привычно, предоставление необходимой помощи

• **III. Питание/питьевой режим. Опорожнение.**

<p>В результате гемиплегии проживающий</p> <ul style="list-style-type: none"> • не в состоянии использовать обе руки при приеме пищи • Не в состоянии брать обыкновенные столовые приборы пораженной рукой 	<p>Проживающий не может самостоятельно есть пищу</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал по уходу помогает проживающему подготовить пищу к приему маленькими кусочками «под вилку» (при каждом приеме пищи) • Использование специальной посуды - тарелки с дополнительным бортиком, скользящим краем • Использование столовых приборов с утолщенными ручками. • Персонал по уходу всегда находится рядом во время приема пищи и предоставляет необходимую помощь
<p>Проживающий после инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> • быстро утомляется. <p>Набирает пищу в рот и может задремать. После прикосновения просыпается растерянным</p> <ul style="list-style-type: none"> • часто отвлекается во время еды, ему необходимо напоминать, что надо есть 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий должен наедаться за время приема пищи • Проживающий должен успевать доесть пищу, пока она не остыла • Проживающий не должен переутомляться во время приема пищи 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Следить за тем, чтобы проживающий до приема пищи не имел активных действий (весь персонал) • Проживающий за общим столом должен сидеть со спокойными соседями, чтобы они не отвлекали его при приеме пищи. В крайнем случае, организовать прием пищи в жилой комнате • Находиться в непосредственной близости от проживающего, для возможности напоминать ему о продолжении трапезы • Находиться рядом с проживающим при приеме пищи, чтобы помогать направлять его руку ко рту
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего дисфагия (нарушение глотания), высокий риск аспирации • Проживающий после инсульта не ощущает пищу во рту • Проживающий не жует и не глотает без напоминания • Еда выпадает изо рта проживающего 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвратить аспирацию • Предотвратить рефлюкс (заброс содержимого из пищевода обратно в желудок) • Питание должно приносить удовольствие 	<ul style="list-style-type: none"> • Весь ухаживающий персонал должен следить за консистенцией пищи, адаптированной к дисфагии • Использование загустителей для жидкости • Профилактика аспирации (весь ухаживающий персонал) • Персонал должен следить за осанкой проживающего во время приема пищи • При сложностях- оказать помощь в принятии пищи осуществляется исключительно медицинским персоналом • Следует использовать пластиковые ложки

<ul style="list-style-type: none"> • Металлическая ложка вызывает у проживающего рвотный рефлекс (холодный металл, твердая) 		<ul style="list-style-type: none"> • После приема пищи следует оставлять проживающего сидеть около 20 мин • Следует использовать у проживающего при приеме пищи нагрудник (для сохранения одежды в чистоте)
Высокий риск дегидратации	Предотвратить обезвоживание организма	Профилактика дегидратации
<ul style="list-style-type: none"> • Инконтиненция • Недержание кала • Проживающий не может самостоятельно дойти до туалета • Проживающий не может проводить себе интимную гигиену • Высокий риск обстипации 	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение и своевременная помощь, при необходимости • Предотвращение обстипации 	<p>Персоналу рекомендуется осуществлять:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поддержание ресурсов проживающего • Сопровождение проживающего в туалет. • Поддержание интимной сферы проживающего (ставит ширму при смене подгузника, отводит для опорожнения в туалет) • Своевременно менять абсорбирующее белье • Весь ухаживающий персонал проводит профилактику обстипации • Персонал по уходу при каждой смене подгузника или посещения туалета проводит гигиену интимной области
<i>IV. Контроль жизненных (витальных) показателей</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего после инсульта - повышенная чувствительность к прикосновениям (любое прикосновение вызывает боль) 		
Паралич лица, веко закрыто не полностью, сухость глаза.	<ul style="list-style-type: none"> • Защита глаза от сухости. 	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуется консультация врача, для решения вопроса защиты глаза от сухости мазями или каплями (врач, м/с)
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего после инсульта возможны преходящие нарушения мозгового кровообращения (вплоть до потери сознания). • Из-за клинической картины следует ожидать осложнений, которые могут 	<ul style="list-style-type: none"> • Своевременное выявление осложнений • Предотвращение повторного инсульта 	<ul style="list-style-type: none"> • При резком изменении самочувствия проживающего, персонал по уходу регулярно (каждый час) навещает проживающего и разговаривает с ним, проверяет, нет ли у него головокружения, сонливости или дезориентации. • При ухудшении состояния сознания, следует немедленно сообщать мед персоналу.

угрожать жизни, если не будет своевременной помощи		
Проживающий после инсульта прикован к постели. Это грозит появлением пролежней.	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение возникновения пролежней 	<ul style="list-style-type: none"> • Весь ухаживающий персонал проводит профилактику пролежней
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего хронические боли 	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение интенсивности хронических болей 	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение за невербальным выражением боли
<i>V. Соблюдение режима сна и отдыха. Организация досуга.</i>		
<p>Проживающий после инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не может самостоятельно подготовиться ко сну. • Часто просыпается ночью • Не может долго заснуть • Не в состоянии принять удобное положение для сна 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий должен иметь возможность спать ночью и отдыхать днем. • Следует добиться непрерывного ночного сна у проживающего. 	<ul style="list-style-type: none"> • Соблюдение тишины и создание комфорта во время дневного/ночного сна. • Работа персонала с биографией, соблюдение ритуалов • Персонал по уходу помогает проживающему подготовиться ко сну, сменить нательное белье • Следует предотвращать у проживающего переутомление дневным досугом. • Следует предотвращать у проживающего ситуации возбуждения перед сном. • Персонал организует проветривание помещения перед сном.
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего после инсульта заниженная самооценка в связи с нарушением речи. • Проживающий не в состоянии заниматься своим хобби из-за гемиплегии 	<p>Проживающий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Должен получать удовольствие от дневного досуга • Участвовать в мероприятиях учреждения • Следовать своим интересам • Иметь посильную (по состоянию здоровья) занятость днем 	<p>Персонал:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мотивирует и предлагает принимать участие проживающему в мероприятиях. • Развивает контакты с другими проживающими по интересам. • Дает возможность смотреть любимые телепередачи, читать любимые книги. • Изучает биографию для понимания любимых ранее занятий. • Культорганизатор ведет записи о проведенных мероприятиях в бланке «Досуг».

VI. Создание безопасного окружения. Способность переживать жизненные события.

- Высокий риск падения
- Проживающий не умеет пользоваться вспомогательными средствами
- Проживающий не в состоянии самостоятельно принимать медикаменты

- У проживающего есть страх перед будущим.
- Проживающий не хочет поддерживать старые контакты с друзьями (из-за проблемы со здоровьем).

- Доверие к персоналу.
- Предотвращение изоляции
- Принятие новой жизненной ситуации.
- Возможность делиться своими бывшими успехами и достижениями.
- Проживающий понимает, управляет и делится своими чувствами

Персонал осуществляет:

- Медикаментозное сопровождение по назначению врача (при болях).
- Консультации специалистов.
- Проведение бесед по ситуации
- Организация программ по интересам (вечера, волонтеры и т.д.).
- Мотивация проживающего и поддержка при желании поделиться проблемами
- Наблюдение и ведение документации
- Помощь в поддержании старых контактов с друзьями и родственниками

Деменция средней тяжести

Деменция — это заболевание, в процессе которого нарушаются когнитивные (познавательные процессы человека: память, мышление, внимание, воображение, восприятие, направленные на взаимодействие с окружающим миром, другими людьми, получение информации и трансформации ее в знания и опыт) и психические (эмоциональные и поведенческие) способности. В связи с этим постепенно понижается также способность совершать повседневные действия и контактировать с окружающими.

Деменция возникает вследствие различных заболеваний.

Наиболее распространенные виды деменции:

- Болезнь Альцгеймера
- Сосудистая деменция
- Смешанная деменция (Альцгеймера и сосудистая)
- Деменция с тельцами Леви
- Лобно-височная дегенерация

При деменции страдают все когнитивные функции. Болезнь развивается постепенно. Утрата краткосрочной памяти может быть первым симптомом. Поначалу ранние симптомы могут быть неотличимы от возрастного ухудшения памяти или умеренных когнитивных нарушений, но позже прогрессия становится очевидной. При разных видах деменции преобладают те или иные симптомы, может быть разная скорость развития деменции.

Симптомы деменции имеют непрерывное течение, они могут быть разделены на три стадии:

- Ранняя (легкая) стадия
- Умеренная стадия
- Поздняя стадия

Профессор психиатрии директор Научно-исследовательского института старения и заболевания мозга Нью-Йоркского университета Бэрри Райзберг предложил разграничить семь стадий деменции.

Личностные и поведенческие изменения могут развиваться как на ранней, так и на поздней стадии. Двигательные и другие очаговые неврологические симптомы возникают на различных стадиях заболевания в зависимости от типа деменции; наиболее рано они развиваются при сосудистой деменции и позже при болезни Альцгеймера.

Возможные причины деменции:

- Болезнь Альцгеймера
- Атеросклероз сосудов головного мозга
- Болезнь Пика
- Болезнь Паркинсона

- алкоголизм

Факторы риска:

- Сахарный диабет
- Болезнь Паркинсона
- Генетический фактор
- Сердечно-сосудистые заболевания

Первые симптомы деменции:

- Утрата памяти на недавние события.
- Затруднения в обучении и удерживании новой информации.
- Языковые проблемы (в подборе слов).
- Колебания настроения.
- Развитие личностных изменений.
- Трудности в самообслуживании и в повседневном обслуживании себя (в быту).
- Нарушение абстрактного мышления.
- Снижение самооценки.

Функциональные способности могут также ограничиваться следующими патологическими изменениями:

- Агнозия: потеря способности узнавать предметы (сенсорные функции сохранены).
- Апраксия: утрата способности выполнения выученных движений (двигательные функции сохранены).
- Афазия: утрата способности понимать и использовать речь.

Симптомы деменции на умеренной стадии:

- Неспособность к обучению и воспроизведению новой информации.
- Память на отдаленные события снижается, но полностью не утрачивается.
- Может понадобиться помощь в повседневной жизни (в том числе прием ванны, прием пищи, одевание, туалет).
- Могут нарастать личностные изменения.
- Становятся раздражительными, тревожными.
- Сконцентрированы на своей личности.
- Неуступчивы или пассивны
- Неспособны принять решение.
- Безынициативны.

Могут развиваться расстройства поведения:

- Возбуждение
- Враждебность

- Замкнутость

На этой стадии заболевания утрачивают:

- Ощущение времени и пространства.
- Теряют ориентацию в окружающей обстановке и обществе, часто теряются, не могут самостоятельно найти свою спальню или ванную комнату.
- Способность передвигаться сохраняется, но повышается риск падений и травм вследствие нарушений ориентации в пространстве.
- Нарушается ритм сон-бодрствование.

Симптомы поздней (тяжелой) стадии деменции:

Неспособны:

- Ходить
- Самостоятельно питаться
- Выполнять любые другие повседневные действия
- Может развиваться недержание мочи.
- Краткосрочная и долговременная память полностью утрачиваются.
- Развивается риск появления недостатка питания, пневмонии (особенно вследствие аспирации) и пролежней.
- Становятся абсолютно зависимыми от посторонней помощи.
- Вербальное общение становится невозможным, не в состоянии сообщить о своих жалобах, болях.
- На заключительных стадиях развивается кома, и смерть наступает обычно от присоединившейся вторичной инфекции.

Для осуществления ухода за людьми с деменцией очень важно понимать в какой стадии они находятся.

Примечание:

- Индивидуальный план ухода составляется в соответствии: типичными проблемами, постановкой цели ухода и соответствующим перечнем мероприятий.
- Данный план типичен для людей с деменцией, но всегда составляется индивидуально, с учетом особенностей конкретного проживающего.
- При написании плана для конкретного проживающего, необходимо все описанные выше и ниже проблемы, цели и мероприятия проанализировать, выбрать совпадения, с учетом ресурсов, привычек и биографии данного человека и стадии заболевания.
- При наличии ресурсов, целью должно быть их поддержание/развитие и мероприятия должны быть направлены на достижение этой цели.

Проблемы	Цели	Мероприятия
<i>1. Коммуникация, возможность создавать и поддерживать социальные контакты</i>		

<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий теряет способность устно выразить свои мысли. 	<ul style="list-style-type: none"> • Сохранение коммуникации, несмотря на потерю способности общения. 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не корректировать неправильно сказанные проживающим слова. • При необходимости, если проживающий не может закончить начатое предложение, персонал помогает это сделать. • Если персонал не может истолковать слова проживающего, то необходимо переспросить (перефразировать вопрос). • Говорить простыми короткими предложениями с минимальным количеством информации. • Подчеркивать предложения мимикой и соответствующими движениями. • Речь и действия персонала должны совпадать.
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий чувствует дискомфорт при общении 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий чувствует себя понятым • Сохранение чувства собственного достоинства 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не поддерживать (не вести) разговоры на уровне спора, при котором проживающий из-за своих дефицитов чувствует себя потеряннным, либо агрессивным • При общении использовать валидацию • Подобрать подходящие занятия для проживающего • Объяснять проживающему, что не стоит стесняться провалов памяти, лучше говорить о проблемах открыто возвращать его в русло разговор • Если проживающий отвлекся от темы разговора, очень осторожно нужно вернуть его в русло беседы.

		<ul style="list-style-type: none"> • При возникновении у проживающего внутреннего конфликта, просить его открыто говорить о его тревогах
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий не в состоянии подбирать нужные слова • У проживающего отсутствует возможность аргументировать свои высказывания или действия • У проживающего меняются значения слов и мыслей в процессе разговора 	<ul style="list-style-type: none"> • Избежать полной социальной изоляции • Получение всей необходимой информации 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оставлять время проживающему для концентрации мыслей, не торопить с ответом • Вежливо предлагать помощь в сложностях при формулировке фраз • Поправлять сказанное проживающим корректно, лучше вежливо перефразировать или переспросить • Осторожно реагировать на неправильно использованные термины, следить за реакцией раздражительности со стороны проживающего • При общении следует устранять источник помех (телевизор, радио, шум на улице при открытом окне и т.д.) • Следует затрагивать темы, о которых любит говорить проживающий (хобби, бывшая профессия и т.д.) • В случае необходимости, подключать логопеда для поиска альтернативного общения
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий, в связи с трудностями при общении, все чаще проявляет грубость в разговоре, скрывая недостаток и неуверенность в себе • Проживающий остро реагирует замечания, на то, что поправляют неправильно сказанные им слова, воспринимает замечания болезненно, ощущая свои недостатки. • Все чаще не может подобрать нужные слова, отчего даже знакомые тексты теряют 	<ul style="list-style-type: none"> • Сохранение возможности к общению в устной форме максимально длительное время 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Избегать разговоров, эмоционально расстраивающих проживающего. • Если разговор начинает доставлять дискомфорт проживающему, следует менять тему разговора • При беседе создавать дружескую атмосферу • При беседе следить за эмоциональным состоянием и выражением лица проживающего

<p>смысл (Например, не понимает смысл поговорок: «Лучше смеется тот, кто смеется последним», «Не рой другому яму – сам в нее попадешь» и т.д.)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Давать понять, когда разговор начинается и когда заканчивается (например, прикосновением к плечу) • Использовать короткие предложения • Избегать местоимения («он», «она», «оно») вместо этого называть людей и объекты конкретно по имени • Избегать вопросов, начинающиеся с «почему», «зачем» • Задавать вопросы на ответ «да» и «нет» (если проживающий кивает головой – этого достаточно для ответа)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий не воспринимает сложные предложения, обращенные к нему 	<ul style="list-style-type: none"> • Усиление взаимопонимания между персоналом и проживающим • Сохранение возможности проживающего получать и понимать информацию 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • При необходимости, повторять несколько раз одну и ту же информацию, упрощая предложения, до восприятия проживающим смысла сказанного • Переспросить, понял ли проживающий сказанное, обращать внимание на его мимику и жесты
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не понимает значение некоторых слов (например, его просят помыть мочалкой подмышки. Слово «мочалка» ему понятно, и он показывает на нее, а слово «подмышки» не понятно и вместо подмышки он показывает на плечо) 	<ul style="list-style-type: none"> • Понимание проживающим последовательности действий • Персоналу следует корректно руководить действиями проживающего для последовательного достижения цели 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подчеркивать каждое свое предложение жестами (в данном примере, показать на мочалку и на подмышки) • При проведении любой манипуляции действовать по аналогичному алгоритму
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не узнает людей (не узнает членов семьи, персонал) 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий не должен чувствовать себя одиноким среди чужих людей 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал каждое утро представляется проживающему с деменцией, называя свое имя и ведет короткий разговор для создания позитивного

		контакта, после чего начинает проводить манипуляции
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий не в состоянии самостоятельно поддерживать и создавать новые социальные контакты 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение полной социальной изоляции 	<ul style="list-style-type: none"> • Помощь персонала в создании новых контактов в отделении и поддержания контактов с членами семьи • Персонал создает группы по интересам и привлекает к совместным занятиям (культурга, психолога, персонал по уходу)
<i>2. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией бегаёт, на вид бесцельно, по помещению • У проживающего тенденция к убеганию из здания 	<ul style="list-style-type: none"> • Нахождение в помещении или на прогулках без огороженных территориях без принуждения 	<ul style="list-style-type: none"> • Подбор необходимой занятости, чтобы отвлечь проживающего от бесцельных перемещений (совместная работа персонала по уходу, соц. работников, культурга, психологов, работа с биографией) • Проверить возможность сопровождения проживающего волонтерами. (м/с) • Раз в день (до или после обеда, индивидуально) прогулки по «бесконечным тропам» с возможностью передышек на скамейках по пути следования (то есть, прогулки у такого проживающего должны заключаться в активной ходьбе)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий возбуждение компенсирует движениями (бегаёт до изнеможения), высокий риск падения 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение падения • Предотвращение полного физического изнеможения от бесконечного движения 	<ul style="list-style-type: none"> • В солнечную погоду одевать защитные очки • При длительной ходьбе (других физических нагрузках), персоналу следует предлагать подопечному отдых (посидеть, полежать) • Для кратковременного отдыха можно использовать ходунки с сидением

<ul style="list-style-type: none"> • Изменение походки у проживающего с деменцией (он может сильно наклоняться вперед или в бок) • Реакция у проживающего замедлена • Опасность падения увеличивается 	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержание безопасности во время физической нагрузки • Избегание падения при физической нагрузке 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал сопровождает проживающего при ходьбе, желательно иметь какую-то цель (дело): посещение прачечной, вынос мусора, посуды, раздача почты и др. • Следует носить тазобедренные протекторы для предотвращения перелома шейки бедра
<ul style="list-style-type: none"> • Движения и действия проживающего замедлены (он не справляется со сложными движениями и последовательностью действий, что может вызывать раздражительность и агрессию) 	<ul style="list-style-type: none"> • Знакомство с новыми типами движения в рамках своих возможностей • Сохранение самооценки и мотивации к физической активности 	<ul style="list-style-type: none"> • При выполнении сложных для проживающего движений, персоналу следует помогать ему сосредоточиться (не отвлекать вопросами, убрать мешающие факторы) • При проведении любых физических упражнений, персоналу надо следить за концентрацией внимания подопечного, если оно пропадает, то занятия необходимо приостановить • Персоналу следует мотивировать и хвалить проживающего за каждое правильно выполненное действие
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не в состоянии самостоятельно принимать ванну/душ 	<ul style="list-style-type: none"> • Возможность принятия душа/ванны • Ухоженный вид 	<ul style="list-style-type: none"> • Помощь в принятии душа раз в неделю (в один и тот же день)
<ul style="list-style-type: none"> • Если в отделении используется общая душевая комната для многих людей, то проживающий с деменцией, может путать свои личные средства гигиены с посторонними. 	<ul style="list-style-type: none"> • Инфекционная безопасность 	<ul style="list-style-type: none"> • Личные средства гигиены проживающего помечены понятными знаками (надпись, картинки, цвет). Они должны храниться в доступной близости к проживающему.
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не может сконцентрироваться и у него нет мотивации во время проведения личной гигиены 	<ul style="list-style-type: none"> • Участие проживающего в проведении личной гигиены - как возможность сохранения навыков и умственных способностей. 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал оказывает помощь проживающему в приготовлении необходимых средств, последовательности проведения гигиенических процедур (каждое утро/вечер, по

<ul style="list-style-type: none"> Многие части тела проживающий не в состоянии больше самостоятельно мыть (кому-то сложно мыть спину, кому-то ноги) 		<p>необходимости, раз в неделю при принятии душа/ванны)</p> <ul style="list-style-type: none"> Персонал подсказывает проживающему во время проведения гигиенических процедур, какую часть тела следом за какой мыть (если проживающий не воспринимает информацию в устной форме, то следует касаться его частей тела, указывая, какую часть тела мыть следующей. Последовательность процедур может быть изменена (то есть можно начинать мыть с тех частей тела, которые проживающий может мыть самостоятельно, затем помыть части тела, которые он не в состоянии мыть сам (Примечание: если проживающий сам справляется с гигиеной, порядок проведения процедуры менять не следует) Персоналу надо хвалить и мотивировать проживающего к самостоятельному проведению гигиенических процедур При снижении у проживающего концентрации внимания и нежелании продолжать дальше мыться самостоятельно, персоналу следует перенимать процедуру и делать это за него.
<ul style="list-style-type: none"> Проживающий отказывается от ухода за телом (особенно интимной области) Появляется риск появления инфекции мочеполовой системы Проживающий быстро переутомляется или недостаточно мотивирован к самостоятельному проведению гигиенических процедур 	<ul style="list-style-type: none"> Соблюдение гигиены интимной области Предотвращение возникновения инфекции мочеполовой системы Соблюдение интимности процедур 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> Сохранять интимную сферу проживающего Направлять и помогать проживающему проводить интимную гигиену самостоятельно, подыскивать подходящие удобные позы и методы проведения гигиены

		<ul style="list-style-type: none"> • Если проживающий стесняется другого пола при проведении интимных процедур, стать привлекать к гигиене персонал того же пола. • Следить за тем, чтобы проживающий не был раздетым и не переохлаждался во время гигиенических процедур, а вода для умывания не остывала. При необходимости, следует прерывать процедуру. • Обращать внимание на невербальные сигналы со стороны проживающего • При отказе от гигиенической процедуры, повторить попытку позже • Не отвлекать ничем другим (разговоры, телевизор) во время проведения процедур • Работа с биографией, чтобы понять, как раньше проходили гигиенические процедуры, к чему привык проживающий • Возможно, необходимо выполнять процедуры при помощи одного конкретного человека, не меняя каждый раз персонал
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий отказывается принимать душ/ванну • Проживающий сильно стесняется 	<ul style="list-style-type: none"> • Ухоженный вид • Приятные ощущения при принятии душа/ванны 	<ul style="list-style-type: none"> • Если проживающий категорично отказывается (вербально-невербально) от принятия душа/ванны, то следует повторить попытку позже или заменить обтиранием всего тела и мытьем головы в кровати, либо перед раковиной в кресле • Персоналу следует учитывать биографические особенности и предпочтения проживающего (вода горячая, либо прохладная, предпочтение пользоваться душем либо ванной, купание утром или вечером и т.д.) • Персоналу следует следить за состоянием кожных покровов во время купания

		<ul style="list-style-type: none"> • Проводить педикюр/маникюр в дни принятия душа/ванны
<p>Проживающий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • носит одежду темных цветов (в случае, если проживающий выходит на улицу в темное время суток – это небезопасно) • Забывает взять на прогулку необходимые предметы, забывает дорогу обратно • Выбирает одежду не по сезону и не по погоде (возникает опасность перегревания/переохлаждения) • Не надевает обувь, ходит босиком(возникает опасность повреждения стоп, опасность падения) 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий одет по сезону • Проживающий может быть идентифицирован, если находится за пределами учреждения 	<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу рекомендуется следить за тем, чтобы одежда или была яркой, или имела отражатели света (для безопасности на улице в темное время суток) • Имя и адрес могут быть указаны на одежде или храниться в сумочке • Одежда может быть оснащена небольшими передатчиками, которые в сочетании с системой датчиков на входе, вовремя сигнализируют о том, что проживающий покидает помещение (или блокирует двери) • Персоналу следует оказывать помощь проживающему в выборе одежды (утром/вечером и по необходимости) • Проживающему необходимо подобрать удобную обувь для помещения и прогулок • Если домашнюю обувь подобрать не удастся, следует приобрести носки с анти скользящим покрытием и мягкой резинкой
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий не в состоянии самостоятельно переодеваться • Проживающий не в состоянии самостоятельно соблюдать последовательность переодевания (надевает трусы на штаны, забывает одеть трусы, майку, носки и т.д.) • Проживающий раздражается на попытку помочь в переодевании (на подсказки, на помощь в переодевании) 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий самостоятельно переодевается в рамках своих возможностей • Сохранение у проживающего самооценки 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • При переодевании проживающего, обеспечивать спокойную обстановку (выключать телевизор, радио, обеспечивать отсутствие посторонних людей и т.д.) • При неверных попытках проживающего самостоятельно что-либо одеть и снять, поправлять его следует очень тактично • Надевать (помогать надевать) проживающему одежду по порядку, притрагиваясь

		<p>к той части тела, на которую необходимо ее надеть (к руке при надевании пуловера, т.д.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мотивировать и хвалить проживающего при правильном одевании
<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение ощущения у проживающего чувства тепла/холода • Проживающий не в состоянии вербально сообщить, когда холодно/жарко (создается опасность перенагревания/ переохлаждения) 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий одет по сезону и по погоде • Исключены состояния переохлаждения и перенагревания 	<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу следует подбирать одежду проживающим соответственно сезону, по погоде, времени суток (утро/вечер) и по необходимости • Персонал обращает внимание на невербальные сигналы о том, что проживающему жарко или холодно (появление потливости, дрожи, изменение положения тела и т.д.)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий выбирает неподходящую одежду (спит в праздничной одежде, на праздник одевает ночную одежду и т.д.) • Проживающий не видит необходимости менять и стирать одежду, выглядит неопрятным • У проживающего нет интереса к одежде, он пассивен и равнодушен к своей внешности • У проживающего возникает переутомление при попытках переодеться в правильной последовательности, это вызывает у него раздражение. 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий всегда одет в соответствии с погодой, временем дня и ситуацией. • Проживающий участвует в процессе одевания и раздевания • Проживающий не ощущает переутомления и раздражения в процессе переодевания 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Помогать проживающему в выборе одежды, предлагая одеть ту или иную вещь (утром, днем, вечером) • Подавать или складывать одежду в нужном порядке, чтобы проживающему легче было последовательно надевать ее на себя. Поощрять, мотивировать, помогать проживающему, в случае необходимости • По утрам следует особенно активно привлекать проживающего к процессу одевания. • Стараться предотвращать раздражение проживающего, подбадривая и одобряя его. • При проявлении, со стороны проживающего протеста и нежелания переодеться, необходимо прервать действие и продолжить позднее • Необычные запросы в одежде, со стороны проживающего (например, фартук для платья) следует принимать как часть самоопределения.

<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий постоянно раздевается и ходит без одежды 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий чувствует себя комфортно в своей одежде. • Проживающий принимает свою одежду и не снимает ее 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал дает возможность проживающему выбрать одежду (показывать ему, например два варианта) • При невозможности вербального общения, персонал наблюдает за невербальными знаками одобрения той или иной одежды со стороны проживающего • Если проживающий выбрасывает вещи из шкафа, то, возможно, большую часть его вещей, следует хранить в другом месте • Персоналу следует работать с биографией, следует учитывать любимый цвет, вид, возможно, связанный с профессией проживающего (если ранее он носил, например, униформу и т.д.) • При отсутствии риска переохлаждения или перегревания, а также, падения, любая одежда, выбранная проживающим - приемлема, для его психологического комфорта (даже если она кажется странной персоналу)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий не в состоянии участвовать в выборе одежды • Проживающий не может сообщить о недовольствах или неудобстве своей одежды 	<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу следует учитывать пожелания в выборе одежды проживающим 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал обращает внимание на невербальные сигналы (постоянно тянет, щипет одежду, пытается снять и т.д.). В этом случае, одежду следует заменить и постараться подобрать такую одежду, на которую проживающий не реагирует негативно
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий демонстрирует неприличное поведение (мастурбирует в жилой зоне) • Проживающий проявляет сексуальные домогательства к другим проживающим, персоналу 	<ul style="list-style-type: none"> • Право проживающего на удовлетворение своих сексуальных потребностей сохранено не в ущерб окружающих • Проживающий не стыдится своего поведения 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Провести беседу с проживающим (наедине) на тему: как его поведение влияет на окружающих • Создать проживающему возможность для уединения (в случае мастурбации публично, персоналу следует тактично уводить

	<ul style="list-style-type: none"> • Не обостряются отношения в коллективе от несдержанности проживающего 	<p>проживающего в отдельное помещение, оставляя там одного)</p> <ul style="list-style-type: none"> • При проведении интимной гигиены проживающему, стараться давать возможность мыть интимную зону самостоятельно • При мытье его в постели (или вытирании) делать это твердыми и четкими движениями, которые оставляют как можно меньше места для сексуальной интерпретации. • Отвлекать проживающего от сексуальных желаний осмысленной работой (занятиями)или физической нагрузкой • Для мужчин следует организовывать отдельные вечера раз в неделю, так как в учреждениях они общаются, в основном, с женщинами (проживающие, персонал)
<p>Проживающий с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не признает своего спутника жизни. (мужа/жену) • Не принимает ласки и знаки внимания от партнера (жены/мужа) • Не имеет более сексуального влечения к партнеру (мужу/жене) • Не признает дочь / сына. • Принимает детей за партнеров (дочка-жена, сын-муж) 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие конфликтов в семье из-за симптомов деменции 	<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу следует проводить работу с членами семьи для их понимания симптомов деменции и уменьшения конфликтов на этой почве, понять и принять смену ролей в их привычном виде (психолог, врач, мс)
3. Питание/питьевой режим, опорожнение		
<ul style="list-style-type: none"> • Неординарное поведение при принятии пищи проживающим 	<ul style="list-style-type: none"> • Как можно дольше сохранять возможность самостоятельного приема пищи проживающим 	<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу не следует оставлять проживающего с деменцией одного при приеме пищи

		<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу не следует сажать проживающего с деменцией за один стол с другими проживающими, выражающими недовольство его поведением • Необходимо понимать, наелся ли проживающий (вопросы, наблюдения, документация, особенности приема пищи и любимые блюда из биографии)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не может сидеть за столом достаточно долго при приеме пищи (встает, уходит, прекращает прием пищи) 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий не чувствует голода • Проживающий получает полноценное питание в достаточном количестве 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Напоминать проживающему, что трапеза не закончена • Наблюдать за взаимоотношениями проживающего с деменцией с соседями по столу (возможно проблема возникает из-за конфликтов, отвращения соседей и т.д.) • Проводить работу с биографией проживающего и учитывать его привычки, манеры за столом (возможно, он, например, раньше всегда за столом читал газету и т.д.) • Если во время приема пищи невозможно полноценное съедание проживающим своей порции (отказывается, отвлекается и т.д.), то следует давать ему есть между приемами пищи (бутерброды, печенье и т.д.) в умеренных объемах
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не ощущает чувства сытости, ест много, быстро, забирает еду у соседей по столу, имеет повышенный ИМТ 	<ul style="list-style-type: none"> • Избегать переедания 	<ul style="list-style-type: none"> • В процессе составления ИПУ составляется план питания • Следует регулярно (по назначению врача) взвешивать подопечного и определять ИМТ, документировать цифры для контроля динамики веса • Рекомендуется консультация лечащего врача для выявления причин повышения веса

		<p>(возможно, на вес влияет не только большой объем пищи, но еще гормональное расстройство и т.д.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Персоналу следует осуществлять наблюдение за проживающим с деменцией во время приема пищи (поведение за столом, общение с соседями и т.д.)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией забыл как надо есть, как пользоваться столовыми приборами. 	<ul style="list-style-type: none"> • Сохранение самостоятельности в приеме пищи 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проверить (наблюдение, документация) может ли проживающий использовать ложку вместо ножа и вилки. • Персоналу следует помогать проживающему только в наполнении ложки, затем давать возможность самостоятельно донести ложку до рта • Следует разрешать проживающему с деменцией есть руками (следить за температурой еды, чтобы не обжегся)
<p>Проживающий с деменцией</p> <ul style="list-style-type: none"> • не воспринимает многие продукты (например, ест только все желтое или зеленое, не ест белые макароны, отвергает коричневую еду и т.д.) • Ест только соленое или только сладкое • Пьет только чай или только воду 	<ul style="list-style-type: none"> • Учитываются предпочтения проживающего в еде • Проживающий получает удовлетворения от приема пищи 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал осуществляет: наблюдение, ведение документация, работу с биографией, следует выяснить, какие критерии являются решающими для принятия пищи. • В большинстве случаев сладкие продукты предпочтительнее кислых или острых.
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией находится в постоянном движении (бегает, ходит), потребляет много калорий, традиционное питание не соответствует энергетическим потребностям 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий должен иметь нормальный ИМТ • Обеспечение достаточного и сбалансированного питания 	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация с лечащим врачом и диетологом для возможности предоставления более калорийной пищи • Обеспечивать необходимый отдых, путем предложения проживающему других видов деятельности

<p>Проживающий с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Собирает и прячет еду • Ест испорченные продукты 	<ul style="list-style-type: none"> • Следует учитывать особенности биографии • Здоровье не подвергается опасности 	<p>Персоналу следует:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставлять проживающему маленькие порции запечатанных продуктов, которые он может хранить в пределах личного пространства (тумбочка, столик) • Во время сбора остатков еды у проживающего, не следует его упрекать • Деликатно указывать на любую испорченную еду, предлагать ей замену. • Наблюдать за приемом пищи, вести документацию • Работать с биографией (голодавшие во время войны люди особенно склонны к такому поведению)
<p>У проживающих с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уменьшенное чувство жажды (возникает опасность обезвоживания, усиления симптомов заболевания) • Отказывается от приема жидкости (создается опасность дегидратации) 	<ul style="list-style-type: none"> • Соблюдение питьевого режима • Минимизация риска дегидратации 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вести наблюдения за предпочтениями проживающего в напитках, документировать количество выпитой жидкости • Чаще предлагать пить, небольшими порциями • Подобрать удобный стакан или кружку и любимые напитки, исходя из биографии (из цветных емкостей люди с деменцией пьют охотнее, чем из белых или прозрачных) • Проводить профилактику дегидратации
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающих с деменцией ослабленное чувство голода, отсутствие аппетита, риск возникновения кахексии (потери веса) 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвратить кахексию • ИМТ в пределах нормы 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Регулярный контроль ИМТ, контроль веса один раз в две недели (или по назначению врача) • Стимуляция возбуждения аппетита у проживающего (если возможно, позволять проживающему участвовать или присутствовать при приготовлении пищи, в рамках трудотерапии)

		<ul style="list-style-type: none"> • Предлагать небольшие порции, но чаще, между приемами пищи • Предлагать поздний ужин • Работа с биографией (ритуалы, любимые блюда и напитки, принятие пищи в одиночку и т.д.))
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий отказывается от приема пищи 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий согласен на прием пищи 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Устанавливать при общении с проживающим доверительные отношения • Вести с проживающим разъяснительные беседы о последствиях отказа от приема пищи, если проживающий понимает (врачи, м/с, диетологи) • Регулярно предлагать проживающему напитки и еду, принимать отказ • Иметь продукты для предложения питания между основным приемом пищи (фрукты, выпечку, чай, молочные продукты и т.д.)
<p>Проживающий с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не может найти туалет, хотя он помечен символом. • Ищет место для опорожнения вне туалета, например, ведро, раковина. • Прячет мокрые и грязные вещи под кроватью и в других местах 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий пользуется туалетом. • Не скрывает никаких выделений, не прячет грязные вещи 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Промаркировать туалет так, чтоб появился интерес туда зайти, или понимание, что там туалет (картинка, фотография и т.д.) • Сопровождать проживающего в туалет в определенное персоналом время (время прописать в ИПУ) • Не ругать проживающего при опорожнении в неполюженном месте (проживающий с деменцией этого не понимает, злится) • Излюбленное место опорожнения декорировать, изменить внешний вид

		<ul style="list-style-type: none"> • Унитаз покрасить в яркий цвет (люди с деменцией выбирают чаще цветные предметы, по сравнению с белыми) • В излюбленное проживающим место для опорожнения, поставить ведро (для опорожнения) и регулярно его выливать
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией размазывает кал по телу (голове, рукам) или предметам (стены, кровать) 	<ul style="list-style-type: none"> • Минимизировать неприятные ощущения для окружающих • Интеграция проживающего в социальную жизнь 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заинтересовать проживающего другими предметами (пластилин, резиновая мягкая перчатка, гелиевая подушечка (подчас, похожими по консистенции на каловые массы) • На время сна и отдыха приобрести пижамы-комбинезоны с застежками-молниями сзади • Следить за поведением проживающего, вести документацию, корректировать поведение подбором ему занятости • При проведении гигиенических процедур, следить за тщательным мытьем у проживающего ногтей и пальцев • Следить каждый день (утро, вечер и по необходимости) за чистотой постельного и нательного белья • Кровать и поверхности вокруг нее при необходимости дезинфицировать
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не может самостоятельно пользоваться туалетом, не справляется с последовательностью действий • Опасность развития недержания 	<ul style="list-style-type: none"> • Самостоятельное пользование туалетом • Замедление процесса развития недержания. Сохранение интимного пространства 	<ul style="list-style-type: none"> • Подбор легко снимаемой одежды • Приобретение насадки на унитаз, для увеличения его высоты • Наличие поручней около унитаза • Наличие туалетного стула около кровати

		<ul style="list-style-type: none"> • Сопровождение проживающего в туалет и предоставление необходимой помощи (в ИПУ прописывается какая именно помощь необходима данному человеку)
<ul style="list-style-type: none"> • Наличие инконтиненции у проживающего с деменцией • Проживающий кладет на батарею использованные подгузники/подкладки 	<ul style="list-style-type: none"> • Последствия недержания сведены к минимуму. • Отсутствия стойкого неприятного запаха в помещении • Обучение проживающему навыкам использования абсорбирующего белья 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходима консультация лечащего врача для выявления причин возникновения недержания мочи (медикаменты, заболевания) • Персоналу по уходу следует регулярно менять абсорбирующее белье (в ИПУ прописывается частота и время его замены) • Персоналу не следует ругать проживающего за положенное на батарею сушиться абсорбирующее белье (он не поймет, замечание вызовет злость). Рекомендуется следить за действиями проживающего и убирать положенное на батарею белье. Показать проживающему, что белья хватает и оно выдается бесплатно
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не моет руки после опорожнения 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение инфекций 	<ul style="list-style-type: none"> • Поощрение проживающего при стремлении к чистоте • Мотивация проживающего к тщательному регулярному мытью рук
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией, имея желание пойти в туалет, может быстро отвлечься и не пойти туда • Дезориентация на местности, не может найти туалет 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий может ходить в туалет без посторонней помощи. 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Регулярное сопровождение проживающего в туалет (в ИПУ прописывается частота сопровождения, время) • Туалет помечен знаком, который понятен проживающему («символ» туалета или надпись: «туалет» (если проживающий может ее прочесть и понять)

		<ul style="list-style-type: none"> • При необходимости, наготове есть туалетный стул • Обращать внимание на невербальные сигналы, такие как сжатие ног, толкание кресла-туалета, поднятие и опускание его крышки и т. д.) • Ночью в комнате зажигать ночник.
4. Контроль жизненных (витальных) показателей		
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не в состоянии самостоятельно посещать врача и вести с ним беседу (не объясняет свои основные проблемы, не воспринимает сказанное врачом, не выполняет назначения) 	<ul style="list-style-type: none"> • Врач получает всю необходимую информацию для успешного осуществления лечения • Персонал получает от врача всю информацию, необходимую для осуществления ухода 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал осуществляет сопровождение проживающего на приемы к врачу (м/с) • Персонал просит родственников сопровождать проживающего к врачу • Персоналу следует связаться (созвониться) с врачом, после осмотра им проживающего, для уточнения ключевых вопросов для осуществления качественного ухода, в соответствии с заболеванием
<p>Проживающий с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не в состоянии измерять витальные показатели самостоятельно • Не видит смысла в контроле витальных показателей • Не дает совершать измерения (давления, пульса и т.д.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Витальные показатели измерены • Динамика изменений зафиксирована • Конфликтные ситуации разрешены 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить измерения необходимых показателей по назначению врача и по необходимости (м/с) • Вести документацию (м/с) • Передавать информацию врачу, по необходимости (м/с) • Сообщать врачу о данные по витальным показателям.
5. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга.		

<p>У проживающего с деменцией</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушен ритм день/ночь • Долго не может заснуть вечером 	<ul style="list-style-type: none"> • Восстановление ритма день/ночь • Отсутствие состояний усталости от недосыпания 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал обращает внимание на регулярные приемы пищи, которые создают структуру дня • Персонал заботится о достаточной дневной занятости проживающего, особенно для физической активности в течении дня (в ИПУ прописывается кто, когда, сколько по времени занимается с проживающим) • Персонал сопровождает проживающего на ежедневные прогулки (в ИПУ отмечается, когда и кто сопровождает) • Дневной сон следует отменить, заменить его занятостью без физической нагрузки на эти часы (в ИПУ прописывается, кто, когда, как занимается с проживающим) • Днем проживающему предпочтительнее сидеть в кресле (кресле-коляске), чем на краю кровати (меньше возможности заснуть) • Персонал по уходу осуществляет проветривание комнаты перед вечерним сном • Персонал осуществляет подбор одеял по сезону (летом, например, не должно быть пухового одеяла) • Проживающему следует воздержаться от вечернего приема большого количества кофе или жидкости (принимать в небольших количествах), чтобы ночью не вставать в туалет. • Работа с биографией (свои ритуалы, привычное время засыпания) • Засыпание могут облегчать теплые ванночки для ног
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией покидает свою постель ночью и ищет другое место для сна 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить проживающему спокойный ночной сон. 	<ul style="list-style-type: none"> • Если проживающий ложится в чужую кровать, персоналу следует аккуратно сопровождать его обратно в свою постель • Персоналу следует продумать альтернативные варианты для сна, если он вышел из комнаты (диван в холле, кровать в коридоре отделения) • Персонал готовит ко сну проживающего, следит за наличием всего необходимого на ночь в доступной близости (вода, любимая подушка или предмет и т.д.)
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией проявляет ночную активность и беспокойство 	<ul style="list-style-type: none"> • Спокойный ночной сон 	<ul style="list-style-type: none"> • Допускать ночное желание проживающего быть активным (разрешать смотреть фильм в комнате отдыха, и др. занятия, не мешающие окружающим) • Персоналу надо проводить наблюдение и документирование для выявления причин ночного беспокойства (переедание, алкоголь, захватывающие фильмы на ночь и т.д.) • Работа с биографией, возможно ночная активность проживающего связана с образом жизни ранее (работа в ночные смены, засыпание под телевизор, неудобство кроватей и т.д.) • Рекомендуется консультация врача на предмет принимаемых медикаментов (мочегонные, например, тогда следует сдвинуть время их приема на более раннее время и т.д.) • Обустройство пространства по желанию проживающего (боится спать у окна или не привык левой стороной к стене, боится упасть и т.д.)

		<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение персонала, документация (после каких дневных событий хуже/лучше спит, под каким одеялом и как укрыт, в какой позе и т.д.) • Самая крайняя мера — это снотворное по назначению врача
<p>Проживающий с деменцией</p> <ul style="list-style-type: none"> • Часто ощущает скуку. Из-за сокращения познавательных ресурсов его участие в культурно-массовых мероприятиях учреждения невозможно или возможно только в ограниченной степени. 	<p>Проживающий с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не скучает, т.к. есть дневная занятость. 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Работа с биографией (выяснить, какие действия выполнял проживающий в своей профессиональной жизни). • Понаблюдать и оценить, можно ли проживающему давать предметы, которые раньше имели большое значение в его жизни (пишущая машинка у бывшего чиновника, гаечный ключ у автомеханика и т. д.) • Обычно такой активностью рекомендуется занимать проживающего порядка 10 минут.
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией постоянно перебирает вещи в шкафу (вплоть до физического истощения) 	<p>Проживающий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не перегружен своими занятиями • Не ощущает повышенной усталости 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поставить стул рядом со шкафом, чтобы при появлении усталости, проживающий мог посидеть и отдохнуть (сделать перерыв) • При появлении признаков усталости у проживающего, следует сопровождать его в спокойное место с возможностью посидеть там и заняться другим делом, но уже сидя (слушать музыку, рисовать (следует дать ему лист бумаги, карандаш), перебирать вещи сидя (можно поставить ему ящик с вещами, на полу и т.д.)
<p>Проживающий с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Испытывает трудности с концентрацией внимания. 	<ul style="list-style-type: none"> • Сохранять, как можно дольше, способности проживающего чем-то заниматься 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Работать с биографией проживающего (выяснять, что он любил раньше: домашние дела,

<ul style="list-style-type: none"> • Легко отвлекается и быстро утомляется. • Переутомляется от сложных занятий • Быстро теряет мотивацию к занятиям 	<ul style="list-style-type: none"> • Создание мотивации к занятиям • Проживающий не переутомлен от своих дневных занятий (активностей) 	<p>садоводство и т.д.), для выбора подходящей занятости, приносящей удовольствие</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заниматься только тем видом занятости, на которую проживающий с деменцией еще реагирует и способен активно принимать в ней участие • Не пытаться восстановить потерянные (утраченные) способности • Различные сложные действия, которыми занимался или хочет заниматься проживающий, разделить на простые, затем можно отрабатывать одно действия за другим. При этом следует давать краткие, понятные инструкции (подсказки) • Поправлять проживающего деликатно и, если он хорошо выполнил какое-либо задание, то следует обязательно его хвалить. • Ставить песни, известные проживающему с детских лет. Может быть полезно скопировать текст песни и дать проживающему (если он еще может читать). • Совместный с проживающим просмотр фотоальбомов. • Мотивировать проживающего рассказывать о своем прошлом. • Подписать на обратной стороне фотографий изображенных лиц, тогда позже, при прогрессировании деменции, можно будет напоминать проживающему, кто изображен на фотографиях • Наблюдать, не перегружен ли проживающий дневной деятельностью (если это так, то необходимо сделать перерыв или заняться чем-то другим)
---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • При проведении занятий создавать спокойную обстановку, не отвлекать проживающего на другую деятельность
<p>Проживающий с деменцией</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не инициативен • Мало энергичен, тревожен • Не проявляет интереса ни к какой дневной деятельности 	<ul style="list-style-type: none"> • Проявление инициативы со стороны проживающего • Наличие достаточной энергии для досуговой активности 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Привлекать проживающего к любой активности, к которой он проявляет хоть малейший интерес. • Не оказывать давления при привлечении проживающего к любой активности • Документировать все наблюдения, для создания списка всех видов активности, к которым проявлен интерес • Сопровождать проживающего во время участия в любом виде активности, мотивировать и хвалить за успехи • Не критиковать проживающего за нежелание или отказ заниматься чем-то • При потере интереса, подбадривать и продолжать занятия на следующий день
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не ориентирован во времени (не знает ни текущего времени, ни даты) 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающему оказывается • помощь для ориентации во времени 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оборудовать жилое пространство проживающего большими часами и календарем • Жилую площадь и комнату оформлять в соответствии времени года (украшать листьями, снежинками – для лучшего восприятия времени года). • Календарь иметь отрывной с разной информацией (поговорки, стихи и т.д.). Создать ритуал при отрыве листов календаря (например, отрываем после умывания, посещения туалета и т.д.), помогать читать, если проживающий сам уже не может читать

		<ul style="list-style-type: none"> • Писать записки об основных важных датах, размещать на видном месте • При общении с проживающим персонал постоянно повторяет какой день сегодня, который час сейчас • Соблюдать режим дня, выполняя одни и те же манипуляции в одно и то же время суток (структурированный день) • Создать ежедневные ритуалы, которые повторяются всегда в одно и то же время (печенье с чаем в 15 часов, вечернее молоко в 19 часов)
6. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события		
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией бесконтрольно принимает медикаменты, которые считает необходимыми для облегчения симптомов деменции (информацию черпает из рекламных роликов и рекомендаций соседей) 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение ущерба здоровью 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проверять соответствие принимаемых лекарств с прописанными врачами (м/с) • Вместе с лечащим врачом обсудить альтернативы для коррекции принимаемых медикаментов и проведения беседы о возможных рисках бесконтрольного приема медикаментов и их совместимости
<p>Проживающий с деменцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не справляется с однорычажным смесителем (вода может быть очень горячей, риск ожога) • Не в состоянии пользоваться осмысленно электрическими приборами (феном, плойкой) – в сочетании с водой, возможен удар током в ванной комнате 	<ul style="list-style-type: none"> • Безопасность при проведении гигиенических мероприятий 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контроль за проживающим во время проведения личной гигиены. • Контроль настройки температуры воды для мытья. • Проживающий не должен использовать электрооборудование без присмотра. • Оснастить розетки защитными приспособлениями для детей. • После использования потенциально опасного оборудования отключать его от сети

<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией забывает принимать необходимые, прописанные врачом медикаменты, путает последовательность приема и дозировку 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий принимает своевременно прописанные ему медикаменты • Осуществляется наблюдение за эффективностью, назначенной ему терапии 	<ul style="list-style-type: none"> • Медсестра предоставляет и распределяет необходимые проживающему медикаменты • Медсестра выдает по времени необходимые медикаменты, прописные врачом • Эффекты и побочные действия препаратов контролируются и документируются, в случае соответствующих изменений, информация передается врачу.
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией не понимает необходимости в приеме медикаментов по назначению врача • Отказывается от приема медикаментов, боится отравиться 	<ul style="list-style-type: none"> • Уверенность в правильности назначенной терапии • Отсутствие страха приема медикаментов • Проживающий принимает помощь от персонала при приеме медикаментов (доверяет м/с) 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • На понятном проживающему языке (фразами, жестами, мимикой, картинками, текстом) объяснить: для какой цели необходим каждый, прописанный препарат (м/с) • Осуществлять помощь при подготовке препарата к приему (вытолкнуть таблетку из блистера, например) (м/с) • Врач объясняет необходимость принимать медикаменты • Родственники влияют на принятие решения о приеме необходимых медикаментов
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с деменцией страдает от страха, состояния беспокойства, агрессивности 	<ul style="list-style-type: none"> • Ощущает спокойствие и не испытывает страха 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • В общении использовать валидацию • Применять базальную стимуляцию • Выполнять все назначения врача

Сахарный диабет

- Сахарным диабетом называется совокупность обменных патологий эндокринной системы, обусловленная недостаточной секрецией инсулина. Вследствие нарушения расщепления глюкозы, заболевание характеризуется повышением ее содержания в крови – гипергликемией. Высокий уровень глюкозы в течение долгого времени наносит ущерб организму, вызывая необратимые изменения внутренних органов. Поэтому актуальность проблемы сахарного диабета достаточно высока и требует повышенного внимания со стороны врачей и проживающих.
- Сахарный диабет 1 типа развивается вследствие разрушения островков Лангерганса – бета-клеток поджелудочной железы. Приводит к абсолютной панкреатической инсулиновой недостаточности, требует постоянного приема инсулина, поэтому называется инсулинозависимым. Выявляется чаще в раннем и молодом возрасте, пожилые, обычно, болеют с молодости. Больные СД1 пожизненно принимают инсулин в качестве заместительной терапии.
- Сахарный диабет 2 типа обусловлен нарушением углеводного обмена, преимущественно, из-за инсулина-резистентности или относительной недостаточности инсулина. Инсулинозависимым не является. Глюкоза не усваивается организмом, так как клетки не воспринимают инсулин. СД2 чаще возникает в зрелом возрасте по причине наличия избыточной массы тела или отсутствия физической активности. Корректируется режимными мероприятиями, диетой и таблетированными препаратами, снижающими сахар крови.

Примечание:

- Индивидуальный план ухода по типичным проблемам, характеризуется постановкой целей ухода и мероприятиями, направленными на достижение этой цели
- Индивидуальный план типичен для людей с заболеванием сахарный диабет, но является индивидуальным для каждого проживающего.
- При составлении плана для конкретного проживающего, необходимо, все описанные проблемы, цели и мероприятия проанализировать и выбрать совпадения, с учетом ресурсов, привычек и биографии конкретного человека.
- При наличии ресурсов, целью должно быть их поддержание/развитие и соответственно мероприятия, направленные на это.

<i>Проблемы</i>	<i>Цели</i>	<i>Мероприятия</i>
<i>I. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего с диабетом может быть ограниченное зрение • Возможно дальнейшее ухудшение зрения в связи с развитием заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий чувствует себя понятым • Проживающий может беспрепятственно общаться 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающему требуется наблюдение у окулиста (каждые 3 месяца) (обеспечивают мед. работники)

	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал своевременно реагирует на ухудшения 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающего следует поставить на диспансерный учет по сахарному диабету (осуществляют мед. работники)
II. Мобильность. Возможность ухаживать за собой. Переодевание. Ощущение своей индивидуальности		
<ul style="list-style-type: none"> • В результате сахарного диабета, кровообращение в области стоп ухудшено. Это проявляется при ходьбе. Хотя опасность падения не увеличивается, проживающий чувствует себя неуверенно и ограничивает свои движения. <p>При диабете возможны следующие осложнения, касающиеся ног и стоп:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диабетическая стопа; • Гангрена конечностей; • Ампутация нижних конечностей, культя • Онемение стоп, высокий риск падения • Возможны боли в нижних конечностях (фантомные боли после ампутации) • Быстрая утомляемость 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвратить падения; • Уменьшить болевые эффекты при мобилизации; • Проживающий пользуется подходящими вспомогательными средствами передвижения; • Предотвращение возникновения пролежней и болей • Предупреждение утомляемости при дневной активности • Сохранение мобильности 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить наблюдение за походкой проживающего. При необходимости, предлагаются вспомогательные средства передвижения, такие как костыли или ходунки (наблюдение осуществляет ухаживающий персонал) • Предлагать прогулки каждый день. (младший персонал раз в день) • Рассказывать проживающему о пользе прогулок для здоровья. (м/с) • Вспомогательные средства для передвижения подбираются и заказываются с учетом индивидуальных особенностей проживающего (м/с, врач) • Напоминать (менять) проживающему положение тела в постели (персонал по уходу) • Проводить профилактику падений • Сопровождать на прогулку (один-два раза в день) (персонал по уходу) • Наблюдать за болевым синдромом, сообщать о болях мед персоналу • Персонал наблюдает за утомляемостью проживающего, предлагает делать паузы
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего с сахарным диабетом кожа стоп сухая и потрескавшаяся 	<ul style="list-style-type: none"> • Здоровая, увлажненная кожа без повреждений • Предотвращение осложнений 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал осуществляет ежедневный уход за стопами ног с использованием умеренно-теплой воды • Ванны для ног должны занимать по времени не более 5 минут.

		<ul style="list-style-type: none"> • Температура воды контролируется термометром. • Использование рН-нейтрального мыла или пены для ухода. <ul style="list-style-type: none"> • Следует использовать увлажняющие кремы • После купания или после мытья, промежутки между пальцами ног тщательно высушиваются мягким полотенцем (чтобы предотвратить развитие грибковых инфекций). <ul style="list-style-type: none"> • В промежутках между пальцами не используется крем не используется . • Для стрижки ногтей пользуются только пилкой (пользоваться ножницами запрещено, чтобы не поранить кожу) • Для обработки стоп можно аккуратно использовать пилки или пемзу (для удаления ороговевшего слоя кожи). • Все меры по уходу за ногами, связанные с риском получения травмы, выполняются медицинским персоналом.
<p>Проживающий сахарным диабетом</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не в состоянии визуально осматривать свои ноги на предмет травм из-за сниженного зрения. • Чаще всего страдает ожирением и часто не может видеть свои ноги. • не может подняться (немобильный, маломобильный) и проверить ноги на наличие повреждений. 	<ul style="list-style-type: none"> • Повреждения кожи ног своевременно обнаруживаются и обрабатываются соответствующим образом. <ul style="list-style-type: none"> • Предотвращаются осложнения сахарного диабета 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проверить, может ли проживающий использовать зеркало для осмотра ног. • Ежедневно проверять ноги проживающего с СД на наличие трещин, волдырей и ран (это осуществляется в процессе ежедневного мытья) • Медсестра осуществляет регулярную проверку пульса на стопе
<ul style="list-style-type: none"> • Диабетическая стопа • Опасность раневой инфекции 	<ul style="list-style-type: none"> • Раны заживают. 	<p>Персоналу рекомендуется:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Возникновение дальнейших повреждений исключено. • Ампутация стопы или пальцев не требуется • Предотвращение инфицирования ран 	<ul style="list-style-type: none"> • Врачу следует решить вопрос: является ли частота контроля уровня глюкозы в крови оптимальной. (м/с предоставляют данные). В случае необходимости, следует скорректировать контроль гликемии у проживающего. • Соблюдение проживающим строгой гигиены(предотвращает развитие инфекции) • Врачам следует вовремя лечить раны на стопе,удалять некроз. • Регулярная проверка пульса на стопе (м/с) • Медицинскому персоналу следует проводить беседы с проживающим, при необходимости, и на тему ампутации
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающих с сахарным диабетом повышен риск кариеса, пародонтоза и грибковых инфекций полости рта. 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение заболеваний полости рта, их своевременное выявление 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить проживающему тщательную гигиену полости рта. (утро, вечер, после приема пищи) • Если необходима стоматологическая помощь, мед персонал организывает прием у врача стоматолога • Персонал по уходу во время проведения гигиены полости рта, следит за состоянием зубов, десен, языка, при необходимости сообщает м/с и документирует
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего с сахарным диабетом часто имеется ожирение, многочисленные складки кожи в паху и под грудью. Высокий риск интертриго, молочницы 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение возникновения потницы и молочницы 	<ul style="list-style-type: none"> • Типичные места возникновения потницы и молочницы всегда тщательно моются и высушиваются. (осуществляет персонал по уходу утром и вечером) • Чтобы кожа оставалась сухой, лучше проложить х/б ткань между складками кожи • При назначении врачом, используется специальные кремы (чаще с цинком), мази. Медсестрам следует своевременно выполнять манипуляции (мс) • Профилактика молочницы и интертриго

<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с сахарным диабетом часто страдает от грибковых инфекций в области половых органов 	<ul style="list-style-type: none"> • Грибковые инфекции предотвращаются и при необходимости, последовательно тщательно лечатся 	<ul style="list-style-type: none"> • Разъяснить проживающему важность тщательного осмотра интимной области. (м/с) • Проживающему проводится своевременная терапия грибковой инфекции, по назначению врача (м/с) • Выбор правильной одежды, в соответствии с временем года и температурным режимом • Следует избегать перегрева и потения проживающего. • При использовании проживающим абсорбирующего белья, необходимо проводить гигиену интимной области при каждой его смене • Профилактика молочницы
<p>Проживающие с сахарным диабетом;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Могут предъявлять жалобы на зуд кожи, в результате нарушения обмена веществ. • У них снижена чувствительность кожи нижних конечностей (есть опасность ожога горячей водой) 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение (ликвидация) зуда кожи • Предотвращение ожога при проведении гигиенических процедур 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проведение гигиены кожи два раза в день (утро, вечер) • Применение увлажняющих лосьонов, кремов • Для гигиенических процедур используется рН-нейтральные средства. • Информация о длительном зуде передается врачу (он назначает терапию), м/с выполняют назначения. • Следить за температурой воды при принятии проживающим гигиенических процедур • Зуд может указывать на грибковую инфекцию.
<ul style="list-style-type: none"> • Синдром диабетической стопы. Обувь плохо сидит и оказывает слишком сильное давление на уязвимые участки кожи. • Повышенная потливость тела 	<ul style="list-style-type: none"> • Предупреждение повреждения стоп • Уменьшение потоотделения 	<p>Рекомендации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подбирать туфли (ботинки) на плоской подошве с широким и низким каблучком. Подошва должна быть толстая и гибкая, вокруг пальцев достаточно места, чтобы можно было ими двигать. • Обувь не должна давить на ногу и не должна натирать. Не должно возникать повреждений на коже стопы.

		<ul style="list-style-type: none"> • Обувь должна сидеть удобно • Не следует носить синтетическую одежду (она повышает потоотделение) • Не носить одежду в обтяжку • Следить за правильным подбором одежды в зависимости от температурного режима
<ul style="list-style-type: none"> • Стеснительность из-за необходимости пользоваться абсорбирующим бельем 	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение самооценки 	<ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальный подбор абсорбирующего белья перед его заказом (м/с)
III. Питание/питьевой режим. Опорожнение		
<ul style="list-style-type: none"> • Диабетическая нефропатия, потребляет слишком много белка. 	<ul style="list-style-type: none"> • Питание с ограничением потребления белка 	<ul style="list-style-type: none"> • Объяснить проживающему, что слишком большое количество белка отрицательно влияет на функцию почек. (м/с, диетсестра).
<ul style="list-style-type: none"> • Потребляет большое количество алкоголя. Это увеличивает риск тяжелой гипогликемии. 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение гипогликемии 	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендация врача: не употреблять алкоголь • Разъяснение осложнений от потребления алкоголя при СД (м/с).
<ul style="list-style-type: none"> • Потребляет слишком мало жидкости. (менее 500 мл) • Риск обезвоживания 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение достаточного потребления жидкости (по рекомендации врача) • Предотвращение обезвоживания 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика дегидратации • Следует избегать потребления сладких напитков • При необходимости, по назначению врача, вести лист контроля приема жидкости
<ul style="list-style-type: none"> • В результате сахарного диабета, у проживающего проявляются проблемы в 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий принимает пищу без 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимо выдерживать паузу между инъекцией инсулина и приемом пищи.

<p>желудочно-кишечном тракте (гастропарез («паралич желудка»). Проживающий жалуется на чувство сытости и давления в области желудка.</p>	<p>ощущения сытости и давления в эпигастрии.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с сахарным диабетом часто страдает от диареи и рвоты. Это влияет на усвоение углеводов.(Проживающий получает пероральные медикаменты, которые не полностью усваиваются организмом из-за диареи и рвоты.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Стабильный уровень сахара в крови, несмотря на частую рвоту и диарею 	<p>Проживающий с сахарным диабетом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • получает углеводы в легко усваиваемой форме. К ним относятся такие продукты, как суп из овсянки, пудинг из манной крупы, крендельки или картофельное пюре. Также подходят такие напитки, как подслащенный чай. • Употребляет достаточно жидкости, чтобы заменить жидкость, потерянную при диарее и рвоте. • При диарее или рвоте уровень сахара в крови проверяется каждые два часа. • Проживающие которые получают таблетирование сахароснижающие препараты, могут быть временно, по решению врача, переведены на инсулин. • В случае частого появления тошноты, может потребоваться применение противорвотных средств (по назначению врача)
<p>У проживающего с сахарным диабетом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в результате вегетативной невропатии возникают нарушения в мочеполовом тракте, расстройство опорожнения мочевого пузыря с образованием остаточной мочи, риск мочеполовых инфекций и развития инконтиненции • Установлен катетер мочевого пузыря (он увеличивает риск возникновения мочеполовой инфекции) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сохранение контроля мочеиспускания • Предотвращение инфекции мочеполовых путей 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика инконтиненции • Соблюдение интимной гигиены (персонал по уходу утром-вечером и по необходимости) • Профилактика инфекции мочеполовой системы • Персонал по уходу ведет наблюдение за выделениями (цвет, объем, примеси в моче) и процессом протекания деуринации. При изменениях, сообщают мед персоналу и документируют. • Проживающий информирован о симптомах воспаления мочевого пузыря и почек.

		<ul style="list-style-type: none"> • Катетер мочевого пузыря устанавливают в крайнем случае, когда все альтернативы оказались безуспешным • Персонал осуществляет уход за катетером и уринальным мешком.
<ul style="list-style-type: none"> • У проживающий с сахарным диабетом возникают кровоизлияния в сетчатку глаза. При потугах во время дефекации возможны ухудшения. • Риск обстипации 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение кровоизлияний в сетчатку глаза • Минимизация рисков обстипации 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика обстипации
<ul style="list-style-type: none"> • IV. Контроль жизненных (витальных) показателей 		
<p>У проживающих с сахарным диабетом, получающих инсулин бывают сложности с инъекциями:</p> <ul style="list-style-type: none"> • На месте для инъекций инсулина имеются родинки. • На коже имеются шрамы на большой площади (например, от ожогов). • Чрезмерное использование только нескольких мест для уколов вызывает либо гипертрофию или атрофию кожи. • В области инъекционного поля образуются синяки. 	<ul style="list-style-type: none"> • Найдено достаточное количество точек для инъекции инсулина, чтобы их можно было менять с соответствующей частотой 	<ul style="list-style-type: none"> • Нельзя делать инъекции в местах с поврежденной кожей. Следует использовать другие зоны. В качестве альтернативы коже брюшной стенки можно использовать внешние стороны бедер или ягодиц. • Необходимо отметить, что различные области, используемые для инъекций могут привести к более быстрой или медленной резорбции, потому следует создать схему инъекций.
<p>Проживающий страдает от диабетической ретинопатии или макулопатии.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение повреждения глаз и слепоты 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающему следует посещать офтальмолога один раз в год. • Если повреждение уже произошло, то необходимы более частые осмотры офтальмолога.

		<ul style="list-style-type: none"> • Проживающему может потребоваться сопровождение на прием к офтальмологу, так как после обследования у него будут расширены зрачки, что затруднит передвижение. • Контроль артериального давления • В случае, если прописаны медикаменты, персоналу рекомендуется следить за регулярностью их приема. • Рекомендовать не употреблять никотин. • Диетолог меняет рацион питания настолько, чтобы уровень холестерина нормализовался. • Рекомендуется ознакомить проживающего с симптомами отслоения сетчатки. К ним, в частности, относится восприятие световых вспышек и видение черных точек в поле зрения («сажевый дождь»).
<p>Проживающий с сахарным диабетом страдает от диабетической нефропатии</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Сохранение функции почек 	<ul style="list-style-type: none"> • Персоналу следует наблюдать за тем, чтобы назначенные врачом антигипертензивные препараты принимались регулярно. • Персонал контролирует и документирует цифры артериального давления у проживающего • Персоналу следует контролировать вес проживающего, при необходимости, стремиться уменьшать лишний вес, проводить с проживающим беседы о важности нормального веса та.
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с сахарным диабетом жалуется на холодные ноги. (это субъективное ощущение, на самом деле они достаточно теплые) 	<ul style="list-style-type: none"> • Чувство тепла восстанавливается. Качество жизни сохраняется. 	<ul style="list-style-type: none"> • Не использовать электрогрелки или грелки, потому что они могут вызвать ожоги. • Проживающему давать теплые мягкие носки, согревающий плед /относительно тонкое одеяло (перегрев также опасен).

<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с сахарным диабетом имеет тенденцию к снижению уровня сахара в крови (гипогликемия). Если он выходит за пределы учреждения, существует риск, что окажется беспомощен в такой ситуации. 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение гипогликемии/ гипергликемии 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий должен всегда иметь при себе свою карточку с диагнозом и рекомендациями для экстренной ситуации. <ul style="list-style-type: none"> • Следить за тем, чтобы проживающий с диабетом всегда носил с собой небольшую упаковку сахара или шоколад. Если не может хорошо жевать, то следует иметь глюкозу в жидком виде (например, маленькая пачка сока). • Персоналу следует объяснять проживающему, что если есть признаки гипогликемии, он должен немедленно съесть (выпить) что-то сладкое, без предварительного определения уровня сахара в крови. Правило гласит: «Сначала ешь, а затем измеряй». • Медицинский персонал рассказывает помощникам по уходу о симптомах гипогликемии и гипергликемии <ul style="list-style-type: none"> • Персонал по уходу при первых признаках острых ситуаций, сообщает мед. персоналу и делает запись в документации
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий физически активен, повышенная активность вызывает колебания глюкозы в крови и требует, подчас, коррекции (при диабете 1 типа) • Приемы пищи нерегулярные. Иногда ест много, потом опять почти не ест. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ненужные колебания уровня сахара в крови избегаются. 	<ul style="list-style-type: none"> • Объяснить проживающему, что такой образ жизни вызывает неконтролируемые колебания уровня сахара в крови. Предложить альтернативу. <ul style="list-style-type: none"> • Уровень сахара в крови тщательно контролируется мед работником по назначению врача и подлежит документации • В случае необходимости, доза инсулина дается после еды, когда количество потребляемой пищи известно
<ul style="list-style-type: none"> • Нуждается в руководстве / помощи в измерении уровня сахара в крови и проведении инъекций 	<ul style="list-style-type: none"> • Получение инсулина в соответствии с медицинскими требованиями гарантируется в любое время. 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал оказывает помощь проживающему в измерении уровня сахара в крови и инъекциях инсулина. <ul style="list-style-type: none"> • Инъекции инсулина выполняются в соответствии с медицинскими рекомендациями.

<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего с сахарным диабетом возможно развитие сердечной недостаточности • Диабетическая невропатия несет в себе риск «тихого сердечного приступа», без типичных симптомов. 	<ul style="list-style-type: none"> • Своевременное реагирование при осложнениях • Своевременное выявление инфаркта 	<p>Персоналу рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наблюдать за общим состоянием проживающего и за неспецифическими симптомами, такими как одышка, слабость или временная потеря сознания. • При наличии подозрений на сердечный приступ следует вызвать скорую помощь (врача)
<p>Проживающий сахарным диабетом часто:</p> <ul style="list-style-type: none"> • имеет атеросклероз сосудов головного мозга. • Высокое артериальное давление • Иногда случаются обмороки 	<ul style="list-style-type: none"> • Осложнения сахарного диабета вовремя замечены и проживающему оказана помощь. 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимо понимать, что обморок может быть также результатом низкого уровня сахара в крови. Поэтому всегда необходимо измерять уровень сахара в крови.
<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий с диабетом не в состоянии самостоятельно измерять АД 	<ul style="list-style-type: none"> • Измерение АД возможно 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал проводит измерение проживающему АД по назначению врача и при необходимости
<p>У проживающего с сахарным диабетом</p> <ul style="list-style-type: none"> • Раны плохо заживают; • Ослабление иммунитета, высокий риск возникновения пневмонии 	<ul style="list-style-type: none"> • Предотвращение возникновения пневмонии • Предотвращение, даже легких, повреждений кожных покровов 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика пневмонии • Уход и наблюдение за кожными покровами, любые изменения следует документировать и сообщать мед. персоналу
<p><i>V. Соблюдение режима сна и отдыха. Организация досуга.</i></p>		

<p>Проживающий с сахарным диабетом</p> <ul style="list-style-type: none"> • Часто просыпается ночью; • Частые ночные мочеиспускания (никтурия) (опасность падения) 	<ul style="list-style-type: none"> • Непрерывный ночной сон • Предотвращение травматизма в ночное время; 	<ul style="list-style-type: none"> • Принятие медикаментов по назначению врача; • Профилактика падений; • Предотвращение переутомления дневным досугом; <ul style="list-style-type: none"> • При частом ночном мочеиспускании следует измерить сахар в крови (м/с), при отклонениях - сообщить врачу • Предотвращение возбуждения перед сном • Соблюдение тишины и уюта во время ночного сна
<p>Для проживающего с сахарным диабетом</p> <ul style="list-style-type: none"> • Характерна быстрая утомляемость при активности • Необходимо точное время принятия лекарств, это ограничивает время проведения мероприятий ограничивает время проведения мероприятий (при длительной занятости, выездах) • Не берет с собой перекус между основными приемами пищи на прогулку (возникает опасность гипогликемии) 	<ul style="list-style-type: none"> • Принимает активное участие в мероприятиях учреждения без опасности для здоровья • Не переутомляется днем • Знает об опасности гипогликемии и первых признаках осложнений, умеет реагировать на них 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал знает о возможных осложнениях и умеет своевременно реагировать • Персонал наблюдает за проживающим во время любых мероприятий на предмет утомляемости, предлагает паузы в активности • Проживающий осведомлен о своих действиях в острых ситуациях • Проживающий не идет на прогулки без шоколада, воды • У проживающего есть еда на перекус между основными приемами пищи
<i>VI. Создание безопасного окружения. Способность переживать жизненные события</i>		
<p>Проживающий с сахарным диабетом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не понимает опасности осложнений заболевания • Не в состоянии самостоятельно принимать медикаменты, делать инъекции 	<ul style="list-style-type: none"> • Осознает опасности осложнений заболевания • Терапия, назначенная врачами, выполняется 	<ul style="list-style-type: none"> • Врач консультирует проживающего на предмет возможных осложнений заболеваний • Персонал по уходу помогает соблюдать основные правила безопасного поведения при текущем заболевании <ul style="list-style-type: none"> • М/с дают медикаменты, прописанные врачом, делают необходимые инъекции, следят за своевременным приемом пищи

<ul style="list-style-type: none"> • У проживающего с диабетом есть страх перед будущим; 	<ul style="list-style-type: none"> • Проживающий открыто говорит о своих проблемах; • Отсутствие страха перед будущим; • Принятие новой жизненной ситуации; • Возможность делиться своими успехами и достижениями в жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Персонал ведет с проживающим беседы по ситуации; • Медикаментозное сопровождение по назначению врача; • Консультации специалистов; • Организация программ по интересам
---	---	---

1. Цели, ориентированные на проживающих:

- предоставление индивидуального ухода, ориентированного на текущую ситуацию;
- непрерывное улучшение качества ухода для повышения качества жизни проживающего;
- учет индивидуальных особенностей и возможностей проживающего;
- учет индивидуальных возможностей справляться со стрессом и приспосабливаться к ситуации зависимости от посторонней помощи.

2. Цели, ориентированные на персонал:

- укрепление и постоянное совершенствование профессиональных, социальных и методических навыков;
- развитие и умение принимать ответственность за все профессиональные действия;
- улучшение коммуникации;
- умение наблюдать, собирать и передавать информацию о проживающем коллегам междисциплинарной команды, участвующим в процессе ухода;
- укрепление профессионального инфицирования;
- выявление проблем;

Важный аспект- это определение индивидуальных проблем проживающего.

Ресурсы – это способности, возможности для каждого человека с учетом его зависимости от посторонней помощи, жизненной ситуации, его мотивации, его окружения, его желаний и привычек.

Цели должны быть реальными, достижимыми. Важно пересматривать их и перепроверять. Запланированные мероприятия (действия) ориентированы на персонал, его руководство к действиям.

1. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты

Проблемы (П.) Ресурсы (Р.)	Цели	Мероприятия
<p>Слышать</p> <p>П. Слабослышащий П. Глухой П. Не может пользоваться слуховым аппаратом/ не имеет слуховой аппарат</p> <p>П. Не хочет пользоваться слуховым аппаратом</p> <p>Р. Общение возможно, с помощью повышения голоса Р. Общение возможно, при использовании слухового аппарата Р. Общение через “громкую” и четко сформулированную речь возможно/чтение по губам возможно Р. Может читать Р. Может говорить Р. Общение спомощью мимики и жестики возможно Р. Реагирует на обращение и звуки Р. Стремится научиться новым способам общения</p> <p>Говорить</p>	<p>Понимает сказанное Пользуется слуховым аппаратом Подходящие вспомогательные средства общения Понимает необходимость приобретения вспомогательных средств общения Имеет возможность вести диалог Чувствует себя понятым</p> <p>Имеет подходящие зубные протезы</p>	<p>Слышать</p> <p>Вспомогательные средства общения находятся в доступной близости (слуховой аппарат, блокнот, ручка и т.д.) Зрительный контакт при общении Помощь в использовании слухового аппарата Помощь в обслуживании вспомогательных средств (чистка слухового аппарата, замена батареек, исправность) При общении следует жестикулировать Невербальное общение Информацию давать в письменном виде Стоять со стороны лучше слышащего уха Говорить четко и громко Организация посещения врача, подбор слухового аппарата</p> <p>Говорить</p>

<p> П. Не может вербально общаться П. Реагирует со злостью и обидой П. Речевые нарушения (заикается, не может подобрать нужное слово, невнятная речь) П. Говорит очень тихо П. Плохо говорит по-русски П. Плохо сидящие зубные протезы/отсутствие зубов и протезов нарушают речь П. Стесняется говорить беззубым ртом или с плохими протезами Р. Может говорить Р. Может частично говорить понятно Р. Понимает и выговаривает некоторые слова Р. Может мимикой и жестикой донести информацию Р. Может читать Р. Может писать Р. Стремится к новым методикам и технологиям общения Р. Может общаться по картинкам (карточкам) </p> <p>Видеть (зрение)</p> <p> П. Ограниченное зрение П. Ограничение зрения, несмотря на наличие правильно подобранных очков П. Наличие глазной болезни П. Наличие катаракты/глаукомы П. Возрастное нарушение кровообращения сетчатки П. Сухость глаз П. Слепота П. Ограничение поля зрения П. Не может читать </p>	<p> Имеет альтернативные способы общения Чувствует себя понятым Умеет обращаться с техническими средствами в помощь вербальному общению Объясняется мимикой и жестикой Выражает свои пожелания и тревоги Восстановление речи специалистами </p> <p> Чувствует себя уверено Повышение самооценки Имеет подходящие линзы для коррекции зрения Пользуется очками Ориентируется в помещении, различает лица Учится шрифту для слепых Учится общаться невербально Относится с ответственностью к обследованиям у специалистов </p>	<p> Зрительный контакт при общении Информацию передавать в письменном виде (карточки, символы) Занятия с логопедом (организовать, следовать рекомендациям) Использовать вопросы на «да\нет» Говорить короткими фразами Активно слушать Следить за правильностью посадки зубных протезов (возможно использование крема кареги) Мотивировать разговаривать Не торопиться с ответом Подбирать альтернативы общения </p> <p>Видеть (зрение)</p> <p> Помощь ориентации в комнате Очки в исправности и доступной близости Не принимать на себя неординарный способ общения Не реагировать негативно на сказанное Невербальное общение Персоналу следует находиться в поле зрения проживающего Организация визита к врачу Наблюдать за мимикой и жестикой Прислушиваться (следует выключать другие источники при разговоре: радио, телевизор) </p>
--	---	---

<p>П. Не может писать</p> <p>П. Отсутствие возможности вербального общения Р. Может общаться мимикой и жестикой Р. Пользуется вспомогательными средствами (лупа) Р. Пользуется шрифтом для слепых Р. Стремится изучить новые способы общения Р. Невербальное общение возможно</p> <p style="text-align: center;">Ориентация</p> <p>П. Частично нарушена ориентация во времени П. Нарушение ориентации во времени П. Может не узнавать знакомых людей П. Не узнает знакомых людей П. Частично нарушена ориентация в пространстве П. Нарушение ориентации в пространстве П. Нарушение адекватного восприятия действительности Р. Частично ориентируется во времени Р. Частично узнает знакомых людей Р. Частично ориентируется в пространстве Р. Ориентирование не нарушено Р. Узнает людей и предметы Р. Радуется посетителям</p> <p>Прочее</p>	<p style="text-align: center;">Ориентация</p> <p>Имеет возможность ориентироваться Безопасность окружения Доверительное окружение Поддержание ресурсов Принимает помощь специалистов После занятий со специалистами применяют то, чему научили Участствует в занятиях по ориентации Участствует в оформлении своего пространства</p>	<p style="text-align: center;">Ориентация</p> <p>Помощь в ориентации по времени (повесить календари, часы) Помощь в ориентации в пространстве (подсветка, цветовое оформление) Помощь в узнавании людей (изучать и подписывать фотографии, персоналу следует каждый раз представляться проживающему по имени) Наблюдение Организация безопасного окружения Помощь семьи и близких Занятия досуга на тренировку памяти (той, что еще сохранна) Подключение других профессиональных групп (меж вед)</p> <p>Прочее</p>
<p>Социальные контакты, особенности стиля общения</p> <p>П. Неординарный способ общения П. Грубость П. Агрессивная манера общения П. Не имеет доверительного лица (никому не доверяет, ни с кем не делится проблемами) П. Стремится к одиночеству (опасность социальной изоляции)</p>	<p>Проживающий: Поддерживает социальные контакты Развивает социальные контакты Доверяет окружающим Принимает помощь</p>	<p>Социальные контакты, особенности стиля общения</p> <p>Предлагать проживающему групповые занятия, мероприятия (праздники, совместное со всеми принятие пищи, чтение и т.д.)</p>

<p>П. Не в состоянии поддерживать контакты</p> <p>П. Не в состоянии самостоятельно налаживать новые контакты (не покидает комнату, стесняется, не может говорить, плохо слышит и т.д.)</p> <p>П. Когнитивные нарушения</p> <p>П. Не общается с членами семьи (нерешенные конфликты, далеко живут, потеряна связь и т.д.)</p> <p>П. Страдает от одиночества</p> <p>П. Не интересуется ничем новым (компьютер, аудиокниги и т.д.)</p> <p>П. Не умеет пользоваться телефоном, компьютером</p> <p>Р. Общается с членами семьи</p> <p>Р. Умеет пользоваться телефоном</p> <p>Р. Умеет пользоваться компьютером</p> <p>Р. Имеет доверительное лицо</p> <p>Р. Открыт для всего нового (обучается)</p> <p>Р. Легко заводит новые знакомства</p> <p>Р. С удовольствием находится в обществе</p> <p>Р. Принимает правила общения</p> <p>Р. Старается быть вежливым</p> <p>Прочее</p>	<p>Контролирует свою манеру общения</p> <p>Снижен риск изоляции</p> <p>Осуществляется интеграция в коллектив</p> <p>Обучается новым способам общения</p> <p>Контролирует свои эмоции (злость, агрессию)</p> <p>Поддержание ресурсов</p> <p>Понимает свои чувства, делится ими</p> <p>Контактирует с персоналом и чувствует себя понятым</p> <p>Заводит новые интересные контакты</p> <p>Социализирован в учреждении</p> <p>Социализирован в обществе вне учреждения (ПНИ)</p> <p>Проявляет интерес к окружению</p> <p>Предотвращена полная социальная изоляция</p> <p>Имеет возможность общаться с родственниками, друзьями</p>	<p>Предлагать проживающему, организовывать церковные службы, посещение церкви, батюшки и т.д.</p> <p>Социализировать в учреждении (контакт с другими проживающими)</p> <p>Помощь в общении с родственниками (письма, телефон, компьютер и т.д.)</p> <p>Работа с общественными организациями (волонтеры, клубы и т.д.)</p> <p>Информировать проживающего о мероприятиях, проводимых в учреждении, сопровождать, мотивировать и т.д.</p> <p>Обучение манерам поведения в обществе вне учреждения, поддержанию контактов, умению распознавать опасность и т.д. (ПНИ)</p> <p>Прочее</p>
---	--	---

2. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переосмысление, ощущение своей индивидуальности

Проблемы (П.) Ресурсы (Р.)	Цели	Мероприятия
---------------------------------------	-------------	--------------------

<p>П. Не может без помощи: Ходить Стоять Сидеть Ходить по лестнице Р. Может с помощью: Ходить Стоять Сидеть Ходить по лестнице П. Не может двигать: Головой Телом Конечностями Р. Может частично двигать: Головой Телом Конечностями Может повернуться в постели П. Немобильный: Постоянно Не может самостоятельно менять положение в постели Не может самостоятельно покинуть кровать и лечь в нее П. Нарушена способность ходить: Ходит медленно Обессилен Ходит неуверенно Спотыкается Нескоординированные движения (при контрактурах, гемиплегии) Р. Может Ходить при помощи ходунков (роллатора) Реалистично оценивать свою ситуацию Самостоятельно покинуть помещение</p>	<p>Предупредить возникновение пролежней Предупредить возникновение контрактур Предупредить падения Уменьшить боль при мобилизации Может оценивать боль и контролировать движения Понимает свои ограничения Чувствует себя в безопасности Ходит уверенно Не испытывает страхи при перемещении Пользуется вспомогательными средствами передвижения Удобное положение в постели Принимает положение «сидя» Учится самостоятельно вставать с кровати Учится самостоятельно ложиться в постель Мотивирован к мобилизации Сделать транспортировку возможной с помощью персонала Имеет подходящие средства передвижения</p>	<p>Необходимы вспомогательные средства для того, чтобы: Ходить (подбор, обучение) Стоять (подбор, обучение) Сидеть (подбор, обучение) Ходить по лестнице (подбор, обучение) Две помощницы (по необходимости) Требуется помощь персонала при транспортировке (пересаживании) на: Стул Кровать Коляску В ванну В душ Туалет Необходим лифт Персоналу необходимо менять положение тела проживающего в постели Надо напоминать проживающему менять положение тела в постели Необходимы дополнительные подушки в постели (для позиционирования) Необходимо активизировать мотивировать (консультации специалистов) Профилактика пролежней Профилактика падений Профилактика контрактур Профилактика тромбозов Контроль наличия болей Выполнение врачебных назначений</p>
--	--	--

<p>Хочет гулять Самостоятельно передвигаться</p> <p>П. Нарушения движения: Ограничение движения Нарушение координации Риск падения Нарушение вестибулярного аппарата Заболевания, приведшие к ограничению движений</p> <p>Риск возникновения: Пролежней Контрактур Тромбозов Падений</p> <p>Р. Может Покинуть кровать Самостоятельно управляет инвалидной коляской Мотивирован на движение Сообщает о болях и напряжении</p> <p>Прочее</p>		<p>Врач реабилитолог (выполнение рекомендаций) ЛФК Проведение упражнений (по назначению врача) Массаж (по назначению врача, проводит специалист)</p> <p>Прочее</p>
<p>П. Не в состоянии без посторонней помощи: Принимать душ Принимать ванну Мыть волосы Бриться Делать маникюр Делать педикюр Мыть уши Мыть глаза Мыть ротовую полость Чистить зубы Ухаживать за зубными протезами</p>	<p>У проживающего неповрежденные кожные покровы Проживающий понимает необходимость ухаживать за собой Оказывается достаточный уход Проживающий: Имеет ухоженный вид и комфорт Не носит синтетическую одежду Имеет доверие Чувствует уверенность Моется самостоятельно Моется частично самостоятельно</p>	<p>Уход за телом, с учетом привычек и индивидуальности: Принятие душа Принятие ванны Мытье в постели Уход за интимной зоной в постели Мытье перед раковиной Применение вспомогательных средств ухода</p> <p>Частичный уход, с учетом привычек и индивидуальности: Лицо</p>

<p>Совершать интимную гигиену</p> <p>Р. Может самостоятельно:</p> <p>Делать маникюр</p> <p>Делать педикюр</p> <p>Мыть уши</p> <p>Мыть глаза</p> <p>Мыть ротовую полость</p> <p>Чистить зубы</p> <p>Ухаживать за зубными протезами</p> <p>Р. Может частично:</p> <p>Делать маникюр</p> <p>Делать педикюр</p> <p>Мыть уши</p> <p>Мыть глаза</p> <p>Мыть ротовую полость</p> <p>Чистить зубы</p> <p>Ухаживать за зубными протезами</p> <p>Совершать интимную гигиену</p> <p>П. Не в состоянии</p> <p>Принимать душ</p> <p>Принимать ванну</p> <p>Мыть волосы</p> <p>Бриться</p> <p>Делать маникюр</p> <p>Делать педикюр</p> <p>Мыть уши</p> <p>Мыть глаза</p> <p>Мыть ротовую полость</p> <p>Чистить зубы</p> <p>Ухаживать за зубными протезами</p> <p>Совершать интимную гигиену</p> <p>Пользоваться кремом</p> <p>Ухаживать за губами</p> <p>Р. Может самостоятельно:</p>	<p>Имеет чистые зубные протезы</p> <p>Не имеет пролежни</p> <p>Не имеет боли в ротовой полости</p> <p>Имеет аккуратно подстриженные ногти</p> <p>Сохранение ресурсов</p> <p>Умеет самостоятельно проводить гигиену тела</p> <p>Умеет пользоваться средствами гигиены</p> <p>Умеет самостоятельно покупать средства гигиены</p> <p>Понимает, что такое опрятный вид (ПНИ)</p>	<p>Руки</p> <p>Ноги</p> <p>Верхняя часть тела</p> <p>Спина</p> <p>Ротовая полость</p> <p>Зубы</p> <p>Зубные протезы</p> <p>Интимная область</p> <p>Ногти</p> <p>Уши</p> <p>Нос</p> <p>Глаза</p> <p>Губы</p> <p>Крем на кожу</p> <p>Уход за волосами, с учетом привычек и индивидуальности:</p> <p>Расчесывать</p> <p>Мыть</p> <p>Сушить</p> <p>Прочее:</p> <p>Объяснить необходимость гигиенических процедур</p> <p>Уход за дефектами кожи по назначению врача</p> <p>Обучение самостоятельно проводить гигиену тела</p> <p>Обучение понимания гигиенических средств и их правильного использования</p> <p>Обучение понимания опрятности (ПНИ)</p> <p>Профилактика интритриго</p> <p>Профилактика молочницы</p>
--	--	---

<p>Принимать душ Принимать ванну Мыть волосы Бриться Совершать интимную гигиену Расчесываться Р. Может частично: Принимать душ Принимать ванну Мыть волосы Бриться Расчесываться П. Прочее: Не в состоянии координировать свои действия при уходе за телом Отказывается мыться Ресурсов нет П. Нарушение целостности кожных покровов: Сухая тонкая кожа Потрескавшаяся кожа Покраснения Отеки Перхоть Водяные пузыри Аллергии Потрескавшие губы Сухие губы Сильное потоотделение Зуд Пролежни Риск возникновения Интертриго</p> <p>Р. Не видно нарушения целостности кожных покровов Прочее</p>		<p>Прочее</p>
--	--	----------------------

<p> П. Не в состоянии без посторонней помощи переодеваться П. Не может самостоятельно переодеться Р. Часто переодевается (раздевается) – когнитивные нарушения П. Не может одеваться по погоде, нарушено чувство тепла/холода П. Не видит необходимости стирать и менять нательное белье П. Непереносимость каких-то материалов П. Не может стирать/гладить Р. Переодевается самостоятельно Р. Может переодевать одежду на верхней части тела Р. Самостоятельно выбирает одежду Р. Принимает помощь Р. Пользуется вспомогательными средствами Р. Любит выглядеть опрятным Р. Самостоятельно стирает/гладит одежду Р. Может помогать одной рукой Р. Самостоятельно раздевается Прочее </p>	<p> Проживающий: Выглядит опрятно Носит вещи по сезону Переодевание возможно Не рекомендуется для одежды использовать материалы, которые проживающий плохо переносит (аллергия, повышенное потоотделение и т.д) Пользуется вспомогательными средствами Одет в соответствии с временем суток Умеет гладить и стирать одежду Самостоятельно складывает одежду Понимает, что является общественной собственностью, что личной (ПНИ) </p>	<p> Персоналу рекомендуется: Подбирать одежду совместно с проживающим Менять одежду проживающему день/ночь Переодевать проживающего два раза в день и по необходимости Следить за чистотой одежды Мотивировать Сохранять и развивать ресурсы Обучать проживающего покупать и ухаживать за одеждой (ПНИ) </p> <p>Прочее</p>
<p> П. Не принимает уход за собой от противоположного пола П. Сильная стеснительность при проведении интимной гигиены П. Перенес сексуальное насилие П. Вызывающее поведение проживающего с другими людьми (сексуальные домогательства) П. Чувствует себя неуверенно в качестве женщины/мужчины (выпадают волосы, растут волосы на лице, не может делать прически и т.д.) П. Риск социальной изоляции П. Не принимает телесный контакт (прикосновения, поглаживания, объятия, взятие за руку и т.д.) </p>	<p> Выражает свои пожелания Чувствует себя понятым Не имеет негативных последствий своих желаний и поведения Принимает свои ограничения и изменения Чувствует себя уверенно и безопасно Чувствует себя женщиной/мужчиной В состоянии строить отношения с противоположным полом Умеет предохраняться </p>	<p> По желанию проживающего, для ухода за ним, следует подобрать однополый персонал Защищать интимную сферу Делать комплименты Мотивировать Каждое утро помогать делать прическу, красить губы, одевать галстук и т.д. Консультации при страхах, тревогах, возбуждениях Беседы Подключать терапевта </p>

<p>П. Большая потребность (более, чем адекватная) в ласках, объятиях, прикосновениях</p> <p>П. Не в состоянии самостоятельно наносить косметику</p> <p>П. Проявляет грубость по отношению к противоположному полу (вербально/невербально)</p> <p>Р. Принимает правила совместного проживания с другими проживающими</p> <p>Р. Ощущает себя мужчиной/женщиной</p> <p>Р. Выражает свои желания</p> <p>Р. Общается со всеми проживающими дружелюбно</p> <p>Р. Имеет привязанность к одному/одной проживающему/ей</p> <p>Р. Самостоятельно следит за своей внешностью (делает прическу, красит губы, одевает галстук и т.д.)</p> <p>Прочее</p>	<p>Несет ответственность за свои действия</p>	<p>Организовывать мероприятия (танцы, чтение, театр и т.д.)</p> <p>Наблюдать за невербальными сигналами (реагировать, отвлекать и т.д.)</p> <p>Социализация в учреждении</p> <p>Уважительное отношение к пожеланиям проживающего</p> <p>Обучение сексуальным основам, нормам, правилам, безопасности (ПНИ)</p> <p>Прочее</p>
--	---	---

3. Питание/питьевой режим, опорожнение

Проблемы (П.) Ресурсы (Р.)	Цели	Мероприятия
<p>Принимать пищу</p> <p>П. Не в состоянии самостоятельно принимать пищу</p> <p>П. Не понимает необходимости принятия пищи</p> <p>П. Принимает только пюрированные блюда</p> <p>П. Не может принимать пищу орально, питание через зонд</p> <p>П. Не в состоянии концентрироваться, отвлекается во время приема пищи (встает, уходит и т.д.)</p> <p>П. Отсутствие аппетита</p> <p>П. Отсутствие чувства сытости</p> <p>П. ИМТ не в пределах нормы (значительно меньше, больше)</p> <p>Р. Понимает необходимость питания</p> <p>Р. Ест с удовольствием</p> <p>Р. Может принимать жидкую пищу</p>	<p>Получает по возможности полноценное питание (калории, минералы и т.д.)</p> <p>Удовольствие при принятии пищи</p> <p>Понимает необходимость питания</p>	<p>Принимать пищу</p> <p>Предлагать любимые блюда (хоть иногда)</p> <p>Сопровождать к столу</p> <p>Находиться рядом и давать инструкции во время еды (при деменции)</p> <p>Напоминать, что время питания</p> <p>Мотивировать</p> <p>Предлагать принимать пищу чаще, маленькими порциями</p> <p>Мотивировать соблюдать диету</p> <p>Кормить из ложки</p> <p>Придавать правильное положение для принятия пищи</p>

<p>Р. Может самостоятельно есть приготовленную еду</p> <p>Р. Может есть при помощи специальных столовых приборов</p> <p>Р. В состоянии самостоятельно разрезать (мять картошку, мясо) пищу</p> <p>Р. Может есть самостоятельно</p> <p>Р. Может есть некоторые блюда самостоятельно</p> <p>Р. Ест под руководством персонала (напоминание, обычно при деменции)</p> <p>Р. Может иногда есть самостоятельно (по настроению)</p> <p>Соблюдение питьевого режима</p> <p>П. Не может самостоятельно пить</p> <p>П. Не понимает необходимости пить</p> <p>П. Может частично самостоятельно пить (если вода стоит рядом, если поддерживать стакан)</p> <p>П. Отсутствие жажды</p> <p>П. Повышенная жажда (количество жидкости определяет врач, в соответствии с заболеванием)</p> <p>Р. Понимает необходимость в принятии жидкости</p> <p>Р. Пьет при напоминании</p> <p>Р. Пьет при сопровождении (пока рядом стоят)</p> <p>Р. Пьет мелкими глотками</p> <p>Р. Сообщает о жажде</p> <p>Р. Принимает помощь</p> <p>Р. Пьет из специальных стаканов (в ИПУ указывается каких именно или поильника)</p> <p>П. Нарушение глотательного рефлекса</p> <p>П. Не в состоянии питаться перорально, потому что часто поперхивается</p> <p>П. Риск аспирации</p> <p>П. Поперхивается жидкостью</p> <p>Прочее</p>	<p>Понимает необходимость принятия жидкости</p> <p>Поддержание ресурсов</p> <p>Принимает пищу в обществе</p> <p>(социализируется)</p> <p>Имеет хорошие манеры за столом</p> <p>Готовит некоторые блюда себе самостоятельно</p> <p>Готовит еду самостоятельно</p> <p>Умеет покупать продукты</p>	<p>Осуществлять гигиену ротовой полости до и после еды</p> <p>Питание через зонд</p> <p>Контроль ИМТ раз в три недели</p> <p>Стимулирование аппетита (специи, комфорт при принятии пищи, консультации специалистов и др.)</p> <p>Профилактика аспирации</p> <p>Профилактика дегидратации (обезвоживания)</p> <p>Соблюдение питьевого режима</p> <p>Наблюдать за количеством принятой жидкости</p> <p>Держать жидкость в доступной близости</p> <p>Напоминать попить</p> <p>Давать жидкость через зонд</p> <p>Давать пить мелкими глотками</p> <p>Давать пить из специального стакана (какого)</p> <p>Профилактика аспирации (8)</p> <p>Профилактика дегидратации (9)</p> <p>Диетическая сестра – консультация</p> <p>Прочее</p> <p>Специальные столовые приборы</p> <p>Поддержание тишины во время приема пищи</p> <p>При плохих манерах не следует сажать проживающего за один стол с другими, но следует посадить поблизости</p> <p>Обучение хорошим манерам за столом</p> <p>Обучение приготовлению пищи</p> <p>Понимает проблемы с нарушением глотания (консультация)</p>
--	---	--

<p> П. Ест очень медленно П. Не принимает назначенную диету П. Отказывается от еды П. Отсутствие аппетита П. Плохие манеры за столом П. Нет чувства насыщения П. Ест очень быстро П. Редкие предпочтения в еде (в ИПУ указать, что именно предпочитает) П. Нет ощущения размеров порции П. Лишний вес (прибавляет вес) П. Недостаточный вес (худеет) </p> <p>Прочее</p>		<p>Закупает продукты сначала под наблюдением и обучением, затем самостоятельно (сопровождение, обучение) (ПНИ)</p> <p>Прочее</p>
<p>Деуринация</p> <p> П. Инконтиненция П. Периодическое недержание П. Концентрированная моча П. Резко пахнущая моча П. Боли при мочеиспускании П. Малое количество выделяемой жидкости по причине недостаточного приема жидкости П. Катетер П. Опасность инфекции мочеполовой системы Р. Следит за интимной гигиеной Р. Проводит интимную гигиену после опорожнения самостоятельно Р. Пользуется абсорбирующим бельем Р. Контролирует процесс деуринации Р. Невербально показывает на позывы к деуринации Р. Может пользоваться креслом-туалетом Р. Пользуется судном </p> <p>Дефекация</p> <p>П. Недержание</p>	<p>Минимизирование рисков</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обстипации • Инфекции мочеполовых путей • Инконтиненции <p>Возможность своевременного посещения туалета (или пересаживания на стул-туалет)</p> <p>Умеет опорожняться на судно</p> <p>Интимная сфера защищена</p> <p>Осуществлена интимная гигиена после опорожнения</p>	<p>Деуринация</p> <p>Обучение использованию вспомогательных средств</p> <p>Обучение проведению гигиенических процедур после опорожнения</p> <p>Обучение контролю над процессами опорожнения (ПНИ)</p> <p>Создание безопасных условий в квартире для пользования туалетом</p> <p>Наблюдение и своевременная помощь, при необходимости сопровождения в туалет</p> <p>Своевременная подача судна</p> <p>Помощь при транспортировке на кресло-туалет</p> <p>Содержание в чистоте вспомогательных средств</p> <p>Смена абсорбирующего белья</p> <p>Профилактика обстипации (10)</p>

<p> П. Стома П. Частая диарея П. Опасность обстипации П. Частые запоры П. Боли при опорожнении П. Сухой и твердый кал П. Частые газы П. Отвергает вспомогательные средства ухода П. Не в состоянии дойти до туалета П. Не в состоянии пользоваться стулом-туалетом Р. Сообщает о позывах к дефекации Р. Самостоятельно ходит в туалет Р. Проводит самостоятельно интимную гигиену после опорожнения Р. Пользуется судном при опорожнении Р. Принимает помощь Р. Понимает опасность обстипации Р. Понимает причины рвоты Р. Не принимает слабительное без назначения врача Прочее П. Частая рвота П. Отрыжка П. Сильно потеет (потеря жидкости) П. Бесконтрольный прием слабительного Прочее </p>	<p> Минимизация болей Не злоупотребляет слабительными средствами Своевременная смена абсорбирующего белья обеспечена Умение самостоятельно обходиться с катетером и стомой </p>	<p> Профилактика инфекции мочеполовых путей (11) Профилактика инконтиненции (12) Выполнение назначения врача Консультации врача Уход за катетером Вспомогательные средства в доступной близости Сохранение интимной сферы </p> <p>Прочее</p>
4. Контроль жизненных (витальных) показателей		
Проблемы (П.) Ресурсы (Р.)	Цели	Мероприятия
<p> Ощущение тепла/холода П. Быстро мерзнет П. Постоянно холодные ноги П. Постоянно холодные руки П. Нарушение кровообращения П. Сильное потоотделение Р. Принимает помощь </p>	<p> Имеет температуру тела в пределах нормы Не носит синтетическую и узкую одежду Ухоженный и ощущает комфорт </p>	<p> Проводить: Измерения АД (по назначению врача и по необходимости) Необходимые измерения сахара в крови (по назначению врача и по необходимости) </p>

<p>Р. Идет на сотрудничество Р. Может распознать проблему Р. Сообщает о проблемах Р. Мобилен</p> <p>Сердечно-сосудистые проблемы</p> <p>П. Гипертония П. Гипотония П. Нарушение сердечного ритма П. Носовые кровотечения П. Головокружения Р. Может самостоятельно измерять артериальное давление Р. Оценивает ситуацию и сохраняет спокойствие Р. Понимает свои ограничения Р. Может самостоятельно измерять сахар в крови</p> <p>Сознание</p> <p>П. Нарушение памяти П. Нервозность П. Головные боли П. Быстрая утомляемость П. Нарушение ночного сна П. Хронические боли П. Периодические боли Р. Ориентирован Р. Знает свои возможности и ограничения Р. Сообщает о наличии боли</p> <p>Состояние питания</p> <p>П. Адипозитас П. Недостаточное питание П. Кахексия</p> <p>Дыхание</p> <p>П. Чувство нехватки воздуха П. Кислородная недостаточность П. Скопление секрета в дыхательных путях П. Боли при дыхании</p>	<p>Имеет АД в пределах нормы (с учетом заболевания) По возможности не имеет жалоб Понимает необходимость действий персонала Достаток кислорода/свежего воздуха Возможность освобождения дыхательных путей от секрета Имеет свободное дыхание Облегчение дыхания Может откашливаться (знает техники) Распознавание осложнений Минимизирование осложнений Своевременное распознавание критических ситуаций Провоцирующие приступы заболеваний минимизированы Сахар в крови измеряется вовремя</p>	<p>Измерение пульса по назначению врача и по необходимости Измерение температуры тела, по назначению врача и по необходимости Оказывать помощь при откашливании Помощь при ингаляции Наблюдение за дыханием Обслуживание кислородного аппарата Увлажнение воздуха</p> <p>Профилактика пневмонии</p> <p>Укладка в постели в положения для облегчения дыхания Наблюдение за опорожнением Ароматерапия Положение с приподнятыми ногами Успокаивающие беседы Консультации Обучение манерам поведения Обучение ведению диалога Обучение использованию телефона, другим средствам общения (карточки, интернет) Обучение самостоятельному измерению необходимых жизненных показателей (ПНИ)</p>
--	---	--

<p>П. Поверхностное дыхание</p> <p>П. Затруднение дыхания в экстренных ситуациях (страх, возбуждение)</p> <p>П. Риск возникновения пневмонии</p> <p>Р. Соблюдает питьевой режим</p> <p>Р. Пользуется ингалятором</p> <p>Р.Использует кислородный баллон</p> <p>Прочее</p>		<p>Прочее</p>
--	--	----------------------

5. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга.

Проблемы (П.) Ресурсы (Р.)	Цели	Мероприятия
<p>П. Просыпается часто ночью</p> <p>П. С трудом засыпает</p> <p>П. Не может самостоятельно подготовиться ко сну</p> <p>П. Нарушение ритма день/ночь</p> <p>П. Не спит днем, к вечеру возникает раздраженность и усталость</p> <p>П. Трудно просыпается по утрам</p> <p>П. Частые ночные мочеиспускания (опасность падения/дополнительная смена абсорбирующего белья)</p> <p>П. Факторы, мешающие сну:</p> <p>П. Зуд, боли, страхи, дезориентация, беспокойства, затруднение дыхания, невозможность менять положение тела в постели, внешние факторы (шум, соседи), усталость</p> <p>П. Зависимость от снотворного</p> <p>Р. Проживающий в состоянии понимать, что ему мешает</p> <p>Р. В состоянии сообщать о факторах, которые ему мешают</p> <p>Р. Принимает помощь</p> <p>Р. Принимает вспомогательные средства для позиционирования в постели (валики, подушки)</p>	<p>Имеет возможность спать ночью и отдыхать днем</p> <p>Соблюдение ритма день/ночь</p> <p>Беспрерывный ночной сон</p> <p>Соблюдение тишины и уюта во время дневного/ночного сна</p> <p>Работа с биографией, соблюдение ритуалов (засыпает при свете, под телевизор, время ложиться и вставать, комфорт постели и т.д.)</p>	<p>Принятие медикаментов только по назначению врача</p> <p>Структуру дня следует пересмотреть, для соблюдения ритма день/ночь (не утомлять и не скучать)</p> <p>Консультация врача диагностике болей, зуда, и т.д.</p> <p>Помощь персонала в подготовке ко сну (транспортировка в кровать, позиционирование в постели, переодевание, соблюдение ритуалов засыпания)</p> <p>Изменение положения тела в постели (по времени)</p> <p>Позиционирование в постели с помощью вспомогательных средств (подушек, валиков)</p> <p>Консультации психологов</p> <p>Предотвращение переутомления дневным досугом</p>

<p>Р. Соблюдает ритм день/ночь Р. Высыпается ночью, чувствует себя бодрым днем Р. Выполняет назначения врача Р. Отдыхает днем</p> <p>Прочее</p>		<p>Предотвращение возбуждения проживающего перед сном Обучение соблюдению режима сна/отдыха/досуга Обучение процессу подготовки ко сну и мероприятиям после сна (ПНИ)</p> <p>Прочее</p>
<p>П. Не в состоянии самостоятельно организовать свой дневной досуг П. Заниженная самооценка П. Не в состоянии следовать своим интересам П. Не в состоянии самостоятельно совершать покупки П. Не активен П. Не в состоянии следовать своему хобби по причине: П. Не покидает пределы своей комнаты П. Не в состоянии принимать участие в мероприятиях учреждения</p> <p>Р. Общителен, мотивирован Р. Может найти себе занятия на день Р. Мобилен и посещает все мероприятия учреждения Р. Ищет себе занятость по интересам Р. Знает себе цену (самооценка не занижена) Р. Самостоятельно принимает решения Р. Принимает помощь Р. Говорит о своих желаниях Р. Есть любимые телепередачи Р. Любит читать (в ИПУ указывается, что именно) Р. Слушает радио Р. Любит музыку (в ИПУ указывается, какую именно)</p> <p>Прочее</p>	<p>Удовольствие от дневной активности Учувствует в мероприятиях учреждения Следует своим интересам, хобби Общается с другими проживающими, совместные занятия Имеет посильную (по состоянию здоровья) занятость днем</p>	<p>Организовывать Мотивировать Предлагать Развивать контакты с другими проживающими по интересам Возможность смотреть любимые телепередачи Изучать биографию, знание любимых занятий и хобби в предыдущие периоды жизни Обучение самоорганизации дневного досуга, следует придерживаться интересов проживающего Организация мероприятий (празднование дня рождения, праздников) (ПНИ)</p> <p>Прочее</p>

Проблемы (П.) Ресурсы (Р.)	Цели	Мероприятия
<p> П. Не понимает опасности (лестница, розетки, окна, батареи, горячая вода, плита, чайник и т.д.) П. Не ориентируется в своем окружении П. Не в состоянии самостоятельно принимать медикаменты П. Принимает бесконтрольно медикаменты П. Не видит смысла в лечении П. Не хочет обращаться к врачам Р. Доверяет персоналу Р. Принимает помощь Р. Выполняет назначения врача Р. Ориентируется в своем окружении Р. Распознает опасности Р. Умеет избегать опасности (понимает, как найти компромисс) Р. Принимает свои ограничения Р. Чувствует себя в безопасности Р. Сообщает о нестандартных ситуациях персоналу (доверительному лицу) Р. Имеет правильно подобранные технические средства и умеет ими пользоваться Р. Умеет позитивно общаться Р. Умеет обращаться с денежными средствами </p> <p> Прочее П. Со всеми ссорится П. Убегает П. Перелезает через ограждения кровати П. Бесконтрольно принимает алкоголь П. Не принимает во внимание свои ограничения (пытается встать при гемиплегии, переломе шейки бедра без сопровождения) </p> <p> Прочее </p>	<p> Умеет пользоваться вспомогательными средствами (техническими, средствами малой реабилитации) Принимает помощь Имеет подходящие средства перемещения (принятия пищи, укладки в постели, средства транспортировки и т.д.) Распознает источники опасности Чувствует комфорт и безопасность Находит компромиссы Принимает медикаменты по назначению врача Удовлетворение личных потребностей Вред себе и окружающим минимизирован Имеет доверительное лицо </p>	<p> Предотвращение фиксации проживающего (матрас кладется на пол, двери завуалированы цветом, картинами, занятость, валидация) Персонал контролирует принятие медикаментов (по назначению врача) Персонал дает медикаменты по времени (по назначению врача) Выполнение всех терапевтических процедур (по назначению и под контролем врача) Консультации Обеспечение безопасного окружения Обучение пользованием электротехникой, газовыми плитами Обучение понимания безопасного окружения Обучение поведению на улице (светофор, поведение, обращение с денежными средствами и т.д.) (ПНИ) </p>

<p> П. Не принимает свою зависимость от посторонней помощи П. Страхи перед будущим П. Страх смерти П. Пережил ребенком оккупацию П. Не смирился с потерей партнера, ребенка П. Не видит смысла дальше жить П. Переживает свое финансовое состояние П. Переживает одиночество (дети далеко, друзья умерли и т.д.) П. Когнитивные нарушения П. Хронические боли Р. Имеет силы преодолеть зависимость и принять свое состояние Р. Открыто говорит о своих проблемах, страхах, тревог и т.д. Р. Принимает помощь Р. Любит говорить о своих прежних успехах </p> <p>Прочее</p>	<p> Доверяет персоналу Открыто говорит о своих проблемах Уменьшить интенсивность хронических болей Отсутствие страха перед будущим Принятие новой жизненной ситуации Возможность делиться своими успехами и достижениями (в предыдущие времена) </p>	<p>Прочее</p> <p> Вести беседы по ситуации Медикаментозное сопровождение по назначению врача (боли) Консультации специалистов Организация программ по интересам (вечера памяти, волонтеры и т.д.) Обучение справляться с экстренными ситуациями (ПНИ) </p> <p>Прочее</p>
---	---	--

Прошнуровано, пронумеровано и прошиито
116 лист (стр. шестидесяти)
Директор ГБУ РХ «Гуимский психоневрологический
интернат» *И.А.Брянская* И.А.Брянская

