

Ápolásszakmai protokollok

„Nyíregyháza- Városi Református Egyházközség szervezeti működés hatékonyságának növelése, nyújtott szolgáltatások minőségének fejlesztése” című, „EFOP-1.9.8-17-2017-00007” azonosítószerű projekt keretei között készült.

Véglegesítve: 2019. április 1-2019. november 30.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Műszak átadás és átvétel	ÁP 01-01	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-01 Műszak átadás és átvétel

- Cél:** Pontos információ átadása az ellátottak jelenlegi állapotával, legutóbbi állapotváltozásokkal, folyamatban lévő terápiával, legutóbbi vagy potenciálisan felmerülő változásokkal kapcsolatban. Nemcsak információ, hanem felelősség és hatáskör is átadásra kerül.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- Hivatkozások:**
1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, SZTE Továbbképzési tanfolyam 2013.
- A folyamat leírása:**
A műszakátadás ágytól-ágyig, az adott gondozási egységen naponta két alkalommal történik. Bizalmas vagy az ellátott előtt az ápoló-gondozó által nem közölhető információk a nővérállásban illetéktelenek számára nem hozzáférhetően kerülhetnek közlésre.

A műszakot átadó, illetve átvevő ápoló-gondozók jelenléte a munkakezdés előtt negyedórával. Az osztályt átadó műszakfelelős ápoló-gondozó a műszakátadás megkezdéséig az eseménynaplóban rögzíti a műszak folyamán történt eseményeket.

Előkészítés:
Eseménynapló
Az osztályt átadó műszakfelelős ápoló-gondozó a műszakátadás megkezdéséig az eseménynaplóban rögzíti a műszak folyamán történt eseményeket.

Kivitelezés:
A műszakátadás lépései:
a, A gondozási egységben lévő ellátottak számszerű átadása (hány ellátott van az egységben, kórházban, szabadságon).
b, Az ellátott azonosítása.
c, Orvosi diagnózis/diagnózisok, ápolási diagnózis/diagnózisok.
d, Az ellátott aktuális állapota, az ápolást befolyásoló tényezők.
e, Az átadó ápoló-gondozó által a műszakjában történt ellátottal/ellátottakkal kapcsolatos események ismertetése.
f, A tervezett beavatkozások, vizsgálatok, mért és megfigyelt vitális paraméterek értékelése, a folyamatban lévő kezelések ismertetése, az ellátottnak a terápiára adott reakciója, egyéb tervezett események.
g, Egyéb (tárgyi eszközök esetleges meghibásodások átadása szóban és írásban).

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Az ágytól-ágyig történő átadás-átvétel során fokozottan kell ügyelni arra, hogy halk hangnemben, lényegretörően történjen az információ-átadás. Illetéktelen személyek a bizalmas egészségügyi információkhoz ne jussanak hozzá.

Dokumentálás:

Az eseménynaplóban részletes leírásra kerülnek mindazon események, történések, amelyeket röviden, szóban is átadásra kerültek a műszakátadás-átvétel során (ágytól ágyig). Az akut történéseket a szolgálatban lévő ápoló-gondozók az ápolási lap decursus részén rögzítik.

Egyedi esetek kezelése:

Az eseménynaplóban személyre szabottan rögzíteni kell a rendkívüli történéseket is, amelyek egészségügyi, szociális, vagy műszaki jellegűek. Itt kell rögzíteni a textíliák tisztítása során felmerülő ellátotti panaszokat is.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló napi rendszerességgel ellenőrzi az eseménynaplóban megfogalmazott történéseket. Havonta egy alkalommal személyesen is jelen van és ellenőrzi a műszakátadás-átvétel szabályosságát.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: vezető ápoló, a műszakot átadó-átvevő ápoló-gondozók.

A vezető ápoló felelős az eseménynaplóban észlelt problémák, megoldásra váró ügyek rendezéséért.

Az ápoló-gondozó felelőssége a hiteles, pontos és megfelelően dokumentált információ átadása

ÁPOLÁSI PROTOKOLL		
Ápolási protokoll neve:	Ápolási és gondozási dokumentáció vezetése	ÁP 01-02
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport	
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor	
Készült:	2019.04.01.	Érvényes: 2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei	

ÁP 01-02 Ápolási és gondozási dokumentáció vezetése

- 1. Cél:** Az ápolási-gondozási tevékenységről teljes körű ápolási-gondozási dokumentációt kell vezetni, amely tükrözi az ápolási-gondozási folyamat minden elemét, valamint tartalmazza az ápolási-gondozási tevékenységet ellátó valamennyi ápolásszakmai feljegyzéseit.
- 2. Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- 3. Hivatkozások:**
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 98.§, 1/2000.(I.7.)SzCsM rendelet, 60/2003.(X.20.) ESzCsM rendelet 4. sz. melléklete

4. A folyamat leírása:

A teljes körű ápolási-gondozási dokumentáció szerkezeti és tartalmi elemeiben az aktuális egészségügyi gondozási szolgáltatás szakmai specifikumainak tükröződniük kell.

Az ápolási-gondozási tevékenységek dokumentálásához a szakszemélyzet előkészíti az aktuálisan szükséges formanyomtatványokat (folyadék lap, RR profil, vércukor profil, seb-decubitus, stb.), gondozási tervet, ápolási lapot, eseménynaplót, egészségügyi törzskartont.

Előkészítés:

Eseménynapló

Az osztályt átadó műszakfelelős ápoló-gondozó a műszakátadás megkezdéséig az eseménynaplóban rögzíti a műszak folyamán történt eseményeket. (ÁP01-01)

Kivitelezés:

Az ápolási-gondozási dokumentáció kötelező tartalmi elemei:

Személyi azonosító adatok: családi és utónév, születéskori név, anyja neve, születési év, hónap, nap, lakóhely vagy tartózkodási hely, társadalombiztosítási azonosító jel.

Az ápolási-gondozási dokumentáció kezelésének és alaki megfelelőségének általános szabályai: Minden ellátási eseményt annak kell dokumentálnia, aki észlelte, megállapította, mérte és végrehajtotta.

Az elvégzett ápolási-gondozási tevékenységek időbeni folyamatát az ápolási-gondozási dokumentációnak pontosan kell tükröznie.

Az adott tevékenységet végző személynek az ápolási-gondozási dokumentációt azonosításra alkalmas módon kell aláírnia. Informatikai eszközzel vezetett dokumentáció esetén is azonosíthatónak kell lenni az adatot rögzítőnek.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Az ápolási-gondozási dokumentációt csak jól olvasható, tiszta, egyértelmű, tartós írásképet adó eszközzel (tollal, informatikai eszközzel) lehet vezetni.

Dokumentálás

Gondozási terv egyénre szabott, tervszerű ellátást biztosítson, mely figyelembe veszi az ellátott egészségi, mentális, fizikai állapotát.

Életút interjú az ellátott életének főbb eseményeit tartalmazza. Ezt a lakó vagy a lakó elmondása alapján a szociális/mentálhigiénés munkatárs írja le a bekerüléstől számított egy hónapon belül, szükség esetén a család bevonása.

A lényeges ápolási-gondozási ellátások időpontját percnyi pontossággal kell dokumentálni.

Ápolási diagnózis: A felszínre hozott problémák és panaszok összességéből megállapított és prioritált, az ápolási folyamatot segítő ápolási kórkép/kórképek.

Ápolási terv: A tervezésnek tartalmaznia kell a felmért humán- és tárgyi erőforrásokat, azt, hogy mit, ki, mivel, hogyan, mikor, hol végezzen. Itt kap szerepet az ellátó team minden tagja, aki az ellátott egészségi állapotának javulása érdekében szorosan együttműködik az ápoló személyzettel (diétikus, gyógytornász, terápiás munkatárs). Az ápolási terv időbeni meghatározása: rövid távú terv-problémaorientált, középtávú terv-mindennapos feladat, hosszú távú terv-hónapokat, vagy hosszabb időszakot magába foglaló periódus.

Az ápolási folyamat értékelése: Az ápolási terv értékelése az ellátás során folyamatos, az ellátott állapotváltozása esetén szükség szerint módosítani kell. Ennek figyelembevételével a visszacsatolásra, tervmódosításra és kiegészítésre is sor kerülhet.

Egyedi esetek kezelése:

Kivételkezelés esetén a meglévő alap dokumentáción felül egyéni esetekben az eseménynaplóban történő rögzítés mellett szükségessé válhat feljegyzés készítése (vis major, vagy katasztrófahelyzet, jelentős üzemzavar, ellátottak közötti konfliktusok, tettelegességig fajuló agresszivitás, ellátotti jogsérelem gyanúja). Ezen feljegyzések készítéséről a gondozási egység vezető ápolója, vagy az intézmény magasabb vezetője dönt.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló az eseménynaplót naponta, a gondozási tervet negyedévente, az ápolási lapot havonta ellenőrzi. Az ellenőrzés tényét aláírásával hitelesíti. A mentálhigiénés csoportvezető negyedévente ellenőrzi a szociális/terápiás munkatárs és a mozgásterapeuta által vezetett egyéni gondozási terveket.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Életút interjú
- Gondozási terv
- Ápolási lap/Ápolási terv
- Eseménynapló
- Észlelő lapok/szakápolási dokumentumok (folyadék lap, RR profil, vércukor profil, seb-decubitus stb.),
- Egészségügyi törzskarton

6. Felelős: vezető ápoló, szociális/terápiás munkatárs, gyógytornász (mozgásterapeuta), ápoló-gondozó, szakápolásért felelős ápoló.

- A vezető ápoló felelős a gondozási terv elkészítéséért, valamint az ápoló-gondozók által vezetett dokumentumok pontos, szakmai irányelveknek megfelelő vezetéséért, annak napi ellenőrzéséért.
- A terápiás munkatárs, gyógytornász (mozgásterapeuta) felelős az egyéni gondozási terv mentális állapot, foglalkoztatás és a mozgás/mozgatás részének elkészítéséért és folyamatos vezetéséért, az életút interjú elkészítéséért.
- Az ápoló-gondozó a vezető ápoló által kijelölt ellátott ápolási tervének elkészítéséért és havonta történő vezetéséért felelős

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Intézményi és gondozotti textília kezelése	ÁP 01-03	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-03 Intézményi és gondozotti textília kezelése

1. **Cél:** Az intézmény valamennyi szervezeti egységén az ellátó tevékenységhez, valamint a kiszolgáló tevékenységhez a tiszta textília biztosítása. A dolgozók tiszta, fertőzésmentes védőruházatának biztosítása.
2. **Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
 Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
3. **Hivatkozások:**
 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Higiénés utasítás
4. **A folyamat leírása:**
 - Higiénés szempontból a mosoda három részre osztható: szennyezett, kiemelten szennyezett-fertőzött, tiszta oldal. A munkavégzésre vonatkozó higiénés és munkavédelmi előírások: Szennyes átvevő helyiségben az átvevőn és átadón kívül más nem tartózkodhat. A szennyes textíliával közvetlenül érintkező dolgozó köteles szájmaszkot és gumikesztyűt viselni.
 - Kórházból haztaérkező ellátott, illetve fertőző beteg esetében a ruházatot, valamint az általa használt textíliát - az erre a célra szolgáló szintelen, átlátszó, műanyag zsákban, felcímkézve, névre szólóan - az adott gondozási egység ápoló-gondozói kötelesek összegyűjteni, és a legrövidebb időn belül a mosodába eljuttatni. A gondozási egységeken összegyűjtött szennyes ruhák, textíliák mosodába való eljuttatásában a műszaki munkatársak nyújtanak segítséget.
 - Átvétel után a textíliát 4 szennyezettségi fok szerint kell szétválogatni, kerülve a felesleges rázást, dobálást és más porképző tevékenységet: 1. közepesen szennyezett textíliák 2. erősen szennyezett textíliák 3. vérrel, fekáliával szennyezett textíliák 4. fertőzött textíliák. A kiemelten szennyezett és/vagy fertőzött textíliát a mosodai fűzetbe "piros" színnel kell jelölni. Fertőzöttnek minősül minden textília, amely vérrel, testváladékkal szennyezett. Fertőző beteg és kórházból hazaérkező ellátott textíliája is fertőzöttnek minősül.
 - A mosodai fűzetben a mosásra tételesen átadott szennyes ruházat és textília tényét az átadó és átvevő aláírásával köteles igazolni. Dohányozni, étkezni, élelmiszert tárolni a mosodaüzem területén csak a kijelölt helyen szabad. A munkanap befejeztével fertőtlenítő jellegű takarítást kell végezni, továbbá hetente fertőtlenítő hatású nagytakarítást. A tiszta ruha megérkezése az adott gondozási egységre mindennap, délelőtt folyamán történik. Az ápoló-gondozó munkatársak végzik az intézményi és gondozotti textília megfelelő helyre pakolását. Az intézményi textíliát a tiszta ruha raktárban, tételesen a polcra pakolják. Dolgozói munkaruhát az erre a célra szolgáló szekrénybe helyezik, vállfára akasztva. A gondozotti textíliát minden gondozotról - a gondozott jelenlétében - a ruhásszekrénybe pakolják.

A folyamat végrehajtásához elsősorban szükséges egy elkülönített helyiség (pl. központi fürdő). Eszközök előkészítése: szájmaszk, gumikesztyű, nylonkötény, textilzsák (kis- és nagyméretű), fertőzött textília esetén átlátszó zsák, fehér textilzsák a dolgozói munkaruha összegyűjtéséhez.

Előkészítés:**Egyéni védőeszközök, dokumentumok****Kivitelezés:**

- A mosodai munkatársak a leszállított szennyes ruhákat, textíliákat a fertőtlenítő mosásig kötelesek - a higiénés előírások alapján - elkülönített helyen tárolni. A kiemelten szennyezett, fertőzött ruhákat és textíliákat kezelő dolgozók a gumikesztyűn kívül kötelesek védőfelszerelést is használni. A fertőtlenítő/tisztító mosást elkülönítetten kell elvégezni.
- A mosodai munkatársaknak a szennyezett ruhaneműk, textíliák mosógépben történő mosása esetén elsősorban 90-95 °C hőmérsékletű mosási programot kell alkalmazni.
- A szennyezett textíliákat a többi textíliától elkülönítve kell mosni. Fehérítőszerrel, savval dolgozók részére biztosítani kell védőszemüveget, gumikötényt, gumikesztyűt, továbbá ezek használata kötelező. Ballonban lévő oldatot ballonbuktató segítségével lehet csak adagolni. A munka kezdete, időleges megszakítása, befejezése előtt és után a dolgozó köteles higiénés kézfertőtlenítést végezni. A szennyes átvevő helyiség mosható felületeinek, padlójának fertőtlenítő takarítását naponta el kell végezni.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A szennyes intézményi és ellátotti textília összegyűjtése és összeírása az éjszakai műszakban lévő ápoló-gondozó feladata. Fokozottan figyelni arra, hogy mind az intézményi és gondozotti textília kezelése is a folyamatleírásnak megfelelően történjen. Különös gondot kell fordítani arra, hogy az intézményi, dolgozói és gondozotti textília maradéktalanul visszakerüljön a tulajdonosához. Az esetlegesen felmerülő problémát jelezni kell a mosodai munkatársak felé, amennyiben szükséges tájékoztatni kell az adott gondozási egység vezető ápolóját.

Dokumentálás:

A szennyes ruhákat, textíliákat az adott gondozási egység által megbízott dolgozó tételesen átadja a mosodai munkatársak részére, az erre a célra rendszeresített, 2 példányos mosodai füzetben történt bejegyzés szerint. A bejegyzés tartalmazza az intézményi textília megnevezését (új kiemelve) és mennyiségét, a dolgozói munkaruha megnevezését, mennyiségét, tulajdonosának a nevét, a lakó nevét, a mosodába leadott ruhaneműk, textíliák darabszámát, egyedi jelzéseket (szín, anyag, stb.) a beazonosítás céljából.

Egyedi esetek kezelése:

Az ellátotti panaszokat kötelező írásban az eseménynaplóban rögzíteni (ÁP 01-01)

A gondozotti textília eltűnése vagy megrongálódása (mosásból eredő állagromlás) esetén az adott gondozási egység vezető ápolója köteles az esetet kivizsgálni, szükség esetén feljegyzést készíteni és eljárni az esetleges kártalanítás ügyében.

A Kálvineum Idősek Otthonában nem működik teljesen elkülönített mosodai egység. A szennyezett textília egy részét intézményen belül mossák, másik részét külső vállalkozó szállítja el és végzi el a tisztítását. A Kálvineum Idősek Otthona vezetője ezen tevékenységet a protokolltól eltérően saját hatáskörben szabályozhatja.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló hetente ellenőrzi a protokoll szabályainak betartását.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Mosodai füzet
- Eseménynapló
- Vezető ápoló feljegyzése

6. Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó, mosodai munkatárs.

- A vezető ápoló felelős az intézményi textília biztosításáért, kezeléséért, tárolásáért, az ellátotti panaszok kezelésért .
- Az ápoló-gondozó a szennyes intézményi, és ellátotti textília, továbbá dolgozói munkaruha mosodába történő lejutásáért, valamint a tiszta textília gondozási egységekre történő felhozataláért, annak rendeltetésszerű kezeléséért felel.
- A mosodai munkatárs felel az egyes gondozási egységek által leadott szennyes textíliák átvételéért, a megfelelő mosási technológiáért, valamint a textíliák maradéktalan visszajuttatásáért a gondozási egységekbe.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Ágyazás és ágyhuzat csere		ÁP 01-04
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-04 Ágyazás és ágyhuzat csere

1. **Cél:** A gondozott kényelmének és nyugalmanak elősegítése. A gondozott ágyának rendbetétele.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

Patricia A. Potter - Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999.. III. kiadás 870-879. oldal), Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan - elmélet és gyakorlat, users.atev.hu, szocialis-gondozo.lapunk.hu

4. **A folyamat leírása:**

Az ágyazás formájának megválasztását mindig a gondozott állapota és az ágynemű szennyezettsége határozza meg. A megfelelően előkészített és jól beállított ágy a gondozott kényelmét, illetve az ápoló-gondozó munkájának megkönnyítését is szolgálja. A ráncmentesen felhelyezett ágyneművel megelőzhető a decubitus kialakulása. Az ágyazás alkalmat teremt a gondozott megfigyelésére. Az ágyak rendje, tisztasága, gondozottsága képet ad arról, milyen a gondozási egységen folyó ápolási munka. A gondozottaknak és a hozzátartozóknak is ügyelniük kell az ágyak tisztaságára.

Ágyazó kocsira készített eszközök: tiszta ágynemű (kellő mennyiségben), matracvédő, gumilepedő (fekvő gondozottnál), szennyes ledobó zsák, használt incontinencia védőeszköz ledobó zsák, szájmaszk, gumikesztyű.

A gondozott előkészítése: A gondozottat tájékoztassuk szándékunkról. Fennjáró ellátottat kérjük meg, üljön át a székbe, míg az ágyazást, ágyhuzat cserét elvégezzük. A kiültethető gondozottat pedig gondozói segítséggel ültetjük ki a székbe.

Előkészítés:

Ágyazókocsi, tiszta ágynemű, egyéni védőeszközök.

Kivitelezés:

Az ágyazást végezheti egy, illetve két ápoló-gondozó.

Ágyazás fennjáró gondozottnál:

Higiénés kézfertőtlenítést kell végezni, szárazra törítés után gumikesztyűt kell felhúzni. Az ágyazást a fejrésznél kezdik. Az ágyneműt lerakják a székre, sorrendben úgy, ahogy azok beágyazásra kerülnek. Először a párnákat. A takarót huzatában megigazítva. Ha van haránt és gumilepedő, összehajtják és a székre helyezik. Az alsó lepedőt az ágyról leemelik, lerázzák (maguktól ellentétes irányban), a takaróhoz hasonlóan összehajtják és a székre helyezik. A matracot meg kell fordítani, szellőztetni, a matracvédőt fertőtleníteni kell. Ha szennyezett az ágynemű, akkor le kell húzni és a szennyes ledobó zsákba helyezni. **Beágyazás:** Az alsó lepedőt a székről leemelik és a matracvédővel ellátott matraca fektetik. Szétnyitják, majd az ágy két végére visszahajtják. Az összehajtott gumilepedőt az ágy középvonalára teszik. A szétnyitott gumilepedőt feszesen a matrac alá hajtják. A haránt lepedőt hasonló módon ágyazzák be, ügyelve

arra, hogy teljesen fedje a gumilepedőt, illetve érjen is túl rajta. A lepedőket mindig lefelé fordított tenyérrel hajtják a matrac alá. Az összehajtott takarót az ágy falvédő felőli részéhez hajtogatják. Ha szükséges, tiszta huzattal látják el. A párnákat visszahelyezik az ágyra, gombos, illetve nyitott vége az ajtóval ellentétes irányba nézzen. Ágytakaróval az ágyat letakarják. A gumikesztyűt a veszélyes hulladék gyűjtőbe dobják, majd kezet mosnak.

Kiültethető gondozott ágyának elkészítése:

A gondozott kiültetése (ÁP 01-12)

A gondozott kiültetését követően az "Ágyazás fennjáró gondozottnál" leírtak szerint kell eljárni.

Fekvő gondozott ágyának elkészítése:

Higiénés kézfertőtlenítést kell végezni, szárazra törlés után gumikesztyűt kell felhúzni. Lehetőség szerint két ápoló végezze az ágyazást. Az ajtót és az ablakot becsukják. Az ágyat a fejrésztől kezdve közösen felbontják. A takaró két sarkát megfogják és az egyik ápoló-gondozó, ha szükséges, a rajta lévő morzsát lesöpri a középrészig, majd itt megemelve az alsó részéig letisztítja. A gondozottat hónaljfogással egy kissé megemelik. Az egyik ápoló-gondozó szabad kezével a puha párnát a maga oldalára húzza. A gondozottat visszafektetik, majd a paplant az egyik ápoló-gondozó kissé maga felé húzza. Az ellátottat közösen átfordítják arra az oldalra, ahová a párnát kihelyezték. Ügyelni kell arra, hogy a gondozott mindig be legyen takarva. Először az az ápoló-gondozó ágyaz, akinek oldalán szabad lett az ágyfél. A takarót a gondozott törzséig visszahajtják. A harántlepedőt lesöprik, a gumilepedőt felhajtják, majd feszesre húzva beágyazzák. A gondozottat a hátára fordítják, a fejét kissé megemelik, a párnát áthelyezik a már beágyazott oldalra. Ezután a másik oldal beágyazása következik. A gondozottat visszafordítják középre, az egyik ápoló-gondozó az ellátottat tartja, a másik a párnákat felfrissítve visszahelyezi úgy, ahogyan a gondozottnak kényelmes. Ha szükséges ágyhuzat cserét is végeznek. A szennyest az erre a célra kijelölt szennyes tárolóba kell tenni. Az előkészített eszközöket megtisztítva a helyére teszik. A gumikesztyűt a veszélyes hulladék gyűjtőbe dobják, majd higiénés kézfertőtlenítést végeznek.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés gyakorisága: a vezető ápoló által készített ütemterv szerint, a szolgálatban lévő ápoló-gondozó végzi. Ágynemű csere történhet szükség esetén, ill. az ellátott saját kérésére is.

Dokumentálás:

Az ágyhuzat cseréjének tényét az eseménynaplóban rögzíti a műszakfelelős ápoló-gondozó. A művelet alatt megfigyelteket is dokumentálja.

Egyedi esetek kezelése:

A gondozotti egyéni igényeket (saját ágynemű) teljesíteni kell.

Betegmozgatás során szükség esetén (nagy súlyú beteg, vagy 1 ápoló) a betegemelő alkalmazása kötelező.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló folyamatosan ellenőrzi az ágyazás, ágyhuzat csere végrehajtását (fürdetésirendhez kapcsolódóan).

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: Vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős a protokollban foglaltak betartásáért.
- Az ápoló-gondozó felelőssége az előírt és gondozotti igények alapján az ágyazás és ágyhuzat-csere végrehajtása.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	A gondozott azonosítása		ÁP 01-05
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-05 A gondozott azonosítása

1. Cél: Az intézményben a gondozottak azonosítása szabályozott módon, az egészségügyi-, szociális- és adatbiztonsági követelményekre tekintettel történjenek.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1997.évi CLIV.tv. az egészségügyről, 1/2000.(I.7.)SzCsM rendelet, Európai Parlament és a Tanács 2016/679. sz. rendelete (GDPR: általános adatvédelmi rendelet)

4. A folyamat leírása:

Az egészségügyi státuszlapon feltüntetett törzsszám, az ellátott neve, születési helye és ideje, anyja neve, TAJ száma egyértelműen azonosítja az ellátottat. Az azonosító adatokat minden esetben személyazonosító okmányból kell megszerezni (pd. személyi igazolvány, útlevél, járművezetői engedély). Az azonosító adatok egy része fel van tüntetve az ápolási-gondozási dokumentációkon. Az ellátottat minden egyes ellátási esemény előtt azonosítani kell úgy, hogy az azonosítót a dokumentáción felüntetett adatokkal össze kell hasonlítani.

Mindig elő kell készíteni az adott helyzetnek (szállítás, kórházba küldés, stb.) megfelelő vagy ápolási-gondozási művelet elvégzéséhez szükséges ellátotti dokumentációt.

Előkészítés:

Eseménynapló, adekvát ápolási gondozási dokumentáció.

Kivitelezés:

Kötelező az ellátott azonosítása: Gyógyszerosztáskor az ápolási lap alapján. Minden ápolási-gondozási tevékenység elvégzése előtt (pd. ágyfürdő, zuhanyfürdő, szájápolás, körömápolás, incontinentia védőeszköz csere, decubitus kezelés, gyógytornára, foglalkozásra kísérés esetén - egészségügyi státuszlap, ambuláns lapok, terápiás lapok). Minden invazív beavatkozás előtt (pd. vérvétel-laboratóriumi vizsgálatkérő lap). Szakrendelőbe, kórházba küldéskor (ambuláns lap, személyi adatlap). Szállítás esetén (betegszállítási utalvány, személyi adatlap). Az ellátottakat védelmük és biztonságuk érdekében kilépő kártyával látjuk el, mely kilépéskor a portaszolgálatnál marad, ill. kilépéskor az adott gondozási egység távolléti naplójába is beírják távozásuk időpontját, helyét, a megérkezés várható időpontját.

Elhunyt ellátott azonosítása: A halottszemlét végző intézményi orvos/háziorvos vagy ügyeletes orvos két példányban kiállítja az elhunyt ellátott azonosítására szolgáló lábcédulát, amely vízzel lemoshatatlanul tartalmazza az elhunyt ellátott nevét, születési dátumát, halála helyét és idejét, és azt az elhunyt ellátott két ellentétes oldalú végtagjára rögzíti.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Fontos az ellátottak tájékoztatása arról, hogy azonosításuk milyen célból történik.

Dokumentálás:

Az azonosítás elvégzése minden releváns, és a folyamat leírásban meghatározott esetben kötelező, ennek dokumentálása az adott tevékenységhez adekvát dokumentációban történik.

Egyedi esetek kezelése:

Pszichiátriai vagy demens ellátottak azonosítása: Intézményi felvételük során lemásoljuk a személyazonosító igazolványukat, a benne szereplő fénykép alapján megnyugtatóan azonosíthatóak e kiemelt kockázatú csoportba sorolható ellátottak.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló folyamatosan ellenőrzi a gondozottak azonosítása szabályszerűségének betartását, erről elkülönített ellenőrzési dokumentáció vezetése nem szükséges.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Egészségügyi dokumentumok, laboratóriumi vizsgálatkérő lap, terápiás lapok (pd. decubitus kezelési lap, sebkezelési lap, folyadéknap, stb.), ambuláns és vizsgálatkérő lapok, betegszállítási utalvány, járműigénylő lap, távolléti napló, kilépő kártya

6. Felelős: vezető ápoló, szociális vagy terápiás munkatárs, ápoló-gondozók, műszaki koordinátor, gépkocsivezető munkatársak.

- Az alkalmazásban érintett munkavállalók felelősek a gondozottak ellátását-szállítását-beavatkozást megelőző beazonosítások elvégzéséért.
- Vezető ápoló felelős az azonosítás ellenőrzéséért.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Higiénés kézfertőtlenítés	ÁP 01-06	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-06 Higiénés kézfertőtlenítés

1. Cél: A kéz bőrfelületen lévő tranziens (átmeneti) mikroflóra elpusztítása, inaktiválása. Fertőzési lánc megszakítása. A kézzel átvehető nosocomiális fertőzések megelőzése.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet, Kézhygiéné a bentlakásos szociális intézményekben (EPINFO 2014. július 04. 21. évf. 26. sz.),

A kézhigiéne gyakorlata az egészségügyi és az ápolást végző szociális szolgáltatásokban (2010. november 10. 17. évf. 2. sz.),

Szívügyünk a kézhigiéné (WHO oktatóanyag 2011.),

Módszertani kézikönyv 2018. ÁEEK („Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” projekt Betegbiztonsági alprojekt ÁEEK munkacsoport EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001)

4. A folyamat leírása:

Kézhigiéné indikációi: Az ellátott érintése előtt. A szeptikus beavatkozás előtt. Az ellátott váladékaival, vérrel történő expozíció után. Az ellátott érintése után. Az ellátott környezetének érintését követően.

Új dolgozó munkába állását megelőzően az adott gondozási egység vezető ápolója intézkedik a higiénés kézfertőtlenítésre vonatkozó oktatás megtartásáról.

Előkészítés:

Az intézményben folyamatosan rendelkezésre állnak a szükséges fertőtlenítő/kéztisztító szerek, külön előkészítést nem igényel.

Kivitelezés:

Lehetőleg két fázisban kell, hogy történjen a kézfertőtlenítés, így biztosítható leginkább, hogy hatékony és gazdaságos legyen a kézhigiénés protokoll alkalmazása. A módszer lényege, hogy különválasztja a kézmosást a kézfertőtlenítéstől.

Amennyiben látszólag is szennyezett a kéz, úgy **kézmosás** szükséges, amihez egy lágy, lehetőleg színezék- és illatanyagmentes, nem biocid hatású szappan szükséges. Ekkor a szennyeződések eltávolítása a fő szempont. Minden egyéb esetben pedig, amikor szükséges kezet fertőtleníteni, az alkoholos kézfertőtlenítő folyadék használata javallott. A kézfertőtlenítő esetében fontos kiemelni, hogy alkoholos kézfertőtlenítőket ajánlanak, mivel az egyetlen olyan kézfertőtlenítő hatóanyag, mely teljes mértékben elpárolog a kézről, így nem okozhat rezisztenciát a kórokozók között (pl.:Sterilium).

Kézfertőtlenítés (alkoholos kézbedörzsölés):

Gyors, egyszerű, rutinszerűen alkalmazható eljárás, víz hozzáadása nélkül. Az alkohol alapú kézfertőtlenítő szert oly módon kell bedörzsöléses módszerrel a kézre vinni, hogy az a kéz teljes felületét belepje, és semmilyen rész ne maradjon ki. Egyszeri adagja 3-5 ml. A folyamat végén a kezeket leöblíteni, lemosni, törölni tilos, a szert hagyni rá kell rászáradni a kézfelületre. Alkoholos kézbedörzsölést kell végezni általában, ha a kéz láthatóan nem szennyezett, a gondozottal történő érintkezés előtt és után, valamint a gondozott tárgyainak érintése után.

Dokumentálás:

A kézhigiénére vonatkozó gyakorlati oktatás megtörténtét minden dolgozó számára belépéskor, majd az évente folyamatosan működő gyakorlati oktatás tényét dokumentálni kell.

A helyes kézfertőtlenítést magyarázó poszterek az intézmény közösségi terein és minden gondozási egységen a kihelyezett kézfertőtlenítők mellett ki vannak függesztve. A higiénés kézfertőtlenítésre vonatkozó Módszertani Kézikönyv (tájékoztató anyagok) az intézmény valamennyi gondozási egységén rendelkezésre állnak.

Egyedi esetek kezelése:

Spóráképző bakteriális fertőzések, clostridium okozta infekciók vagy annak gyanúja esetén az alkoholos bedörzsölés ezen indikációkban nem elégséges. Ekkor kézfertőtlenítő kézmosást kell végezni egy fázisban.

Fertőtlenítő kézmosás (tisztítás és fertőtlenítés egy fázisban):

Egyfázisú tisztító és fertőtlenítő szerrel feloldjuk és eltávolítjuk a kézen lévő szennyeződések és elpusztítjuk a mikroflórát. 3 ml szerrel 1 percig bedörzsöljük a kezeket, kb. egy percig végezzük, majd langyos vagy hideg folyóvízzel a kezet többször leöblítjük, majd egyszerűhasználatos törülközővel szárazra töröljük.

Ellenőrzés:

Gondozási- és szervezeti egységek vezetői

5. Folyamat dokumentumai:

- Higiénés utasítás/infekciókontroll kézikönyv
- Dokumentáció a higiénés kézfertőtlenítés oktatásának megtörténtéről

6. Felelős: vezető ápoló, minden dolgozó, aki az ellátásban részt vesz

- Vezető ápoló a szükséges anyagok, eszközök rendelkezésre állásáért, alkalmazásáért felelős.
- A higiénés kézfertőtlenítés betartásáért minden ellátottal közvetve, vagy közvetlenül érintkező dolgozó felelős.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Általános betegmegfigyelés	ÁP 01-07	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-07 Általános betegmegfigyelés

1. Cél: A gondozott megfigyelése az ápolási munka egyik legfontosabb része. Az egyes betegségek legfontosabb tüneteit ismernie kell az ápoló-gondozónak, mert el kell tudnia különíteni a lényegest a kevésbé fontostól, tudnia kell, mikor kell a gondozotthoz orvost hívnia, sőt alkalom adtán azt is, hogy életveszélyben az orvos megérkezéséig mi a teendője.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

szocialis-gondozo.lapunk.hu, apolastan.uw.hu, gyakorloapolo.webnode.hu, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan 2. (Medicina, Budapest 1989.)

4. A folyamat leírása:

Alapfogalmak:

Szubjektív tünet: az olyan tünet, amelyet csak a beteg észlel (pl. hányinger).

Objektív tünet: az olyan tünet, amelyet mi is észlelünk megfigyelés vagy vizsgálat útján (cyanosis, sérülés, stb.).

Előkészítés:

Az általános betegmegfigyelés eszközöket nem igényel, ugyanakkor törekedjünk kizárni az esetleges zavaró körülményeket. Az első benyomások alapján gyorsan tájékozódunk a gondozott állapotáról.

Kivitelezés:

Járás: a járás megfigyelése fontos adatokat szolgáltat. Ha gyakran megáll, különösen lépcsőn járáskor, keringési elégtelenségre vagy a végtag artériás keringési zavarára kell gondolni. Ha a nehéz járáshoz sápadtság, verejtékezés, cianózis is társul, az súlyos betegséget jelent.

Beszéd: a beszéd közben tartott kényszerű szünetben jól felismerhetők a nehézlégzés tünetei.

Arc- és arckifejezés: Az arc színe, az arcjáték jellemző bizonyos állapotokra. Súlyos beteg ellátott arca gyakran sápadt, mimikaszegény, szeme beesett, máskor viszont a szokatlan arcjáték utal súlyos betegségre (un. "hippokratészi arc"). Kipirult arc lázra utal, mely gyakran bágyadt tekintettel is jár. Gyakran piros a cukorbeteg arca (rubeosis). Súlyos betegség miatt lefogyott, rosszul táplált, cachexiás gondozott arca beesett, a pofacsontok jellegzetesen kiállnak. Kerek, száraz bőrű, kifejezéstelen a myxoedemás gondozott arca. Riadt, nyugtalan tekintet, csillogó, kidülledt szemekkel pajzsmirigy túlműködésre, hyperthyreosisra utal. A mellékvesekéreg túlműködése jellemző arckifejezéssel ("holdvilágarc" vagy "babaarc") jár. A pupillák kitágulása lehet gyógyszerhatás következménye. Morfium hatására a pupillák beszűkülnek.

Bőr: Az ellátott vetkőztetése során illetve fürdetéskor sok mindenről lehet tájékozódni: bőr, hát, has, kéz és láb körmei, tápláltságról, a bőr turgoráról is.

A bőr megtekintésekor annak vérteltségét, színét, hőmérsékletét, nyirkosságát és a bőrön lévő kóros elváltozásokat figyeljük.

Rózsaszín: egészséges ember bőre. Sápadt: vérvesztés, idült szívbetegség, mérgezés. Sárga: máj és epeút betegség. Barna: mellékvese elégtelenség. Fakószürke: daganatos cachexiás beteg bőre. Cyanosis: oxigénhiányos állapotra utal. Sápadt cyanosis: keringési elégtelenségben fordul elő. A bőr tapintata: száraz, nedves (izzadó, meleg, kipirult bőr lázra utal), hűvös tapintatú, verejtékes (súlyos betegségben). Bőrelváltozások: vakarásnyomok, hegek, kiütések, oedema (vizenyő).

Az egyes testrészek megtekintése:

Fej: a fej formája, a fejen lévő szervek alakja, nagysága jellemző bizonyos betegségekre /haj, ajkak, szemek (lázas beteg szeme csillogó), szemgolyó (kidülledt - pajzsmirigy-túlműködés).

Nyak: A legfeltűnőbb eltérés a pajzsmirigy megnagyobbodása vagy a nyirokcsomók duzzanata.

Mellkas: hordó alakú mellkas, tyúk mellkas, cipész mellkas, légzési kiterés fejlődési rendellenességek, emlők elváltozásai figyelhetők meg.

Has: hasvíz (ascites), sok bélgáz (meteorismus), kemény, behúzott has (hashártya gyulladásra utal), korábban végzett műtéti heg, tágult hasfali vénák (vénás keringési zavar esetén), striák (terhesség, hízás miatt) figyelhetők meg.

Végtagok: csonkolt-e a végtag, duzzanat (vénás keringési zavar, thrombosis), sorvadás (idegrendszeri betegség), cyanosis (rossz keringés), ízületek duzzanata, remegés (tremor, idegrendszeri betegség), bénulás.

Körmök: ápoltasága, színe: szederjes (keringési elégtelenség), sápadt (vérszegénység). Egyes betegségekből óraüvegszerűen domborúak a körmök és többnyire az utolsó ujjperc is kiszélesedett.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A műszakfelelős ápoló-gondozó a feladatvégzés során, amennyiben a szokásostól eltérő tüneteket, jeleket tapasztal az ellátottnál, szükség esetén konzultál a vezető ápolóval, intézményi orvos/háziorvossal, ügyeletos orvossal, ill. mentő hívását kezdeményezi.

Dokumentálás:

A műszakfelelős ápoló-gondozó részletesen dokumentálja az eseménynaplóban az ellátott általános megfigyelése során tapasztalt tüneteket, jeleket. A szokásostól eltérő esetben tett intézkedéseket rögzíti a folyamat dokumentumaiban.

Egyedi esetek kezelése:

Akut, életet veszélyeztető állapot fennállása esetén azonnali segítségnyújtás és mentő hívása szükséges.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló naponta ellenőrzi az adott gondozási egység ápoló-gondozóinak dokumentációját.

5. Folyamat dokumentumai:

- Gondozási terv
- Ápolási lap/Ápolási terv
- Eseménynapló

6. Felelős: Vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős az általános betegmegfigyelés folyamatának betartásáért, és betartatásáért.
- Az ápoló-gondozó felelős az ápolási-gondozási folyamatok végzése közben az ellátottnál észlelt eltérő tünetek, jelek esetén a megfelelő intézkedések megtételéért.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Kardinális állapot (vérnyomás, pulzus, testhőmérséklet, légzés) megfigyelése		ÁP 01-08
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-08 Kardinális állapot (vérnyomás, pulzus, testhőmérséklet, légzés) megfigyelése

1. **Cél:** Tájékozódás a keringési rendszer, a hőszabályozó központ és a légzőközpont működéséről, állapotáról.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

Elkin, Perry, Potter: Ápolói beavatkozások és műveletek (Medicina, Budapest, 2000.), J.Smith Temple, Joyce Young Johnson: Gyakorlati ápolástan (Medicina, Budapest, 1997.), Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan - gondozástan (Medicina, Budapest, 2009.)

4. **A folyamat leírása:**

Vérnyomásmérés: olyan önállóan végezhető ápolási tevékenység, melynek során az ápoló-gondozó általában a felkaron az art.brachialis felett megméri az érben keringő vérmennyiségnek az erek falára gyakorolt hatását.

Systoles nyomás: a bal kamra összehúzódása során a kilökött vérmennyiségnek az artéria falára gyakorolt nyomása.

Dyastolés nyomás: a bal kamra elernyedésekor az erek rugalmasságából adódó minimális nyomás.

Vérnyomás mérés helye: art.brachialis felett vagy art.radialison vagy art.poplitean is lehet.

Vérnyomásmérés gyakorisága: naponta egyszer, de a gondozott állapotától és diagnózisától függően orvosi utasításra naponta többször is.

Eszközök: vérnyomásmérő (felkaros automata, órás), fonendoszkóp. Automata vérnyomásmérő esetén fonendoszkóp használata nem szükséges.

A pulzus megfigyelése: önállóan végezhető ápolási tevékenység. Elvégzése történhet: a gondozott kérésére, az ápoló-gondozó önálló döntésére, orvosi utasításra.

Pulzus száma: az egy perc alatti lüktetések száma.

Testhőmérséklet mérése: olyan önállóan végezhető ápolási tevékenység, mely során az ápoló-gondozó megméri a szervezet belső un. maghőmérsékletét.

A hőmérséklet-mérés történhet: gondozott kérésére, az ápoló-gondozó önálló döntésére, vezető ápolói vagy orvosi utasításra.

Légzés megfigyelése: Olyan önállóan végezhető ápolási tevékenység, mely során az ápoló-gondozó megfigyeli a külső légzést (ki- és belégzés).

Előkészítés

Tárgyi eszközök: A kardinális állapot méréséhez észleléséhez szükséges adekvát, sérülésmentes eszköz előkészítése. RR mérő, fonendoszkóp, másodpercmutatós óra, digitális testhőmérő.

A gondozott előkészítése: A tevékenység szükségességének, lényegének ismertetése. A gondozott kényelmes (ülő vagy fekvő) helyzetbe történő elhelyezése.

A környezet előkészítése: A nyugodt körülmények biztosítása.

Az ápoló-gondozó feladata a vitális paraméterek mérése előtt: A gondozott azonosítása (térben és időben orientált ellátottat megszólítással, egyéb esetben egészségügyi dokumentáció alapján). A fertőtlenített eszközök előkészítése, működésének ellenőrzése. Higiénés kézfertőtlenítés.

Kivitelezés:

Vérnyomásmérés kivitelezése:

Órás vérnyomásmérő használata során: Az ápoló-gondozó is ülő helyzetben végezze ezt a tevékenységet. Az ápoló-gondozó tegye a gondozott felkarját szabaddá. Fekvő helyzetben a kart támassza alá, ülő helyzetben tegye a szék karfájára úgy, hogy a tenyér felfelé nézzen. Megfelelő méretű, légtelenített mandzsetta használata. A fonendoszkópot tegye a könyökhajlat belső oldalára az art.cubitalis fölé. Az ápoló-gondozó zárja a felfújó ballon szelepét és fújjon annyi levegőt a mandzsettába, hogy az ott kialakuló nyomás hatására a véráramlás átmenetileg megszűnjön. Ezt a könyökhajlatban hallgatózással lehet észlelni. A fonendoszkóppal folyamatosan hallgatózva a ballon szelepét ki kell nyitni és a levegőt lassan kiengedni. Az első hang észlelésekor a nyomásmérőn mutatott érték megegyezik a systoles nyomással. A szeleppel tovább csökkentve a mandzsetta nyomását a kopogó hang jól hallható. A hang megszűnésekor mért érték a diastoles nyomás. A vérnyomás befejezése után a gumiballonból a levegőt teljesen ki kell engedni. Az ápoló a mandzsettát vegye le a beteg karjáról, a benne maradt levegőt távolítsa el. A felkaros automata vérnyomásmérő alkalmazása során a használati útmutatóban foglaltak szerint kell eljárni.

Pulzus vizsgálata: a pulzus tapintását ott lehet elvégezni, ahol egy artéria csont vagy izom felett felületesen fekszik. Pulzusvizsgálat helyei: legmegszokottabb helye az art.radiális, mely a csuklónak a hüvelykujj felőli oldalán helyezkedik el. A pulzus más helyen is mérhető. Pulzusmérés gyakorisága: orvosi utasításra.

Az ellátott előkészítése: a kényelmes helyzetbe történő elhelyezése. A pulzusszámolást ülő vagy fekvő helyzetben kell végezni. A gondozott nyugodtan fekdjön, vagy üljön magát elengedve, mert az izomfeszülés a pulzusszám változását eredményezheti. Ha a gondozott valamilyen fizikai tevékenységet végzett, várjunk 5-10 percig.

Pulzusmérés: Az ápoló-gondozó üljön, vagy álljon a gondozott mellé. Az art.radialison történő méréskor a gondozott nyújtsa ki az alkarját és a csuklóját, a tenyerét fordítsa lefelé. Az ápoló-gondozó a pulzust három ujjával tapintsa ki. A pulzust egy percig számolja. Közben figyelje meg a pulzus ritmusát, teltségét, a szabálytalanság jeleit.

Hőmérséklet mérésének helyei: hónalj (leggyakrabban), végbél, szájüreg (csak az egész testre kiterjedő bőrbetegség esetén), lágyékhajlat (ritkán). Hőmérsékletmérés gyakorisága: új ellátott érkezésekor (ha az állapota indokoltá teszi), lázas állapot esetén naponta több alkalommal, influenza elleni oltás esetén az oltóanyag beadása előtt és után.

Hőmérséklet mérése: A hónaljban történő mérés előtt ellenőrizni kell a hónaljárok szárazságát és azt, hogy a gondozott a hőmérőt képes-e tartósan megtartani. Szájhőmérőzés előtt az ellátott nem fogyaszthat hideg vagy meleg ételt vagy italt. Az eszköz használatának ismertetése, illetve magatehetetlen gondozott esetében az eszköz behelyezése. Hónaljban a helyes mérési mód az, ha a gondozott a hőmérőt a hónaljárokba helyezi, majd a mellkasához szorítja, és az alkarját maga előtt összekulcsolja. A végbélben való hőmérőzésnél a gondozott oldalt fekvő helyzetben van. A hőmérő vékonyított végét vékonyan be kell vonni kenőanyaggal, majd a végbélnyílás feltárása után óvatosan a végbélbe kell vezetni. Szájhőmérőzésnél a hőmérő végét a nyelv alá kell tenni. Nem kooperáló, illetve zavart tudatú gondozott a hőmérsékletmérés ideje alatt nem hagyható magára. A mérés végét a hőmérő hangja jelzi. A hangjelzés után a mérés eredménye a digitális kijelzőn leolvasható. A végbélben való hőmérőzésnél a leolvasott értékből 0,5 °C-ot, szájban való mérésnél 0,3 °C-ot le kell vonni.

Légzés megfigyelése: A légzés az oxigén és szén-dioxid kicserélődése a vér és a légköri levegő, ill. a vér és a szövetek között. A légzésszámlálás akkor pontos, ha a gondozott nem veszi észre, ezért a pulzusméréssel együtt végezzük. A pulzus-számlálás befejezése után tovább fogjuk a gondozott karját és észrevétlenül számoljuk a mellkas emelkedését, ill. a takaró mozgását. Esméletlen, felületesen légző gondozott légzését a mellkasfalra helyezett kézzel számoljuk.

A légzés-számlálás történhet: ápoló-gondozó önálló döntésére, orvos utasítására. A légzésszámlálást célszerű a pulzusméréssel egybekötve elvégezni.

Ápoló-gondozó feladata vitális paraméterek mérése után: Higiénés kézfertőtlenítés, rendellenesség esetén az orvosnak jelezni, eszközök tisztítása, fertőtlenítése, elpakolása, a kapott eredmény dokumentálása.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés gyakorisága: a vezető ápoló által meghatározott ütemterv, orvosi utasítás és tünetek észlelése, panaszok jelzése szerint a szolgálatban lévő ápoló-gondozó végzi.

Tilos vérnyomást mérni viszeres karon, bénult karon, ideggyulladásos karon, előzőleg iv. beadás történt, adott oldalon mell-hóinalji műtét történt!

Dokumentálás:

A kardinális állapot vizsgálata során a kapott eredményeket a műszakfelelős ápoló-gondozó dokumentálja az ápolási lapon/ápolási dokumentációs lapon, az eseménynaplóban.

Egyedi esetek kezelése:

Akut, életet veszélyeztető állapot fennállása esetén azonnali ellátás, mentő hívása szükséges.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló naponta ellenőrzi, hogy a szolgálatban lévő ápoló-gondozó a vérnyomás mérést ütemterv szerint hajtotta-e végre, ill. megfelelően dokumentálta a vitális paraméterek észlelését.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős a kardinális állapot megfigyelése protokollban előírtak betartásáért és betartatásáért.
- Az ápoló-gondozó köteles a protokoll szerint eljárni.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Bőr és járulékos elemeinek tisztán tartása	ÁP 01-09	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-09 Bőr és járulékos elemeinek tisztán tartása

1. **Cél:** A gondozott bőrének és járulékos elemeinek tisztán tartása, komfortérzetének biztosítása.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan 1. (Medicina, Budapest 1989.), Gene Campbell - Mary Elizabeth Milliken: Mindennapos betegápolás (Medicina, Budapest, 2006.), Patricia A.Potter, Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Medicina, Budapest, 2002.)

4. **A folyamat leírása:**

Fürdetés (ágyfürdő, zuhanyfürdő): A testi higiénés szükségletek biztosítása. A napi tisztálkodással eltávolítjuk a gondozott bőréről a szennyeződések, serkentjük a keringést, fokozzuk a gondozott kényelmét, megnyugtatjuk idegeit, biztosítjuk a gondozott személyi higiénéjét és komfortérzetét.

Szájápolás: Önállóan, orvosi utasítás nélkül végezhető feladat, az ápoló-gondozó saját felelősségére, saját hatáskörben végzi.

Körömápolás: Önállóan, orvosi utasítás nélkül végezhető feladat, az ápoló-gondozó saját felelősségére, saját hatáskörben végzi. Esztétikus köröm kialakítása, benövések, gyulladások megakadályozása.

Férfi beteg borotválása: Önállóan végzendő ápolási feladat. A férfiak testi higiénéjéhez szorosan hozzátartozik a rendszeres borotválkozás. Ha ebben betegségek gátolja őket, az ápoló-gondozónak kell segítenie.

Előkészítés:

Fürdetési eszközök: ágyazó kocsi (elegendő ágyneművel), tisztálkodó szerek (folyékony szappan, sampon), szivacs, két törölköző, gumikesztyű, fürdető kocsi, bőrvédő krém, paraván.

Hajmosáshoz eszközök: törölközők, szivacs, sampon, szükség esetén gyógyszampon, hajbalzsam, mosdótál, kancsó a vízkiöntéshez, vödör, szék, gumilepedő, vagy hajmosó gyűrű, fésű, szükség esetén hajszárító, gumikesztyű, ágyvédelem (gumi- és textil lepedő).

Szájápoláshoz eszközök: fertőtlenítő oldat (pl. hidrogén-peroxid vízzel kétszeresére hígítva), száj kitörlésére nyelv lapoc, melyet gézzel von be, kipárnázott nyelv lapoc a szájterpesztésre, törlőruha, papírvatta, vesetál, hideg vízzel telt pohár, egyszerhasználatos steril kesztyű, szívóberendezés, szívókatéter, semleges hatású krém, Borax-glycerin, paraván

Körömápolási eszközök: mosdótál, vesetál, törölköző, körömvágó, karomvágó, körömrészlő, gumikesztyű, körömkefe, szappan.

Férfi beteg borotválásához szükséges eszközök: melegvíz, mosdótál, borotva és penge, borotvahab, törölköző, bőrápoló arcszesz, tükör.

A gondozott előkészítése: A tevékenység szükségességének, lényegének ismertetése. A gondozott kényelmes (ülő vagy fekvő) helyzetbe történő elhelyezése.

A környezet előkészítése: Megfelelő hőfokú nyugodt, intim körülmények biztosítása.

Kivitelezés:**Ágyfürdő kivitelezése:**

Ébressze fel és azonosítsa a gondozottat és kívánjon jó reggelt, vagy a napszaknak megfelelően köszönjön.

Ellenőrizze, hogy a lakószoba ablakai be vannak-e zárva.

Ellenőrizze a kardinális tüneteket.

Gondoskodjon a székelési és vizeleti szükségletek elvégzéséről.

Tájékoztassa a gondozottat a beavatkozásokról.

Lehetőség szerint paravánnal különítse el a beteget, ha többszemélyes szobában lakik.

A szükséges mértékben segítsen levenni a gondozott hálóingét, pizsamáját vagy ruhaneműjét.

A gondozott állapota és egyéni kívánsága szerint segítsen a gondozottnak.

A lemosás sorrendje: arc, fül, nyak, kéz, karok, hónalj, mellkas, has, hát, genitális tájék, combok, lábszár, lábfej. Gondoskodjon róla, hogy a víz mindig testhőmérsékletű legyen.

A gondozott bőrét mindenkor törölje szárazra. A testhajlatokat hintőporozza be vagy használjon bőrvédő krémet. A kettő egy időben és helyen történő alkalmazása tilos. Járjon el az ellátott igénye szerint.

Öltöztesse a gondozottat tiszta ruhaneműbe (napszaknak és évszaknak megfelelően).

Végezze el a szükséges ágyneműcseréket. Végezzen higiénés kézfertőtlenítést.

Dokumentálja a tevékenységét a vonatkozó dokumentációban.

Zuhanyfürdő kivitelezése:

Azonosítsa a gondozottat, tájékoztassa, hogy milyen folyamat következik. Ellenőrizze, hogy megfelelő-e a hőmérséklet a szobában és a fürdőszobában.

Győződjön meg róla, hogy nincs-e akadályozó tényező a fürdőszobában, mely a folyamatot akadályozná, illetve megfelelő a higiénés rendje.

Készítse elő a zuhanyfürdőhöz szükséges eszközöket.

Ellenőrizze a kardinális tüneteket.

Gondoskodjon a székelési és vizeleti szükségletek elvégzéséről.

A szükséges mértékben segítsen levenni a gondozott hálóingét, pizsamáját, ruhaneműjét.

Kísérje ki az ellátottat a fürdőszobába, fürdőlepedőben, amennyiben szükséges fürdetőszék használata, segítsen átültetni az ellátottat és tolja be a fürdőszobába.

Gondoskodjon róla, hogy a víz mindig testhőmérsékletű legyen.

Amennyiben szükséges, végezzen hajmosást.

A mosakodás sorrendje: arc, fül, nyak, kéz, karok, hónalj, mellkas, hát, genitális tájék, combok, lábszár, lábfej.

A gondozott bőrét mindenkor törölje szárazra.

Kísérje, vagy amennyiben fürdetőszéket használ, tolja be az ellátottat a szobába, használjon fürdőlepedőt, mellyel betakarja a gondozottat, fennjáró ellátott esetén köntöst.

A testhajlatokat hintőporozza be, vagy használjon testápoló krémet vagy bőrvédő kenőcsöt. A kettő egy időben és helyen történő alkalmazása tilos. Járjon el az ellátott igénye szerint.

Öltöztesse a gondozottat tiszta ruhaneműbe (napszaknak és évszaknak megfelelően).

Vágja le az ellátott körmeit.

Végezze el a szükséges ágyneműcseréket. Végezzen higiénés kézfertőtlenítést.

Dokumentálja a tevékenységét a vonatkozó dokumentációban.

Hajmosás kivitelezése:

Végezzen kézfertőtlenítést, húzzon kesztyűt.

Azonosítsa az ellátottat.

Helyezze az eszközöket elérhető közelségbe, húzza le az oldalsó ágyrácst.

A gumilepedőt, vagy hajmosó gyűrűt tegye a fej és a nyak alá. A gondozott hanyatt fekdjön, a feje és a válla érje el az ágy felső szélét. Hajmosó gyűrűt használja rendeltetés szerint, ha ez nem elérhető, akkor a nyakszirtnél hengeres párnával emeljük meg a csatonaként szolgáló gumilepedőt, melyet az ágy végénél a székre helyezett vödörbe lógatjuk.

Vegyén melegvizet. A víz hőmérsékletét úgy ellenőrizze, hogy tegyen vizet az alkarja belső felszínére. A gondozott szemét kis törülkövel takarja le (védelem céljából).

A vizes edényből lassan öntse a vizet a gondozott hajára, kevés samponnal dörzsölje át. Mindkét kezével képezzen habot a fejen.

Óvatosan emelje meg a fejet egyik kezével, hogy hátul megmoshassa a tarkót.

A hajás fejbőrt ujjbeggyel masszírozza meg.

Öblítse le a haját vízzel. Győződjön meg arról, hogy a víz a vödörbe csurog.

Az öblítést addig ismétlje, ameddig eltűnik a hab a hajról.

Alkalmazzon tetszés szerint kondicionáló krémet vagy balzsamot, majd alaposan öblítse le a haját. Kösse be a fejet törülközővel, törölje meg az arcot azzal a ruhával, amelyet a szem védelmére helyezett fel. Szárítsa meg a nedvességet a nyakon és a vállon.

Szárítsa meg a gondozott haját és a fejbőrét.

Használjon másik törülközőt, ha az első már benedvesedett.

Fésülje ki a haját és szárítsa meg szárítóval vagy törülközővel.

Helyezze vissza a gondozottat az eredeti testhelyzetbe.

Rakja helyre az eszközöket, a szennyezett ágynemű kerüljön a szennyezett textília felfogására szolgáló zsákba. Végezzen higiénés kézfertőtlenítést.

Dokumentálja a tevékenységet.

Szájápolás kivitelezése:

Végezzen kézfertőtlenítést. A műveletet mindig gumikesztyűt húzva végezze.

Azonosítsa a gondozottat.

Kapcsolja be a szívót, helyezze készenlétbe.

Lehetőség szerint paravánnal különítse el a beteget.

Állítsa kellő magasságra az ágyat, húzza le az oldalsó ágyrácsot.

Fektesse a gondozottat a megfelelő testhelyzetbe. Ítélje meg, van-e nyelési reflexe a betegnek.

A párnázott nyelv lapoccal gyors, de kíméletes mozdulattal behatolva terpesse a fogsort.

Lehetőség szerint akkor kezdjen a művelethez, ha a gondozott már relaxálódott.

Törölje ki a száját kétszeresére hígított 3 %-os hidrogén-peroxiddal átitatott, nyelv lapocra tekert gézzel.

Szívja le a felgyülemlett váladékot.

Tisztítsa meg a rágófelületet, és a fogak belső felszínét, majd a külső felszínt, és a szájüreg más részeit. Tisztítsa a nyelv más részeit úgy, hogy a nyelv tisztításakor nehogy öklendezést váltson ki (ha a nyelési reflex megvan).

Tiszta nyelv lapocot, mely gézzel van bevonva, annyira áztassa be vízzel, hogy öblíteni tudja a szájüreget, melyet többször ismétljen meg.

A megmaradt váladékot szívja le.

Szükség szerint a száj nyálkahártyáját és a nyelvet kenje be (Borax-glycerin, Corsodyl).

Indifferens kenőccsel kenje be az ajkakát. Az elhasznált kellékeket dobja a megfelelő ledobóba.

Fordítsa vissza a gondozottat az eredeti testhelyzetbe, helyezze vissza az oldalrácsokat, ill. állítsa vissza a megfelelő ágymagasságot. Végezzen higiénés kézfertőtlenítést.

Dokumentálja a tevékenységet a vonatkozó dokumentációban.

Körömápolás kivitelezése:

Azonosítsa a gondozottat.

Magyarázza el a beavatkozás lényegét, beleértve a néhány perces áztatás szükségességét.

A gondozottnak magyarázzuk meg, ha járóképes, hogy a jól gondozott láb nemcsak szebb látvány, hanem a járást is megkönnyíti.

Csukja be az ajtót, ablakot, ha a gondozott úgy kívánja (megfelelő hőmérsékletű szoba, "intim szféra" biztosítása). Mossa meg a kezét, húzzon gumikesztyűt.

Ha lehetséges, ültesse ki az ágy melletti székre a gondozottat, lábát tegye melegvízzel töltött mosdótálba. A gondozott kezét tegye meleg vízzel tele vesetálba (37 °C). A lábakat és kezeket áztassa 10-20 percen át, illetve szükség szerint.

A melegvizet újítsuk fel 10 percenként. Körömvágóval harántul egyenesen vágja le a körmöket, az ujjvégekkel párhuzamosan. A köröm alakját reszelővel alakítsa ki. Óvatosan tolja vissza a körömré nőtt bőrt. Óvatosan tisztítsa meg a körmöket körömtisztogató lándzsával a vízbe mártott ujjakon. Ezután törölközővel alaposan szárítsa meg. Segítsen a gondozottnak kényelmesen elhelyezkedni az ágyban. Az eszközöket tisztítsa meg, rakja a helyére. Végezzen higiénés kézfertőtlenítést. Dokumentálja a tevékenységet.

Férfi beteg borotválása kivitelezése:

Tegye az ágy mellé az eszközöket.

Azonosítsa a gondozottat.

Helyezze a törölközőt a gondozott álla alá. Lágyítsa meg vízzel az arcszőrzetet.

Tartsa a bőrt az ujjával feszesen, és a szőrszál irányába kezdjen el biztos mozdulatokkal borotválni az áll felé haladva.

Az állon a borotválást keresztbe végezze, a nyakon pedig haladjon felfelé.

Ha készen van a borotválással, öblítse le a gondozott arcát és törölje szárazra.

Ezután használja a bőrpoló arcszeszt.

A gondozottat helyezze nyugalomba és az eszközöket rakja rendbe. Dokumentálja a tevékenységet.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés gyakorisága: a vezető ápoló által készített ütemterv szerint, a szolgálatban lévő ápoló-gondozó végzi az ellátottak bőr és járulékos elemeinek tisztán tartását.

Dokumentálás:

A műszakfelelős ápoló-gondozó a gondozott bőrének és járulékos elemeinek tisztán tartása során az elvégzett tevékenységet dokumentálja az ápolási lapon és az eseménynaplóban.

Egyedi esetek kezelése:

A bőr és járulékos elemeinek tisztán tartása ütemtervtől való eltérésre szükség esetén, vagy az ellátott egyedi kérése alapján sor kerülhet.

Szájápolás esetén a nyelvlapoc használata fokozott körültekintést igényel, a szájüregben sérülést okozhat a helytelen használata. Együttműködő beteg esetén is szükséges az ápoló védelmében egy esetleges harapást megakadályozó eszköz használata.

Körömápolás esetén ha a gondozott lábán a köröm nagyon elhanyagolt, ne kíséreljük meg a levágását, hanem hívjunk szakembert (pedikűröst vagy lássa sebész az ellátottat), az elváltozástól függően. Ugyancsak szakember lássa el a gondozott lábán lévő bőrkeményedéseket is. A köröm gombásodását, egyéb elváltozásait mutassuk meg intézményi orvos/háziorvosnak.

Férfi beteg borotválása esetén lehetőleg legyünk tekintettel az egyéni igényekre, illetve a korábban viselt arcszőrzetre (bajusz, szakáll), mivel ezek az énkép részét képezik.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi a protokoll alkalmazásának betartását.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- Az ápoló-gondozó felelős az adott gondozási egységen elhelyezett ellátottak bőr és járulékos elemeinek tisztán tartásáért.
- A vezető ápoló ennek folyamatos ellenőrzésért.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	A gondozott táplálása és folyadékpótlása		ÁP 01-10
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-10 A gondozott táplálása és folyadékpótlása

- Cél:** A gondozott táplálkozási és folyadékpótlási szükségleteinek kielégítése.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- Hivatkozások:**
1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan - gondozástan (Medicina, Budapest, 2009.)
- A folyamat leírása:**
A táplálkozás az anyagcsere egyik alapvető folyamata. A szervezet a táplálkozás útján kapja a felépítéshez, az életfenntartáshoz és munkavégzéshez nélkülözhetetlen tápanyagokat. A megfelelő mennyiségű és minőségű folyadékpótlás fontos része a gondozott ápolásának, hiszen, ha nem megfelelően van pótolva, akkor a folyadék- és sóháztartás zavara lép fel. Fontos, hogy naponta több alkalommal, illetve minden étkezést követően kínáljuk a gondozottat folyadékkal, így a napi folyadékfogyasztás kielégítő lesz.

Előkészítés:

Evőeszköz, műanyag ágytálca, csőrös pohár, szívószál, előke, konyhai törölkendő.

Kivitelezés:

Azonosítsa az ellátottat (térben és időben orientált ellátottat megszólítással, egyéb esetben egészségügyi dokumentáció alapján).

Tájékoztassa az ellátottat, hogy étkezés vagy folyadékfogyasztás következik.

Végezzen kézfertőtlenítést, gondoskodjon az ellátott kézmosási lehetőségéről is. Helyezze a gondozottat étkezéshez, iváshoz kényelmes helyzetbe, kívánjon jó étvágyat.

Ellenőrizze, hogy a megfelelő diétát osztotta-e ki az ellátott részére. A tálcat helyezze el, hogy a gondozott láthassa, mit fog enni. Mindig készítsen oda megfelelő mennyiségű folyadékot pohárban. Ellenőrizze, hogy az étel megfelelő hőmérsékletű-e.

Helyezzen előkét a gondozott álla alá. A gondozott állapotától függő mértékben segítsen az étkezésben. Közepes nagyságú falatokat adjon a gondozottnak, és addig ne adja a következőt, amíg az előzőt le nem nyelte. Kínálja meg a gondozottat folyadékkal.

Étkezés után törölje meg az ellátott száját. Amennyiben a gondozott igényli, biztosítsa a szájhigiénét.

Vegyé le az előkét, a morzsákat távolítsa el, helyezze a gondozottat kívánságának megfelelő kényelembe. A tálcat vigye ki a lakószobából és végezzen kézfertőtlenítést.

Az elvégzett tevékenységet dokumentálja.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Az ellátott szakrendelőbe történő küldése esetén a szolgálatban lévő ápoló-gondozó gondoskodik az úticsomagról (ásványvíz, szendvics). A gondozottat kísérő ápoló-gondozó felel azért, hogy az ellátott azt elfogyassza. Az előírt étkezési időben történő távollét esetén a szolgálatban lévő ápoló-gondozó a gondozott visszaérkezését követően gondoskodik az étkeztetéséről.

Dokumentálás:

A műszakfelelős ápoló-gondozó az eseménynaplóban részletesen dokumentálja az ellátottak étkeztetése során megfigyelteket, továbbá az orvos által előírt diéta biztosítását. Azoknál a gondozottaknál, akik legyengült állapot, valamint nyelési nehezítettség miatt nem elegendő, vagy csak minimális folyadékot fogyasztanak, a intézményi orvos/háziorvos, vagy a vezető ápoló javaslatára folyadék lap vezetése válik indokolttá, melyen nyomon lehet követni a napi folyadékfogyasztást, az exszikkózis elkerülése érdekében.

Egyedi esetek kezelése:

Hőségriadó idején a fokozott folyadékbevitel biztosítása fokozott figyelmet igényel.

Nyelési nehézség esetén fokozott figyelemmel járjon el. Ne hagyja étkezés közben magára az ellátottat. Az ellátott a saját, vagy más lakótárs darabos ételét ne érhesse el. A nyelési nehézségről, és az ehhez kapcsolódó biztonsági előírásokról tájékoztassa a családtagokat, látogatókat. Lehetőleg ne hagyjanak az ágyban, vagy az ellátott számára elérhető helyen félrenyelhető állagú ételt.

Nyelési nehezítettség és nyelési képtelenség következtében orvosi javaslatra szondatáplálást alkalmazunk ("Szondatáplálás" protokoll szerint ÁP 03-03).

A beosztott ápoló köteles megtagadni olyan étel felhasználását/feltalálását, -annak származásától függetlenül (intézményi, vagy család által hozott)- amely nem felel meg az ellátott nyelési képességének. Ilyen esetet írásban dokumentálni kell, és biztosítani szükséges az ellátott megfelelő táplálását.

Ha az ellátott nyelési képességének nem megfelelő ételt hoz a családtag, vagy látogató, akkor udvariasan figyelmeztetni kell erre, ha ezt nem veszi figyelembe, írásban dokumentálni kell.

Aspiráció esetén el kell végezni az állapotból adódó sürgősségi ellátási teendőket, és mentőt kell hívni.

Ellenőrzés:

A protokoll alkalmazásának ellenőrzését a vezető ápoló végzi a napi étkezések alkalmával, hétvégi ügyeleti időszak után az eseménynapló segítségével.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Folyadéknapló

6. Felelős: Vezető ápoló, a műszakban dolgozó ápoló-gondozók.

- A vezető ápoló felelős, hogy a gondozó-ápoló a napi étkezések alkalmával a megfelelő, ill. orvos által előírt diétás étrendet megkapja. Felelős továbbá a kielégítő folyadékbevitel biztosításáért. Felelős a folyékony pépes étrend állagának ellenőrzéséért.
- Az ápoló-gondozó felel a protokollban előírtak folyamatos betartásáért.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Inkontinens gondozott ápolása és segédeszköz cseréje	ÁP 01-11	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-11 Inkontinens gondozott ápolása és segédeszköz cseréje

1. Cél: A széklet és vizelet megfelelő módon történő felfogása a személyi és környezet higiéné, és a gondozott általános komfortérzetének biztosításával.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan (Medicina, Budapest, 1989.), Patrícia A. Potter - Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 1999. III. kiadás)

4. A folyamat leírása:

Az inkontinencia vizelet- és széklet visszatartási képtelenséget jelent. Az inkontinencia irritálja a bőrt és fogékonyabbá teszi a dermatitiszra, a fertőzésekre és kiütésekre. A megfelelő higiénia megteremtésével megelőzhető a bőrirritáció és a fertőzések kialakulása, és regenerálni tudja a gondozott bőrét. Az inkontinens gondozott ellátása történhet: fekvő (magatehetetlen) gondozottnál, fennjáró gondozottnál, olyan gondozottak körében, akinek folyamatosan vizelet- és székletartási zavarai vannak.

Előkészítés:

Ágyazó kocsi (rajta ágynemű), tiszta hálóruga, pizsama, törölköző, zsák szennyezett textília felfogására, szennyezett inkontinencia betét felfogására szolgáló zsák, fertőzött gondozott esetén külön zsák, mosdótál, szivacs, bőrvédőszerek, tisztálkodószerek, kiemelten fontos olyan környezet biztosítása, ahol a gondozott szeméremérzete nem sérül.

Ápoló személyzet egyéni védőeszközei: megfelelő ruházat, gumikesztyű, szájmasczk.

Adekvát inkontinencia védőeszköz

Kivitelezés:

A. Fennjáró ellátottnál:

Amennyiben az elátott tiszta tudatú, elmagyarázzuk az inkontinencia betét cseréjének szükségességét, és kérjük az együttműködő segítségét. Ebben az esetben egyedül is elvégezhetjük a feladatot.

A dezorientált ellátottat is tájékoztatjuk a -lehető legteljesebb módon- erről az ápolási folyamatról és szükség esetén másik ápoló-gondozó segítségét kérjük.

Az ellátottat megfelelő helyiségbe kísérik. Meggyőződünk róla, hogy szükség van-e az inkontinencia betét cseréjére. Amennyiben igen, eltávolítjuk az inkontinencia védőeszközt. Szükség szerint segítünk a beteg személyi higiénéjének biztosításában.

Bőrvédelmet alkalmazunk.

Felhelyezzük a tiszta inkontinencia betétet, majd a gondozottat a lakószobájába kísérik.

Az ápoló-gondozó a tevékenység után ellenőrzi a saját személyi higiéniáját.

B. Fekvő ellátottnál:

Két ápoló-gondozónak kell végezni. Az inkontinencia betét cseréjének kivitelezése megegyezik a fennjáró gondozottéval. Ha szükséges ágyneműt cserélünk, s a tevékenység kiegészül az "Ágyazás és ágyszatcsere" protokollban leírtakkal. Fekvő ellátott inkontinencia betét cseréjénél különös figyelmet fordítunk a szemérem tiszteltetésére.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Inkontinencia védőeszköz-csere gyakorisága: reggeli ágyfürdözést követően, szükség szerint, délutáni zuhanyozást követően, esti ágyfürdözést követően, vagy lefekvés előtt. A tevékenységek kivitele alatt figyeljük: a bőr állapotát (dermatitis, decubitus), a váladék milyenségét, mennyiségét, egyéb jellemzőit, színt, szagát.

Dokumentálás:

Ápolási lapon dokumentáljuk a felhasznált inkontinencia betét mennyiségét, és a vizelet, széklet ürítés tényét.

Egyedi esetek kezelése:

Hólyagkatéterrel rendelkező ellátottak esetében "Állandó katéter cseréje és gondozása" (ÁP 03-05) protokoll szerint kell eljárni. A sztómával élő gondozottaknál a "Sztóma ápolása" (ÁP 03-04) protokollban foglaltak az irányadók.

Ellenőrzés:

A protokoll alkalmazásának ellenőrzését a vezető ápoló végzi.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: ápoló-gondozó, vezető ápoló

- Az ápoló-gondozó felelős a protokollban leírtak szerinti időpontokban, valamint szükség esetén elvégezni az inkontinencia védőeszközök cseréjét. Gondoskodik a megfelelő bőrvédelemről, ill. szükség szerint elvégzi a higiénés szükségletek kielégítését.
- Vezető ápoló a protokoll alkalmazásának ellenőrzéséért felelős.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Gondozott fektetése és mobilizálása		ÁP 01-12
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-12 Gondozott fektetése és mobilizálása

1. Cél: Megakadályozni a fekvésből adódó szövődményeket, amelyek a gondozott állapotának rosszabbodásához vagy véglegessé válásához vezetnek. A gondozott mozgásakor: A vérkeringés stimulálása. A fekvésből adódó szövődmény kivédése (decubitus, pneumonia, trombózis, obstipáció, ízületi merevség). Önálló mozgásra való törekvés. A gondozott fektetésekor: A gondozott szervezet nyugalomba helyezése.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan - Elmélet és gyakorlat (Medicina Zrt. Budapest. 2009. 238-239. oldal), Patricia A. Potter - Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999.III.kiadás 569-570.oldal)

4. A folyamat leírása:

Fektetés fogalma: A test biztonságos helyzetbe hozatala, mely egyben tehermentesíti azt.

Fektetési módok:

- egyszerű hátfekvés (lázás, legyengült gondozott fektetési módja)
- nyújtott hátfekvés (gerinccsapolás, illetve azt követően)
- háton fekvés az alsó végtag megemelésével (alsó végtag trombózisa esetén)
- Fowler féle helyzet /ülő helyzet/ (tüdőgyulladás esetén)
- fél Fowler helyzet /félíg ülő helyzet/ (szív, tüdőbetegeknél), hason fekvés (súlyos fokális felfekvés esetén)
- Trendelenburg helyzet (agyi keringés, vagy alsó végtagi áramlás támogatása)
- fordított Trendelenburg helyzet
- oldalra fektetés (hányás esetén)

Fekvő helyzetben nem emeljük 30 foknál magasabbra az ágy végét, csak etetésnél vagy indokolt esetben (lecsúszás veszély). Oldalra fordításnál 30 fokos szögben pozícionáljuk a gondozottat (a 90 fokban pozícionált gondozottnál fokozott a decubitus kialakulásának veszélye a fülkagylón, vállon, tomporon, bokán). A tevékenységet végezheti egy vagy két ápoló-gondozó.

Előkészítés:

Szükséges eszközök: fordítókörong, betegemelő, elektromos ágy, mely ágyráccsal felszerelt, ágyra szerelhető kapaszkodó.

Kivitelezés:

- **Ágyon belüli mobilizálás** (felültetés ágyban, végtagok átmozgatása) gyógytornásszal, gyógymasszörrel egyeztetett módon.

- **Ágy szélére ültetés:** Felöltöztetjük a gondozottat. Egyik kézzel megtámasztjuk a hátát, a másik kézzel átfogjuk behajlított térdeit és egy negyed fordulattal az ágy szélére helyezzük a gondozottat. Lábára biztonságos lábbelit húzunk. A lábát zsámolyra helyezzük.
- **A gondozott kiültetése székre:** Előkészítjük a karosszéket vagy a tolószéket, ill. a kiültető széket. Az ágy mellé toljuk, lefékezzük (ha van rá lehetőség), lábtartóját lefordítjuk. A gondozottal szemben állunk, egyik lábbal rögzítjük a tolókocsi kerekét. Lába alá forgató korongot helyezünk, hónalj alá nyúlva felállítjuk és egy negyed fordulattal az ülő alkalmasra helyezzük. A gondozott állapotát és kényelmi igényeit figyelembe véve, párnákat és kényelmi eszközöket használunk. A gondozott állapotától függően, illetve kérésre, a gondozottat lefektetjük.
- **A mobilizálás további lehetőségei:** A gondozott állapotától függően kezdetben pár lépést tehet az ágy körül. Fokozatosan bővítjük a mozgási kört (járókeret igénybevételével). Naponta gondoskodjunk a gondozott mozgásáról. Az ellátott mozgására használt eszközök tisztítását, fertőtlenítését ütemezés szerint végezzük.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés gyakorisága: Az ápoló-gondozó az ellátott állapotától függően, fokozatosan és folyamatosan mobilizálja a gondozottat. A mobilizálást (ütemét, lépéseit) az orvos utasításait betartva, gyógytornász, gyógymasszőr javaslata szerint tervezzük.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó az eseménynaplóban dokumentálja a mobilizálás tényét. A mozgásterapeuta a gondozási tervben/fejlesztési tervben folyamatosan rögzíti az ellátott állapotváltozásának tényét.

Egyedi esetek kezelése:

Orvos utasítására és a kórházból hazaérkező ellátottak esetében gyógytorna elrendelésére kerülhet sor, ennek kivitelezése nem ápolói kompetencia, ehhez gyógytornász bevonása szükséges.

Kerekesszékekben ülő, a kiesés, elesés veszélye miatt oda biztonsági övvel rögzített, zavart, nem együttműködő beteg esetén a mobilizálásnak ki kell terjedni a járóképesség lehetőség szerinti fenntartására.

Korlátozott humán erőforrás esetén a protokollban leírtakat a rendelkezésre álló mozgásterapeuta egyéni képesítési kompetenciájának figyelembevételével kell végrehajtani.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló folyamatosan ellenőrzi az ellátott mobilizálásának megvalósulását és ebből adódó állapotváltozását.

Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap/Ápolási terv
- Eseménynapló

5. Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó, gyógytornász, mozgásterapeuta/gyógymasszőr.

- A vezető ápoló felelős a protokollban foglaltak betartásáért.
- Az ápoló-gondozó és a mozgásterapeuta közös felelőssége az ellátott mobilizálásának végrehajtása.
- A mozgásterapeuta/gyógymasszőr felelőssége a kerekesszékekben ülő, a kiesés, elesés veszélye miatt oda biztonsági övvel rögzített, zavart, nem együttműködő beteg járóképességét célzó mobilizálás tervezése.
- A gyógytornász feladata az orvos által elrendelt gyógytorna végrehajtása a beteggel.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Decubitus megelőzése		ÁP 01-13
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-13 Decubitus megelőzése

1. Cél: A decubitus kialakulása szempontjából veszélyeztetett betegek mielőbbi felismerése, részükre a szükséges prevenció nyújtása, valamint a kialakult felfekvéses fekélyek helyi és általános kezelésének, ápolásának meghatározása. A decubitusok megelőzése, illetve előfordulási gyakoriságuk csökkentése. A decubitus költséghatékony kezelési elveinek elterjesztése. A betegek életminőségének javítása.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1/2000.(I.7.) SzCsM rendelet 5. sz. melléklet, Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja: A decubitus rizikófelmérése, prevenciója és kezelése (Készítette: Az Ápolási Szakmai Kollégium), Patrícia A. Potter - Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészség Szövetség: Decubitus és inkontinencia - protokollok, eljárások

4. A folyamat leírása:

Fogalom-meghatározások:

- Decubitus: nyomási fekély, a bőr és a bőr alatti szövet lokális sérülése, amelyet nyomás, nyíróerő, súrlódás, vagy ezek kombinációja okozott.
- Decubitus rizikómérő skálák: előre jelzik, hogy kiknél és milyen eséllyel alakul(hat) ki decubitus, azaz a decubitus kialakulása szempontjából veszélyeztetett betegek beazonosításával a rizikó globális mérését teszi lehetővé.
- Kiváltó tényezők: a decubitus a különféle okok miatt helyzetváltoztatásukban gátolt betegek bőrén nyomó, dörzsölő, nyíró erők hatására jön létre.
- További tényezők, amelyek növelhetik a nyomási fekély kifejlődésének kockázatát: mozgásszegénység, immobilitás, nedvesség, incontinentia, rossz tápláltság, az elhízás, a kóros lesoványodás, a vérszegénység, fertőzés, láz, a megromlott perifériás keringés, keringési elégtelenség, cukorbetegség, bénulás vagy korlátozó eszközök okozta mozdulatlanság, érzékelés csökkenése, beszűkült tudatállapot, idősebb életkor, vízháztartás zavar: vizenyő vagy kiszáradás, meglévő nyomási fekély: csökkenti a helyzetváltoztatás céljából rendelkezésre álló felszíneket, ezáltal fokozott kockázatnak teszi ki a szöveteket.
- Kialakulásának helyei: Leggyakrabban a nyomásnak leginkább kitett sacralis, glutealis, könyök, térd, boka és sarok területén alakul ki. Előfordulhat még tarkó, lapocka, fül, váll, csipőtaréj, tompor, ülőcsont, comb, térd hátsó felszíne, belső és külső térd, lábszáron, lábfej külső éle, talpon is. Orrszondán keresztüli táplálásnál: az orrüreg nyálkahártyáján. Szövődmények: Sepsis (időleges vagy állandó bakteriális beáramlást jelent a sepsisgócból a keringésbe), osteomyelitis, amyloidosis, malignus elfajulás.
- A decubitus osztályozása: A decubitus osztályozása során négy stádiumot különböztetünk meg:

I. Stádium: Első jele a nyomási terhelésnek a bőr elfehéredése a felfekvési pontokon. Ha a beteget nyomásmentesítjük, ezeken a helyeken élénkpiros bőrelszíneződés lép fel, ami reaktív hyperaemianak (reaktív vérbőségnek) felel meg. Ez kezdetben nyomásra fehéredik, később már nem. Nehezen körülhatárolt oedema, meleg tapintat kíséri. Csekély intenzitású fájdalommal járhat.

2. Stádium: A bőr kékesvörös márványozott színárnyalatot mutat, oedemes, beszűrt, rajta folyadékkal telt hólyagok lehetnek. Ezek felszakadása éles szélű, bőrvastagságú ulcust eredményez, amelynek alapja subcután zsírszövet. Igen fájdalmas lehet.

3. Stádium: Fekete színű bőrelhalás, amelynek a környezete oedemás, kékesvörösén elszínezett, beszűrt, a fekély széle megvastagodott, a mély fasciát nem lépi túl. Kevésbé fájdalmas. Bűzös váladékozás kísérheti.

4. Stádium: A necroticus-infectiosus folyamata túllépi a mély fasciát, akadálytalanul tovaterjed. Megtámadja az izomokat, inakat, csontokat, ízületeket. Többnyire septicus állapottal jár együtt. Nagy mennyiségű bűzös váladékozás jellemzi. Igen nagy fájdalmakkal járhat.

- Decubitus rizikómérés: A decubitus kialakulása az esetek jelentős részében előre jelezhető. A decubitus kifejlődését előrejelző tényezők megállapításával azonosítani lehet a leginkább veszélyeztetett betegeket. A kockázatos helyzetben lévő betegek azonosítása segít az ápolási költségek csökkentésében.

- Decubitus prevenciója: Azoknál az ellátottnál, akiknél a bővített Norton skála rizikó jelenlétére utal, szükséges a prevenció megkezdése a decubitus kialakulásának megelőzése céljából. 27 pont és az alatt fel kell venni a Decubitus prevenció lapot.

- A prevenció terv elkészítéséhez javasolt ápolási diagnózisok: A bőr károsodásának fokozott kockázata: a tartós ágyban fekvés miatt, az immobilitás miatt, a mozgásképesség csökkenése miatt, az inkontinencia következtében, az inkontinencia és a mozgásképesség csökkenése miatt, az inkontinencia és az immobilitás miatt, kóros soványság és az immobilitás miatt, az elhízás és az immobilitás miatt, a kóros soványság és a mozgásképesség csökkenése miatt, az elhízás és a mozgásképesség csökkenése miatt, a fokozottan sérülékeny bőr miatt, a csökkent perifériás keringés miatt, a kóros soványság és a tartós ágyban fekvés miatt, az elhízás és a tartós ágyban fekvés miatt, a testhelyzet önálló változtatásának hiányában.

Előkészítés:

- **A prevencióhoz szükséges kényelmi eszközök:** antidecubitor- matrac, ülőpárna, relax gélcell ülőpárna, sarok- és könyökgyűrű.
- **Mobilizáció eszközei:** járóbot, járókeret, tolókos, betegemelő, kádlift (ha elérhető)
- **Testápolás eszközei:** bőrvédő krémek, kenőcsök, hintőpor, testápoló, nadrágpelenka, betét alkalmazása.

Kivitelezés:

- **Száraz bőrfelület biztosítása:** Az ellátottat szükségletei szerint fürdessük, mosdassuk, a segítség módját az ellátott állapota határozza meg. Ha nem kontraindikált zuhanyfürdőt alkalmazunk. Az incontinenens beteg részleges lemosása, napszaktól függetlenül, szükségletei szerint történjen. A nedves bőrt mindig töröljük szárazra jó nedvszívó puha ruhával. Fordítsunk különös gondot a hajlatok szárazon tartására, használjunk finom szemcsés hintőport. Összefekvő, nedvesedésre hajlamos testhajlatok és bőrfelületek közé tegyünk ráncmentes gézcsíkot, amit legalább naponta háromszor cseréljünk.
- **Az ágyneműk folyamatos tisztántartása:** Az ellátott ágyneműje, fehérneműje pamut alapanyagú, tiszta, száraz, ráncmentes legyen. A lepedő feszes legyen. Étkezés után távolítsuk el az esetleges ágyban maradt szennyeződéseket, egyéb eszközöket. Az ellátott ágyában ne legyen fésű, szemüveg, stb. Incontinens betegnél használjunk nedvszívó inkontinencia nadrágpelenkát, inkontinencia betétet.
- **Tartós nyomás alatt lévő bőrfelület tehermentesítése:** Az alkalmazott ágy kellően merev sodronyú legyen. Használjuk a nyomáscsökkentő eszközöket: antidecubitor matrac,

antidecubitor ülőpárna, relax gell cell ülőpárna, sarok- és könyökgyűrű (ne használjunk gézből és vattából házilag készített sarok és könyökgyűrűt, mert rugalmatlanok és újabb nyomás okozói lehetnek). Az alkalmazott egyéb eszköz sértetlen legyen, behelyezésnél és kivételnél emeljük meg az ellátottat vagy emelje meg magát, ha képes rá (súrlódás kivédése). Az ellátott megfelelő elhelyezése az ágyban. A megfelelő elhelyezéssel is célunk, hogy a bőrre nehezedő nyomás és nyíróerő csökkenjen. A nyomási pontokat elkerülő 30 fokos oldalfekvés alkalmazása.

- **Mobilizáció biztosítása:** Az ellátott tájékoztatása a gyakori helyzetváltoztatás jelentőségéről, amennyiben képes ennek megértésére. Az ápoló személyzet és a gyógytornász/mozgásterapeuta összehangolt munkája révén az ellátott részére aktív irányított mozgás, passzív mozgás biztosítása. Az ellátottat két óránként mozgatni, forgatni kell, ha az ellátott állapota lehetővé teszi, ösztönözni kell a mozgásra. Tilos az ellátottat 90 fokos oldalt fekvő helyzetben tartani. A végtagok tornáztatása legalább háromszor történjen meg naponta.
- **Tartós nyomásnak kitett bőrfelület keringésének javítása:** Keringést javító bedörzsölések alkalmazása, egyénre szabottan, a kockázati tényezők figyelembevételével történjen. Felfekvést megelőző, a beteg bőrt regeneráló, vérkeringést javító gél alkalmazása. Vérkeringést javító bedörzsölések, megelőző masszázs alkalmazása minimum naponta kétszer (a bedörzsöléseket, masszázst óvatosan, gyengéden végezzük, nehogy bőrsérülést okozzunk). Ha a bőr már nem ép, masszírozni, dörzsölni nem szabad. Vörös területet soha ne masszírozzuk. A vörös területek masszírozása növeli a mélyben lévő szövetek kapillárisainak sérülését, és így fokozza a fekélyképződés kockázatát.
- **Gondos ápolás:** Fokozott bőrpolás és bőrvédelem. A bőrvédelem és bőrpolás során alkalmazhatjuk a következőket a teljesség igénye nélkül: csukamájolajos kenőcsöt, Neogranormon kenőcsöt, Sudocremet, Menalind professional bőrvédő krémet, Medi Fleur fekfekvést megelőző, a beteg bőrt regeneráló gélt. Kerülni kell minden beavatkozást, ami bőrsérülést okozhat, a súrlódás és nyíró erők ellen védenünk kell az ellátottat. Optimális hőmérsékletet kell biztosítani a lakószobában. Immobilizációból adódó bőrsérülés veszélyét meg kell szüntetni rendszeres mobilizálással.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A szervezet hidratáltságának folyamatos szinten tartása. A bőr épségének megtartása. Fehérjedús étrend biztosítása. Lehetőség szerinti rendszeres mobilizálás. Fertőzések megelőzése. Az asepsis és antisepsis szabályainak betartása az ellátás során.

Dokumentálás:

Az anamnézisre vonatkozó adatot, megfigyelést, minden beavatkozást és eredményt folyamatosan és pontosan dokumentálni kell a decubitus rizikófelmérő lapon, mely a gondozási terv része. A rizikófelméreésre a bővített Norton skálát alkalmazzuk. Decubitus prevenció lap a gondozási terv része, egy olyan hosszú távú ápolási tervet tartalmaz, ami tulajdonképpen egy egyénre szóló prevenció terv a decubitus megelőzésére. A prevenció tervet abban az esetben kell módosítani, ha az ellátott általános állapotában, bőrének állapotában bármely változást észlelünk. Az ápolási lapon a naponta végzett decubitus megelőzésére szolgáló ápolási tevékenységeket rögzíteni kell.

Egyedi esetek kezelése:

Elégtelen folyadékbevitel esetén kórházi kezelés, prenterális folyadék pótlás ajánlott, ugyanakkor a kórházi kezelés szükségességét a kezelő orvosnak alaposan mérlegelni kell, a döntésbe be kell vonni az ellátottat, és szükség esetén a családtagot is.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló havonta ellenőrzi a prevenció terv eredményességét

Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Decubitus prevenció lap

5. Felelős: Vezető ápoló, ápoló-gondozó, gyógytornász, mozgásterapeuta, intézményi orvos/háziorvos, szakorvos

- A vezető ápoló felelős a hatékony prevenció terv végrehajtásának ellenőrzéséért.
- Az ápoló-gondozó a kényelmi eszközök biztosításáért, ill. a szervezet és a bőr hidratáltságának szinten tartásáért tartozik felelősséggel.
- A gyógytornász, mozgásterapeuta felelős az ellátottak mobilizálásáért.
- Intézményi orvos/háziorvos, szakorvos javasolja a decubitus megelőzésére szolgáló terápiát.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Eszméletlen és haldokló ápolása		ÁP 01-14
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-14 Eszméletlen és haldokló ápolása

1. Cél: Szabályozni az eszméletlen és haldokló ellátott ápolásának-gondozásának módszereit, az ellátás főbb szempontjait. A fizikai szükségletek és a lelki igények teljes körű kielégítése. A tünetek és a szenvedés minden eszközzel történő enyhítése, tisztelettel, törődéssel. A haldokló ápolása célja: A testi fájdalmak és lelki szenvedések enyhítése. Segíteni az ellátottat az emberhez méltó, békés halálban.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1997. évi CLV. törvény, 1/2000. (I.7.)SzCsM rendelet, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan-gondozástan 2., Ekin Perry Potter: Ápolói beavatkozások és műveletek

4. A folyamat leírása:

Eszméletlen beteg/gondozott ápolása: Önállóan, a parenterális folyadékpótlás kivételével orvosi utasítás nélkül végezhető feladat, az ápoló-gondozó saját felelősségére, saját hatáskörben végzi. A tudatállapot folyamatos megfigyelése mellett ápolja és gondozza az ellátottat.

A haldokló beteg/gondozott jól megfigyelhető pszichés és fiziológiai változásokon megy keresztül. Az ápolás és a szükségletkielégítés, valamint a pszichés vezetés specifikumát is ezek a bekövetkezett változások képezik. A pszichés változások szakaszokra oszthatók, a hozzájuk kapcsolódó magatartásformákkal.

A haldoklás folyamata:

- Az elutasítás fő jellemzője a döntésképtelenség, elhárító viselkedés.
- A harag szakaszában a gondozott a kialakult helyzetre bűnbakot keres, vádaskodik.
- Az alkudozás fázisában bármire hajlandó a sorsa jobbrafordításáért.
- A depresszió szakasza az, amikor már tudatosan a gondozottban, hogy bármit is tesz, képtelen immár befolyásolni az eseményeket.
- A belenyugvási szak fő jellemzője, hogy a gondozott végleg feladta a küzdelmet és tudatosan készül a halálra.

Az ápoló-gondozó a haldoklás egyes szakaszaiban, a haldokló ellátott sajátos igényeihez igazítja viselkedését. (Tudja, mikor kell hallgatnia, elmennie, mikor csökkenti pusztá jelenléte a szorongást, mikor kell az érintés, stb.)

A halál perceiben a családtagok segítése, hogy rövid látogatással, ragaszkodást kifejező hallgatással, érintéssel maradjanak kapcsolatban szeretettükkel. A gyászoló családtagokkal is tiszteletteljes törődés. A haldoklón megfigyelhető főbb fiziológiás változások: Romló keringés miatti cianózis vagy sápadtság, hideg, verejtékes végtagok, vénatágulatok. Az izmok tónustalanná válnak, a törzs összeroskad, a beteg állá leesik, a széklet, vizelet tartása zavart szenved. Reflexek fokozatosan csökkennek, legjellemzőbb a pupilla és a nyelési reflex zavara, majd teljes megszűnése. Az érzékszervek tompulnak, kivéve a hallást. Ezt a szinte legtöbbször

meglévő funkciót mindvégig figyelembe kell venni. Légzése a felgyülemlett váladék miatt szőreslővé válik, ez az ún. halálhörgés. Arca, szeme jellegzetes, kialakul a facies hippokratika. EKG készülék, RR-mérő, fonendoszkóp, paraván, védőköpeny, gumikesztyű, csőrös csésze, kanál, szívószál.

Eszméletlen beteg:

Előkészítés:

Ágy előkészítése: intenzív, vagy többfunkciós kórházi ágy, antidecubitus matrac, beteglátét, ágyvédelem, kényelmi eszközök, korlátozáshoz szükséges eszközök.

Előkészítés fürdetéshez: az incontinenca védőeszköz ledobására szolgáló 1-1 zsákkal, tiszta ágyneművel és hálóinggel. Két eltérő színű szivacs vagy mosdókesztyű. Két eltérő színű törölköző. Tusfürdő, folyékony szappan, mosakodó kenőcs (ha az ellátott bőre száraz, mosakodó kenőcsöt használjon!). Hidratáló testápoló. Bőrvédő kenőcs (K 1-es popsi kenőcs). Mosdótál melegvízzel.

Hajápolás, hajmosás előkészítése: törölköző, mosdató ruha, sampon (szükség esetén gyógsampon, hajmosótál (speciális, felfújható, műanyag) mosdótál, kancsó a vízkiöntéshez, fésű, sz.e. hajszárító, gumikesztyű, hidrogén-peroxid (esetenként), ágyvédelem (műanyag és textillepedő).

Szemkezelés előkészítése: gumikesztyű, vesetál, gézlapok vagy gézlabdacsok, tálkában kamillatea vagy víz (szükség szerint), szemcseppek orvosi utasítás szerint, szemkenőcsök orvosi utasítás szerint.

Kivitelezés:

Az ellátott elhelyezése az ágyban: Az eszméletlen beteg ágyát, amennyiben lehetséges, az ellátás zavartalansága és megkönnyítése érdekében úgy helyezze el, hogy négy oldalról megközelíthető legyen.

A bőr folyamatos megfigyelése, ápolása, fürdetés:

Tartós eszméletlenség esetén különösen nagy gondot kell fordítani a bőr ápolására, a bőr vérellátásának egyenletes biztosítására. "A bőr- és járulékos elemeinek tisztántartása" (ÁP 01-09) protokollja szerint történik a mosdatás, hajápolás és körömápolás.

Speciális szájápolás: A szájnyálkahártya kiszáradásának megelőzésére 4 óránként kell végeznie, így megelőzhető a száj nyálkahártyájának kiszáradása. A szájüreg törléséhez borax glicerint és egyéb frissítő olajat használjon. Az ajak kiszáradását glicerinnel és ajakbalzsammal megelőzhetjük. A nagy mennyiségű vagy sűrű hörgőváladékot le kell szívni, így javul a szervezet oxigénellátottsága. Az intézmény minden gondozási egységén rendelkezésre áll leszívó készülék. A művelet elvégzésének részletes leírását a "Légutak leszívása"(ÁP 03-07) protokoll tartalmazza.

Szemkezelés: Az eszméletlen beteg/gondozott szemét nedvesítéssel óvja a kiszáradástól, az orvos műkönyv használatát rendeli el.

Végezzen kézfertőtlenítést. A műveletet mindig gumikesztyűvel végezze.

Gézlabdacsokkal, melyet benedvesít, eltávolítja a váladékot a szemzúgból, ügyelve arra, nehogy sérülést okozzon. Egy labdacsot csak egyszeri törlésre használjon.

Orvosi utasítás szerint cseppentse a megfelelő szemcseppet a beteg szemébe. A beteg szemét fiziológiás sóoldattal átnedvesített gézlabdaccsal fedje le, ügyelve annak állandó nedvesen tartására.

Dokumentálja a tevékenységet: pontos időponttal ellátva az ápolási lapon és eseménynaplóban.

Táplálás: Az eszméletlen ellátott táplálása: Szájon át nem táplálható! Nasogastricus szondán át, parenterális táplálékbevitellel.

Decubitus kialakulásának megelőzése: A végtagok megfelelő elhelyezésével, testhelyzet változtatásával egyenletesebbé tudjuk tenni a keringést, ezzel megelőzhetjük a decubitusok kialakulását. Az alapvető szabályokat a „Decubitus megelőzése protokoll” (ÁP 01-13) tartalmazza. Az ezeken felüli speciális szabályok: Az ellátott mozgását 2 óránként, dokumentáltan kell végeznie (forgatási rend, séma). A végtagok szabályszerű mozgásával akadályozza meg az ízületek elmeredését.

Vizeletürítés megfigyelése: A vizeletürítést általában állandó hólyagkatéterrel biztosítjuk. Orvosi utasításra a katéter szakaszos lezárásával elősegítheti a vizeletürítés természetes mechanizmusát. Az alapvető szabályokat az „Inkontinens gondozott ápolása és segédeszköz cseréje protokoll” (ÁP 01-11) tartalmazza.

Széketürítés megfigyelése, az ürítés fenntartása: Ha az ellátottnak nincs spontán székelete, orvos által elrendelt hashajtót adunk. Faecalis impactatio esetén a kemény széketgöbököt (skyballum) manuálisan kell eltávolítani.

Haldokló beteg ápolás-gondozása: A halál beálltaig mindazokat az ápolási teendőket, beavatkozásokat el kell végezni, amelyeket egyébként az ellátottak ápolása-gondozása során elvégez. Minden esetben el kell távolítani a kivehető műfogsort. Eszméletlen állapot esetén, az ápoló-gondozó az eszméletlen ellátott ápolása során alkalmazandó ápolási protokoll szerint jár el. A folyamat előrehaladtával a haldokló ellátott egyre kevésbé képes vagy hajlandó elfogadni a kellő folyadékmennyiséget. Orvos dönt a parenterális folyadékpótlás szükségességéről.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A haldokló gondozott vagy hozzátartozója kérésére felekezeti hovatartozásának megfelelő lelkészt értesíteni kell.

Dokumentálás:

Eszméletlen és haldokló ellátott ápolásakor minden egyes ápolási-gondozási beavatkozás vagy művelet végrehajtását az ápolási lap dekurzus részén és az eseménynaplóban pontos időponttal és az aláírás hitelesítésével rögzíteni kell az ápoló-gondozónak.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló az eszméletlen és a haldokló beteg ápolását-gondozását napi rendszerességgel ellenőrzi.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Folyadéklap

6. Felelős: vezető ápoló, orvos, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelősége a protokollban leírt ápolási-gondozási műveletek szabályos végrehajtásának ellenőrzése
- Az orvos dönt a fájdalomcsillapítás és egyéb terápia alkalmazásáról, ill. a parenterális folyadékbevitel szükségességéről
- Beosztott ápoló-gondozó a konkrét ápolási feladatok végrehajtásáért felelős.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Elhunyt ellátása és halottszállítás		ÁP 01-15
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-15 Elhunyt ellátása és halottszállítás

- Cél:** Halottvizsgálat, kegyelettel történő halottellátás.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- Hivatkozások:**
1997. évi CLIV. törvény, 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan-gondozástan 2., Ekin Perry Potter: Ápolói beavatkozások és műveletek
- A folyamat leírása:**
A halál jelei: A szívcsúcslökés, a légzőmozgás és a vérnyomás megszűnése. Pulzus megszűnése, EKG vizsgálattal kamrai contractio hiánya. Hullafehér bőrszín (lehet szürkés, vagy cyanoticus is, a halál okától függően). Pupillák tágak, fénymerevek.
A halál jeleinek észlelése:
Keringés ellenőrzése: A gége és fejbiccentő izom között található nyaki artériára (arteria carotis) ujjainkkal finom nyomást gyakorolunk, meglévő keringés esetén érezzük a pulzust.
Légzés ellenőrzése: Arca fölé hajolunk és az un. hármás érzékeléssel vizsgáljuk (látom, hallom, érzem) - fülünk az orra előtt, halljuk és érezzük a levegő kiáramlását, szemünkkel figyeljük a mellkas mozgását. Vérnyomás mérése: A vérnyomás már nem mérhető, pulzus nem tapintható.
A halál gyanújeleinek észlelése után értesíteni kell az orvost, aki jogosult a halál beáltat megállapítani.

Előkészítés:

A halottellátás előkészítése: paraván, egyszerhasználatos gumikesztyű, védőöltözék (erre a célra alkalmazott védőköpeny), szájmazsk, műanyag zsák a veszélyes hulladék ledobására, mosdótál melegvízzel, mosdókesztyű, fürdőlepedő és minden, a mosdatáshoz szükséges ápolási eszköz ld: „Bőr és járulékos elemeinek tisztántartása ápolási protokollja” (ÁP 01-09) lepedő, nedvszívó párnák vagy vizes vatta, gézpólya, kendő az áll felkötéséhez. Az elhunyt testében kell hagyni minden olyan tárgyat, amely szöveten át került beültetésre (pl. subclavia kanül, pacemaker elektróda, hasi- mellkasi drain, stb.). Eltávolítható a testüregbe juttatott bármilyen gyógyászati eszköz (pl. mayo tubus, trachea tubus, stb.), kivéve a hólyagkatétert, trachea kanült. Amennyiben rendkívül halál esete áll fenn (baleset, önkézűség, stb.) és várhatóan rendőri és igazságügyi boncolás lesz, semmilyen behelyezett eszköz nem távolítható el!

Kivitelezés:

A halott ellátottat levetkőztetjük, testét megtisztítjuk, megmosdatjuk. A hagyományos mosdatási sorrend felcserélhető, ha elhunyt ellátottunk bármely testrésze vérrel, vizelettel vagy egyéb váladékkal erősen szennyezett.

Óvatosan csukjuk le ujjunkkal az ellátott mindkét szemét, vizes vattával vagy nedvszívó párnával fedjük le, állát gézzel vagy kendővel felkötjük.

Emeljük fel az ágy fejét 10-15 foknyira vagy tegyünk feje alá kispárnát. Ez megakadályozza, hogy a vér az arcon gyűljön meg és később elszínezze. Végtagjait egyenesítsük ki. Két karját fektessük a törzse mellé, tenyérrel lefelé. Így természetes a testtartás, az alulra kerülő kéz elszíneződne, ha egymásra tennénk a kezeit.

A lábcédulák ellentétes végtagokon történő elhelyezése. Az orvos megérkezéséig az elhunytat lepedővel letakarjuk. Halotti ruhájába halottszemle után öltöztethető fel.

A lábcédula tartalma: etikett címke, mely tartalmazza az elhunyt nevét (amennyiben több keresztnéve van, mindegyiket), az elhunyt születési idejét. Ha az elhunyt ellátott fertőző betegségben szenvedett, különleges jelzőcímkére lehet szükség, ez figyelmezteti a halottszállítást, tárolást végző temetkezési dolgozókat.

A halott 2 órán át a gondozási egységben marad. Az orvos által elvégzett halottvizsgálat után a halottszállítókat értesíteni kell.

Hozzá tartozó értesítése: a megadott telefonszámon, a hozzá tartozó nyilatkozata szerint a műszak felelős ápoló-gondozó, ha telefonon nem érhető el, a megadott címre a szociális munkatárs táviratot küld.

Az ellátás irányelvei: Méltósággal és kegyelettel kell a holttestről gondoskodni. Hozzá tartozók jelenléte esetén kellő időt kell biztosítani a búcsúzásra. A halál után a holttest számos fizikai változáson megy keresztül, ezért a megadott időn belül el kell látni, ezzel megakadályozzuk a szövetek károsodását vagy a testrészek torzulását.

További teendők: A matracot, ágyneműt a helyben szokásos módon fertőtleníteni kell vagy továbbítani kell a mosodába. Az ágyat és az ellátás során használt eszközöket is fertőtleníteni szükséges.

Gondoskodni kell a hagyatéki leltár felvételéről az alábbiak szerint: Az elhunyt ingóságairól az elhalálozást követő rövid időn belül jegyzéket készít a műszakfelelős ápoló-gondozó. A gondozási egység vezető ápolója által megbízott dolgozó a jegyzékbe vett ingóságokat a hagyatéktovábbításáig biztonságos helyen, annak sérthetetlenségét garantálva köteles tárolni. Amennyiben az ékszer az elhunyról nem tudjuk levenni, illetve ha a hozzá tartozó ragaszkodik, hogy rajta maradjon, ebben az esetben a halottszállítókkal alá kell íratni egy igazolást, hogy a halottat ékszerrel szállították el az intézményből. (Pontosan le kell írni, hogy néz ki, pld. sárga színű, ovális.) "Az elhunyt leltár" nyomtatványon szerepel, hogy ki a leltárfelelős, ki vette fel a hagyatéki leltárt. Az elkészült leltárt a leltározónak és a tanúknak hiteles módon alá kell írni, az egyik tanú ha lehetséges, lehetőleg a szobatárs legyen. Amennyiben a hozzá tartozó nem tart igényt semmire, azt is fel kell vezetni a nyomtatvány alján és aláírni (pld: 1-től 39-ig felsorolt hagyatéki tárgyakra nem tartok igényt, s a hozzá tartozó írja alá!). Ha a hozzá tartozó valamit elvisz, akkor a nyomtatvány alján a tétel sorszámát kell feltüntetni és aláírni (pld. a 38-as tételre igényt tartok, s a hozzá tartozó írja alá.) A leltárban javítani nem lehet, a rontott bejegyzést lehúzzuk és szignózzuk. Személyes iratokat, ékszer és pénzt a pánccsaszekrényben kell tárolni, a többit összecsomagolva szekrényben, amíg a hozzá tartozó el nem viszi. Ha az ellátott egyszemélyes lakószobában lakik, a szobában biztonságosan becsukható a hagyatékt, de ebben az esetben a szobáját le kell ragasztani és ennek tényét aláírással kell igazolni.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A halál tényémtídig orvos állapítja meg, annak bekövetkeztét tudatni kell a házi/intézményi orvossal.

Dokumentálás:

A halál beálltát megállapító orvos számára biztosítandó dokumentumok: az elhunyt ellátott személyi igazolványa és laccímkarttyája, az egészségügyi dokumentációja (státuszlap, ambuláns lapok, zárójelentések). A haláleset kapcsán az orvosnak az alábbi dokumentumokat kell kitölteni: 6 példányos halottvizsgálati bizonyítványt, az elhunyt azonosítására 2 példányban lábcédulát, melyet rögzíteni kell az egyik lábára és ellenkező karjára. A halottszállító felé az elszállítás engedélyezése. Kórboncolás esetén az erre a célra hivatott "Orvosi rendelvény" és az "Adatlap" című nyomtatványokat. A halottellátás részletes dokumentálása a "Látogatási és eseménynaplóban", történik. Az ápolási lapon rögzíteni kell az észlelt vitális funkciókat, pl. pulzus nem tapintható, légzés: a mellkas szintje nem emelkedik, a légzés leállt, vérnyomás nem

mérhető. Az intézményi gondozottak egészségügyi lapjában a halál időpontját be kell jegyezni. Eseménynaplóban az időpont megjelölése mellett a halál gyanújeleinek észlelését, az orvos és a hozzátartozók értesítését és a halott elszállítását rögzíteni kell. Vallási hovatartozásnak megfelelő gyászjelentés kitöltése és kihelyezése. A hagyatéki leltár felvétele tanúk jelenlétében történik, vagy két ápoló-gondozó készíti el sorszámozott, hitelesített nyomtatványon, 3 példányban. Az eredeti példány a hozzátartozóé, a második példányt át kell adni a szociális munkatárnak (az ellátott személyi anyagába kerül), a harmadik példányt osztályon őrizzük. A hagyaték tárgyát képező tárgyakat, ruhaneműket, stb. sorszámmal ellátva, tételesen vesszük fel. Az ékszereket szín (sárga fém) és alak (karika, kereszt) szerint, pénzt címletenként, darabszámonként és pénznem megjelöléssel kell felvenni, majd a hagyaték átadásáig a letéti pénztárba juttatni és ott biztonságosan, a pénzkezelési szabályok szerint tárolni. A szociális munkatárs a halottvizsgálati bizonyítvány alapján kiállítja a halálozási lapot és a haláleset bejelentéséről szóló jegyzőkönyvet.

Egyedi esetek kezelése:

Különös gondot kell fordítani arra, hogy a halottszemle elvégzése után az orvos a hatpéldányos halottvizsgálati bizonyítványt a teljesség igényével töltsse ki. Nem teljes körű kitöltése esetén a halált megállapító orvost kell megkeresni a hiányosság pótlására.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló vagy műszakfelelős ápoló a halottellátás és szállítás folyamatát elhunyt ellátott esetében mindig ellenőrzi.

5. Folyamat dokumentumai:

- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Halottvizsgálati bizonyítvány (6 példányos)
- Labcédula (2 példányban)
- Halotti leltár
- Halálozási lap, haláleset bejelentésére szolgáló jegyzőkönyv

6. Felelős: orvos, intézményvezető, vezető ápoló, ápoló-gondozó, szociális munkatárs.

- Az orvos megállapítja a halál tényét, és kitölti a szükséges dokumentumokat.
- A vezető ápoló felelős a halottellátás és szállítás folyamatának protokoll szerinti megvalósulásáért.
- Az ápoló-gondozó felelőssége kiterjed a kegyelettel történő halottellátásra és a pontos dokumentálásra. A halottszállító cég munkatársai az emberi méltóság megtartása mellett elszállítja az elhunyt ellátottat.
- Az intézményvezető a halotti anyakönyvi kivonat kiállításához aláírja a halálozási lapot és a haláleset bejelentésére szolgáló jegyzőkönyvet, melyet a szociális munkatárs továbbít az illetékes hatóság felé. Ha ez lehetséges, az adott gondozási egység szociális vagy terápiás munkatársa képviseli az intézményt az elhunyt ellátott temetésén.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Kényelmi eszközök alkalmazása		ÁP 01-16
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-16 Kényelmi eszközök alkalmazása

- Cél:** Az ellátott ágyhoz kötöttségének kényelmesebbé, biztonságosabbá tétele. A tartós ágyban fekvés szövödményeinek megelőzése. Az ápoló-gondozó tehermentesítése a nehéz fizikai munkától.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- Hivatkozások:**
Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai protokollja: A decubitus rizikófelmerése, prevenciója és kezelése (Készítette: Az Ápolási Szakmai Kollégium), Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan-gondozástan 1. (Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1989.), Mary Elizabeth Milliken Gene Campbell: Mindennapos betegápolás 1994.
- A folyamat leírása:**
Az ellátott kényelmét biztosítják, az ápolást-gondozást könnyítik és segítik a kényelmes, korszerű betegágyak és a kényelmi eszközök.

Az ellátott szükségleteit, kényelmét szolgáló eszközöket mindig az ellátás formáinak megfelelően előkészítjük (pl. étkezéshez ágyasztalka, kerekesszékbe antidecubitor ülőpárna alkalmazása, stb).

Előkészítés:

Az ellátott állapotának megfelelő kényelmi eszközök előkészítése.

Kivitelezés:

- Új típusú betegágy:** A fej- és lábvégrész sima, az ellátott lába meg tud támaszkodni. A fejrész megemelhető. A fej- és lábvégi rész kiemelhető.
- Funkcionális betegágy:** Fej-, derék-, térdmagasságban állítható, így az ellátott könnyebben hozható különböző testhelyzetekbe. Magasság állítható. A fej- és lábvég kiemelhető.
- Elektromos betegágy, 2-3 funkciós.**
- Funkcionális betegágy háttámasz:** Félig ülő helyzet biztosításához: A párna vagy a matrac alá kell helyezni, elsősorban olyan ágyakhoz használható, amelyek nem rendelkeznek emelhető fejrésszel. Több fokozatban rögzíthető. Javítja az ellátottak életminőségét (írás, olvasás, televízió nézés).
- Lábtámasz:** Az izomatrophia és thrombusképződés megelőzésének jó eszköze, ha az ellátott képes a láb izmainak akaratlagos feszítésére és ellazítására. Ha az ellátott teljesen mozgásképtelen, szilárdan oda kell rögzíteni a lábát a tartóhoz. Az ágy végébe helyezve megakadályozza a félig ülő helyzetben levő ellátott lecsúszását. Az ellátott lábát akkor tartja, ha hanyattfekvő helyzetben van és megakadályozza annak előreesését, ne alakuljon ki a

lábfejlőségnek nevezett állapot, mely idegkárosodást okoz és a láb feszítő izmai megrövidülnek. Az ellátott talpa és a lábtámasz között védőhuzatot kell alkalmazni.

6. Kapaszzkodó: Vászon heveder, fa vagy fém összekötő rudakkal, az ágyra rögzíthető vázzal. Az ágy lábreszéhez rögzíthető, úgy kell felhelyezni, hogy az ellátott fekvve kényelmesen elérje, segíti az önálló helyzetváltoztatást, az ellátott az ágyban könnyebben mobilizálható. Fontos a megfelelő rögzítés, felszerelés után a teherbírást az ápoló-gondozónak ellenőriznie kell.

A Sóstói Szivárvány Idősek Otthonában, és Kálvineum Idősek Otthonában a fürdőszobák, toilettek falra szerelt kapaszkodókkal ellátottak.

7. Betegemelő: Lehetővé teszi az ellátott felemelését és áthelyezését a fürdetőszékbe, kerekesszékbe. Felépítése: vászon kosár és fém váz, elektromos emelőszerkezettel.

8. Decubitus megelőzésére szolgáló, nyomáscsökkentő eszközök: Poliuretán habszivacs matrac, tüskékkel van ellátva. Antidecubitor matrac: műanyagból készül, amelyet felfújható és leereszthető légkamrák alkotnak. Működésük szempontjából fontos, hogy mindig ellentétes kamrák vannak felfújva, és bizonyos időközönként változnak, hogy tartós nyomás ne jöhessen létre. A pontos alkalmazásnál a következő irányelveket kell betartani: Kerüljük el a matrac csövének megtörését. Gondoskodjunk arról, hogy a matrac tüvel, vagy más hegyes tárggyal ne szúródjon ki. Kerüljük el a vastag alátéteknek az ellátott és a matrac közé helyezését, így módon a matrac hatékonysága csökken.

Antidecubitor ülőpárna: zselés, légkamrás, szivacs, gyopár párna. Az antidecubitor matracot és párnát felírhatja orthopéd sebész, traumatológus, rehabilitációs-, neurológus és geriáter szakorvos, vagy szakorvosi javaslat alapján intézményi orvos/háziorvos.

Vízpárna, vízmatrac vízzel feltöltve tehermentesít.

Oldalrács használata szükséges, mert az ellátott leeshet róla.

Decubitus betegalátét: A keresztcsont és a csípő védelmére, váladék felfogására. Könyök- és sarokgyűrű.

9. Szoba WC: Stabil vagy gördíthető kerekesszékhez hasonló. A szék ülőlapja felemelhető, alatta műanyag vödör van, ami a széklet, vizelet felfogására használható. Felírhatja rheumatológus, traumatológus, idegsebész, sebész, geriáter, orthopéd, neurológus, rehabilitációs szakorvos.

10. WC magasító: Alsó végtagot érintő, súlyos mozgáskorlátozottság esetén. Felírhatja orthopéd, traumatológus, rheumatológus, sebész, érsebész, idegsebész, geriáter szakorvos.

11. Fürdető szék: Mozgáskorlátozott, magatehetlen ellátott fürdetéséhez. Lehet gördíthető, állítható magasságú, összecsucskozható. Fürdető szék és szoba WC is lehet egyben. Felírhatják azok a szakorvosok, akik a szoba WC-t is felírhatják.

12. Ágyasztal: étkezéshez, íráshoz. Lehet éjjeliszekrényre szerelt, ágyra helyezhető, kerekeken gördülő. Jó megoldás a gördülő éjjeliszekrényre szerelt lecsapható asztallap, mert nem foglal külön helyet, az ellátott bármikor elérheti és használhatja.

13. Karosszék: Az ellátott kiültetéséhez használjuk, lehetőleg levehető karfája legyen.

14. Izolálásra szolgáló eszközök: Az ellátott szeméreméretére, valamint az intimitás iránti igényére minden beavatkozás kapcsán különös figyelmet kell fordítani. Spanyolfal, paraván: egy vagy háromrészes állítható keret, mosható huzattal ellátva. Ágyban végzett kezeléseknél, ápolási műveleteknél, halottellátás esetén alkalmazható. Elhúzható függöny: orvosi szoba, vizsgáló asztal.

15. Egyéb eszközök: Nővérhívó: Biztosítja az állandó kapcsolatot az ápoló-gondozó és az ellátott között. Olvasólámpa: Az ellátott feje feletti falrészen szükség szerint elhelyezett lámpatest az ellátott saját használatára. Árnyékolása olyan, hogy a többi ellátottat nem zavarja, olyan magasságban van elhelyezve, hogy az ellátott szemébe ne jusson zavaró, úgynevezett direkt fény, könnyen kezelhető.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Az alkalmazás szabályai: Csak ép eszközt használjunk. Vigyázzunk a rendeltetésszerű használatra, sérülést ne okozunk. Az ellátott biztonságára folyamatosan ügyelünk. Az eszközöket védőhuzatba helyezve használjuk. Gondoskodjunk az eszközök megfelelő tisztításáról és fertőtlenítéséről.

Dokumentálás:

A kényelmi eszközök használatát a gondozási ápolási tervbe foglaljuk, az egyes ellátott esetében.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi a kényelmi eszközök rendeltetésszerű használatát és a megfelelő tisztító- és fertőtlenítő eljárások megtörténtét.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Szakorvosi javaslatok, ambuláns lapok, zárójelentések

6. Felelős: intézményvezető, vezető ápoló, ápoló-gonozók

- Az intézményvezető az intézmény anyagi lehetőségeit figyelembe véve dönt a korszerű betegágyak és egyes kényelmi eszközök beszerzéséről. A vezető ápoló felméri az ellátott szükségleteit, gondoskodik a megfelelő szakorvoshoz való eljutásához, és megtanítja a kényelmi eszközök előírás szerinti használatát. Az ápoló-gonozó felelős az ellátottak komfortérzetét, intimitását és a decubitus megelőzését szolgáló eszközök használatáért.
- Az egyes kényelmi eszközök beszerzéséhez a protokollban említett szakorvosok, vagy javaslatuk alapján a intézményi orvos/háziorvos járul hozzá a felírás révén.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Hányás esetén teendők	ÁP 01-17	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 01-17 Hányás esetén teendők

1. Cél: Hányinger, hányás esetén szabályozni az ellátottak ápolásának-gondozásának módszereit, az ellátás fő szempontjait. A kóros hányadék típus felismerése és a tünetek észlelése, értékelése alapján szakértelemmel, haladéktalanul intézkedni (OMSZ, SBC-re irányítás vagy orvos értesítése vizsgálat céljából).

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, 1993. évi III. törvény, Petrányi Gyula: Belgyógyászat, tömör összefoglalás (Medicina Könyvkiadó, 1999.), Dr. Bokor Nándor: Ápolástan-gondozástan (Medicina Könyvkiadó, 1989.)

4. A folyamat leírása:

Hányás (vomitus, emesis): Az emésztőrendszer tartalma szájon keresztül kiürül, melyet a gyomor-bélrendszer antiperisztaltikus, ellentétes irányú mozgása hoz létre. Mechanizmusa reflexfolyamat, központja az agytörzsben (nyúltagyban) van. Sokféle betegségnek közös tünete a hányinger, hányás. Tünet, melyben megfigyeljük a hányás módját: Bevezeti-e hányinger vagy sem, összefüggésbe hozható-e az étkezéssel vagy sem. Az ellátott többször is hányhat, a hányadék mennyisége pedig 1-2 ml, vagy több liter is lehet.

Vegyhatását tekintve savas hányás: Gyomorból származik, de ürülhet a patkóbél területéről is (reflux betegség). Lúgos hányadék: A kitágult nyelőcsőből ürül, ilyenkor bűzös és ételmaradékot is tartalmazhat.

A hányást kiváltó okok:

Helyi okból bekövetkező hányás: a gyomor-bélrendszer túlterhelése vagy gyulladása következtében (bakteriális vagy vírusfertőzés). Emésztési zavarok (pd. dyspepsia), pylorus stenosis, ileus (hasi műtétek után), oesophagus stenosis (étkezéskor), oesophagus varix ruptura (friss vér).

Reflexes hányás: hasüri szervek betegségei okozzák, általában fájdalommal jár. Appendicitis, pancreatitis, máj- epeutak gyulladásai (sárgás, zöldes), vesegyulladás és kövesség, garat izgatása következtében (pd. köhögés). Infekció-toxikus betegség tüneteként: A toxinok a gyomor nyálkahártyáját irritálják vagy a központi idegrendszerben hatnak (légúti hurutoknál).

Anyagcsere zavarak és mérgezések: Gyógyszermérgezés (morphin mellékhatása), diabeteses coma, uraemia, máj-coma, mérgezések (növény és permetezszer, tisztítószer-mérgezés).

Idegrendszerű hányások: Sugárhányás, hányinger nélkül jelentkezik, koponyaüri nyomásfokozódás esetén, meningitis, encephalitis, agydaganat, agyvérzés. Pszichés ok - neuropathiás hányás: Étél ellen, undor, konfliktusok, feszültség, stressz, félelem.

Hányadék típusok, szín, szag, állag szerint: Ha emésztetlen (nyelőcsőből), 2-3 napos étel (pylorus stenosis), nyákos, tapadós, nagy mennyiségű (gyomorhurut), nyálkás, víztiszta, fehér, éhgyomri (terhesség, alkoholbetegség, savtúltengés), epés (sárgás, zöldes, sholecystitis), friss, piros, véralvadékos vérzés esetén (pl. gyomordaganat, gyomorfekély, nyelőcsővérzés, vérzés - haematemesis (H), az emésztett vér kávéaljszerű, barnás. Miserere: barna, széketszagú-ileus, ilyenkor nagy mennyiségű bélsár ürülhet, tartalmazhat orsógilisztát, mérgező anyagot (növényi rész, idegen test, játék).

Előkészítés:

Eszközök: Vesetál papírvattával, műanyaglepedő, gumilepedő, nylonkötény, vérnyomásmérő, vércukormérő, szájmazsk, fertőtlenítőszer.

Kivitelezés:

Az ápoló-gondozó teendői, ellátás az ellátott hányása esetén: Hányinger esetén megkérhetjük az ellátottat, hogy mélyeket sóhajtson, így csökken a hányinger, erőlködés, öklendezés. Szellőztessük ki a szobát. Vesetálat (hánytálat) adunk az ellátottnak. Ha az ellátottnak kivehető műfogsora van, azt hányáskor el kell távolítani. Ágyneműjét, hálóingét műanyag lepedővel, gumilepedővel védjük. Ha az ellátott mozgatható, felültetjük, mellé állunk, fejét fogjuk. Ágyhoz kötött, fekvő beteg ellátottat arra az oldalára fordítunk, amelyik nem sérült, feje alá helyezzünk gumilepedőt. Fejét kissé a föld felé fordítjuk, álla alá helyezzük a vesetálat, fejét megtámasztjuk, így a hányadékot könnyebben ki tudja üríteni. Mind a mobilis, mind pedig a fekvő ellátott mellett végig ott maradunk a hányás befejeztéig (aspiráció veszélye). Műtéten átesett ellátott sebét védjük, ezért hányáskor a kezünket szorítsuk a hasi sebre, vagy ha az ellátott képes rá, tegye ezt maga meg!

Az ellátott hányása utáni ápoló-gondozói teendők: OMSZ vagy orvos értesítése, amennyiben a tünetek alapján úgy ítéltük meg: kóros hányadék típus (pld. vérzés, bélsárhányás stb.). Sugárhányás esetén, hiszen felmerül az agynyomásfokozódás lehetősége. Ha folyadékot nem tudunk bejuttatni az ellátottnak szervezetébe, mert az azonnali hányingert, hányást válthat ki. Ha a hányáshoz láz és hasmenés is társul, ilyenkor fokozottan jelentkezik a kiszáradás veszélye (száraz ajkak, száraz nyelv, karikás szemek, ráncolható bőr, acetonos lehelet, illetve súlyos jel, ha alig van vizelet, s az ellátott aluszékony).

Az ellátott ajkát, arcát papírvattával letöröljük, száját kiöblítjük, a fekvő ellátot esetében is száj toilletet végzünk. A szennyes ruhaneműt, hálóinget lecseréljük. Tiszta vesetálat helyezünk készenlétbe. Vesetál, hánytál fertőtlenítése: mechanikus tisztítás után (gumikötény, szájmazsk) fertőtlenítő beáztatással fertőtlenítjük az előírt behatási ideig tartjuk a fertőtlenítő oldatban (pl.: nátrium hipoklorit 2-4 %-os oldata 10 percig). Az ápoló-gondozó maga is kézmosást, fertőtlenítést végez, esetleg munkaruhát cserél. Hányás után fél- egy óráig semmit, utána kortyonként szénsavmentes ásványvizet adunk. Később a vízbe (ha már nincs hányinger, hányás), egy csipet só és egy kávéskanál glukózt tegyünk. A gyümölcslevet hígítva adhatjuk, tejes és szénsavas italt ne kapjon az ellátott.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A folyadékháztartást figyelni kell, folyadékclapot vezessünk. A hányás veszélye az exsiccosis, pontosan jegyezzük fel a bevitt folyadék mennyiségét. A bevitt folyadék mennyiség nem lehet kevesebb, mint az ürített.

Dokumentálás:

A vitális paramétereket, az elvégzett ápolási teendőket, beavatkozást dokumentálni kell az ápolási lapon és az eseménynaplóban. A vérhányást piros H jellel jelöljük. Az ápolási lapon, illetve a az eseménynaplóban leírjuk a hányások számát, mennyiségét milliliterben adjuk meg.

Egyedi esetek kezelése:

A intézményi orvos/háziorvos folyadék és elektrolit pótlásként Normolyt port, orális dehidráló folyadékot vagy infúziót rendelhet, elektrolitzavarok megítélésére vérvételt kérhet. Fokozatosan kell visszaállni az ellátott megszokott étrendjéhez, először diétát, könnyű ételeket adunk: sós vízben főtt burgonyát, háztartási kekszet, almát, répát. Kávét, alkoholt ne igyon az ellátott.

Ellenőrzés:

Vezető ápoló a hányó beteg ellátott ellátása-gondozása során ellenőrzi a protokollban leírt szabályok betartását.

Folyamat dokumentumai:

- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Folyadéknapló

Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó

- A vezető ápoló ellenőrző, tanácsadó szerepet tölt be. Az ápoló-gondozó felelős a hányó beteg ellátásáért, és a tevékenységek pontos dokumentálásáért.
- A intézményi orvos/háziorvos a szükséges terápia bevezetését, az ellátott állapotának ellenőrzését, kontroll vizsgálatát látja el.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Gondozott felvétele és elbocsátása		ÁP 02-01
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-01 Gondozott felvétele és elbocsátása

- Cél:** Szabályozni az ellátottak felvételének és elbocsátásának folyamatát.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

- Hivatkozások:**
1/2000.(I.7.)SzCsM rendelet, Házi rend

4. A folyamat leírása:

Az ellátott fogadása, információ felvétele:

Az új ellátott érkezik saját otthonából, egyénileg, vagy hozzátartozó kíséretében.

Teljes ellátást igénylő, magatehetetlen, járásképtelen ellátott érkezik kórházból betegszállítással, illetve saját otthonából is.

Orientált ellátott esetében az ellátáshoz szükséges információk azonnal felismerhetők és megszerezhetőek, ellenkező esetben a hozzátartozó vagy a kórházi és ápolási zárójelentések nyújtanak segítséget. Az ellátott elbocsátása során minden segítséget meg kell adni, hogy a bentlakásos intézményi ellátást követően a további ellátása zavartalan legyen.

Az új ellátott fogadására alkalmas környezeti és személyes élettér biztosítása. Ellátotti jogviszony megszűnése esetén előkészítjük az átadandó személyes okmányokat, orvosi dokumentációt és minden személyi leltári leltárában szereplő értékeit, tárgyi eszközeit.

Előkészítés:

Kérelem adatlap, előgondozási dokumentumok, ápolási szükséglet felmérő lap, egészségügyi dokumentáció

Kivitelezés:

Kórházból érkező új ellátott érkezéséről a szociális munkatárs értesíti az adott gondozási egység vezető ápolóját, átadja az intézményi személyi és egészségügyi alapadatokkal, hozzátartozói elérhetőséggel, azonosítás céljából.

A saját otthonából érkező ellátottat felkíséri az adott gondozási egységre.

A megállapodást előkészíti, mely az intézményvezető jelenlétében - közös elolvasást és értelmezést követően - aláírásra kerül a szolgáltatást igénybe vevő vagy/és törvényes képviselője által.

A vezető ápolók és ápoló-gondozók, műszakfelelős ápoló felelőssége, feladatai: Fogadják az ellátottat és hozzátartozóit, kölcsönösen bemutatkoznak egymásnak és tisztázzák a megszólítási formát. Bemutatásra kerül a szobatárs és kölcsönösen bemutatkoznak egymásnak.

Bemutatják a lakószoba fontosabb berendezési tárgyait (ágy, éjjeli szekrény, ruhásszekrény) és a hozzá tartozó mellékhelyiségeket. Későbbiekben sor kerülhet a közösségi helyiségek, közösségi élet színtereinek bemutatására is (ebédlő, rendezvényterem, büfé, könyvtár, tornaszoba, stb.).

A vezető ápoló távolléte esetén a műszakfelelős ápoló-gondozó állapotfelmérést végez az ápolási szükségletek meghatározása, tervezése céljából (higiénés szokások, diéta, mozgásképesség, ürítési szükséglet - inkontinencia, alvási szokások, gyógyászati segédeszköz használat, orientáció, kognitív képességek, vallásgyakorlás). Amennyiben ezeket az információkat az ellátotról nem tudjuk felvenni, heteroanamnézisre van szükség (hozzátartozó), vagy tájékozódhat az ápolási zárójelentésből, ambuláns lapokból. A jó vezető ápoló és ápoló-gondozó a beszélgetés során megfigyeli az ellátottat és így is fontos információkhoz jut. A nyert információkat, ápolási-gondozási szükségletet az eseménynaplóban, illetve a gondozási anamnézisben részletesen dokumentálni kell. A vezető ápoló által megbízott ápoló-gondozó az ellátott beleegyezésével és együttműködésével elvégzi a fürdetést (a szükséges mértékben nyújt segítséget). A nyert információkat az eseménynaplóban dokumentálja, melyek orvosi rendelésen való megjelenését lehetővé tehetik.

A mosodai szolgáltatásról, vagy a ruházat tisztításának igénybevételének rendjéről és módjáról tájékoztatni kell az ellátottat. A vezető ápoló távolléte esetén a műszakfelelős ápoló a gyógyszerelést végző gondozóval megbeszéli az ellátott orvos által előírt gyógyszerelését. A intézményi orvos/háziorvos vizsgálatáig az új ellátott a korábbi intézményi orvos/háziorvosa által kiadott terápiás lap alapján, vagy kórházi zárójelentése alapján kapja meg a gyógyszereit.

Az ápoló-gondozónak, műszakfelelős ápolónak ki kell egészíteni a gondozási állapotfelmérést az RR, pulzus, vércukor mérésével és a mért értékeket dokumentálnia kell. A vezető ápoló röviden ismerteti a Házi rendet, melyet az ellátott korábban a szociális munkatárstól részletes elolvasásra már megkapott. A vezető ápoló tájékoztatást ad az az ellátotti és betegjogokról, a képviselők elérhetőségéről.

Terápiás munkatárs felelőssége, feladata: A beilleszkedés segítése, szükség esetén MMSE és depresszió skála felvétele, életinterjú készítése.

Az ellátott elbocsátása

A szociális munkatárs feladata: Tételesen felveszi és átadja az ellátott hivatalos dokumentumait (anyakönyvi kivonat, házassági anyakönyvi kivonat, TAJ kártya, ambuláns lapok, zárójelentések). A számla lezárása, a térítési díj kifizetésre kerül. Vezető ápoló feladata: Gondoskodik arról, hogy a intézményi orvos/háziorvos egyhavi gyógyszereit felírja az ellátottnak. A saját költségen beszerzett gyógyszereket, illetve gyógyászati segédeszközöket át kell adni.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Tájékoztatni az ellátottat és hozzátartozóit, hogy minden, későbbiekben behozott tárgyról, ruhaneműről szóljanak az ápoló-gondozónak. Fel kell hívni az ellátott figyelmét arra, hogy a saját használatában lévő tárgyi eszközökért, értéktárgyakért az intézmény nem vállal felelősséget. Lehetőség van kisebb értéktárgyak (ékszer, stb.) és készpénz biztonságos elhelyezésére (személyi letét).

Dokumentálás:

A felvételt végző szociális munkatárs az új ellátott adatait rögzíti a nyilvántartásban és az ellátotti dokumentációs információs rendszerben is. Átkéri az ellátott korábbi intézményi orvos/háziorvosától a törzskartont, továbbá az ellátott kérésére intézkedik a nyugellátás és más jövedelmének intézménybe történő átirányításáról. Elvégzi az ellátott lakcímváltozásának bejelentését. Rögzíti az ellátottat a TAJ-alapú nyilvántartásba is.

Az ellátott behozott személyes tárgyairól és ruhaneműiről sorszámozott, hitelesített, az ellátott személyi leltára nyomtatványon leltárt készítenek az ápoló-gondozók. Három hétig részletes leírást, átadást kell írni az eseménynaplóban, minden műszakban az ellátott beilleszkedésének folyamatáról, ellátásáról, szokásrendszeréről, stb.

A vezető ápoló által megbízott ápoló-gondozó a gondozási-ápolási szükséglet felmérését (anamnézis) egy héten belül elkészíti. A gondozási tervet a mentálhigiénés munkatárssal, és a mozgásterapeutával közösen a felvételtől számított 1 hónapon belül véglegesítik.

A gyógyszerelést végző gondozó felelős az ápolási lap terápiás részének kitöltéséért.

A vezető ápoló az étkezést, szükség esetén diétát a számítógépes rendszerben rögzíti. A vezető ápoló jelentésében az ellátott nyilatkozatot tesz arról, hogy rosszul érzi, kórházba kerülése, egészségügyi ellátás igénybevétele esetén a hozzátartozója milyen formában hívható (aláírásával hitelesíti). Elbocsátásnál a szociális munkatárs az intézmény papír alapú és elektronikus nyilvántartásában rögzíti az intézményi jogviszony megszüntetésének tényét.

Egyedi esetek kezelése:

A Kálvineum Idősek Otthonában az intézményvezető egyedi döntés szerint, a jogszabályban foglalt dokumentációs kötelezettségek megtartása mellett módosíthatja a felvételi eljárás menetét, a rendelkezésre álló humán erőforrásoknak megfelelően.

Krizishelyzetekben (extrém hideg, hőségriadó) sor kerülhet soron kívüli elhelyezésre, „vörös kód” elrendelése esetén a területi ellátási kötelezettség, illetve önkéntes vállalat révén. Ezen férőhelyek biztosítása előzetes felajánlás alapján történik. A felvételi eljárás dokumentálása utólagosan történik, és ezen intézkedéssel nem jön létre intézményi jogviszony.

A Sóstói Szivárvány Idősek Otthonában az átmeneti ellátást nyújtó idősök otthonában.

Ellenőrzés:

A protokoll alkalmazásának ellenőrzését az intézmény vezetője végzi.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Eseménynapló
- Kérelem, és mellékletei
- Előgondozási dokumentumok
- Orvosi, szakorvosi igazolások
- GDPR szabályzat
- Házi rend
- Nyilvántartás (Szt. 20. § (1) szerinti)

6. Felelős: szociális munkatárs, vezető ápoló, ápoló-gondozó

- A szociális munkatársak felelősek a felvételi és elbocsátási eljárási rend betartásáért.
- Az adott gondozási egység vezető ápolója felelős az ellátott gondozásba vételéért és a gondozási-ápolási folyamatok megfelelő megvalósulásáért.
- Az ápoló-gondozók felelősek a felvételi eljárás során alkalmazott műveletek szabályos végrehajtásáért, az ellátott további megfigyeléséért és állapotának megfelelő gondozásáért.
- **Opcionálisan érintett további munkakörök:** az intézményvezető személyes találkozás keretében megállapodást köt a szolgáltatást igénybe vevővel. Az intézmény orvosa, illetve megbízásából a szociális munkatárs átkéri az egészségügyi kartont a korábbi intézményi orvos/háziorvostól, az új beköltözőt a legközelebbi rendelés alkalmával megvizsgálja, részletes anamnézist vesz fel és elrendeli a szükséges gyógyszeres kezelést.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	A fertőző betegek elkülönítése és ápolása		ÁP 02-02
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-02 A fertőző betegek elkülönítése és ápolása

1. Cél: Fertőzések kialakulásának megelőzése. Fertőzött/kolonizált beteg hatékony kezelése és ápolása, a fertőzés továbbterjedésének megakadályozása.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

- "Johan Béla" Országos Epidemiológiai Központ: Módszertani hírlevél (EPINFO 22. évf. 28. szám)
- Szabó Rita: Infekciókontroll a bentlakásos szociális intézményekben 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről
- 1/2014. (I. 16.) EMMI rendelet a fertőző betegségek jelentésének rendjéről
- Intézményi és gondozotti textília kezelése (ÁP 01-03), Higiénés kézfertőtlenítés (ÁP-01-06), Általános betegmegfigyelés (ÁP 01-07) protokollok.

4. A folyamat leírása:

Fertőzésről akkor beszélünk, ha kórokozó betegséget kiváltó hatással van a szervezetre. Négyféleképpen következhet be:

1. olyan nagy tömegű kórokozó kerül a szervezetbe, hogy annak védekezőképessége nem elegendő a legyőzésükhöz, és fölbomlik gyenge a szervezet egyensúlya;
2. oly nagy mértékben fertőzőképes (virulens) kórokozók jutottak be a szervezetbe, hogy kialakul a betegség;
3. oly mértékben a szervezet védekezőképessége, hogy már kevés bejutó kórokozó is károsít;
4. egyéb ok miatti legyengülés következtében a szervezetben már meglévő kórokozó nagymértékű szaporodásnak indul, és elárasztja a szervezetet (például a felső légúti, vírus okozta fertőződés miatt legyengült szervezetben bakteriális vagy gombás tüdőgyulladás léphet föl).

A fertőzés forrása:

A fertőzés forrása lehet beteg ember vagy állat, a látszólag nem beteg, de kórokozót hordozó és ürítő (baktérium- vagy vírusszállító) ember, valamint az ember környezete.

A fertőzés forrásaiból az emberbe jutás útjai:

- közvetlen érintkezés (pl. kézfogás);
- levegő közvetítése – a levegőben levő részecskék kórokozó - közvetett szerepet játszanak. Cseppfertőzést idézhet elő a köhögés, a tüsszentés, a beszéd, a nyálka vagy a köpet. A fertőző cseppek különböző nagyságúak lehetnek. A nagyobb csepp ugyan több kórokozót tartalmaz, de súlya miatt hamar leülepszik. A kisebbek a levegőben órákig lebeghetnek, így a fertőzésveszély a fertőző személy távozása után még órákig fennáll;
- emberi vagy állati váladék – vizelet, széklet, genny, nemi mirigyek váladéka;

- táplálék vagy ivóvíz – a közvetítésben szerepet játszhat a kéz szennyezettsége, magának az ételnek a szennyezett volta, valamint a legyek, rovarok;
- rovarcsípés – kullancs vagy trópusokon a szúnyog;
- közvetlenül a vér – vérátömlesztés, sebek, nemi kapcsolat (AIDS, nemi betegségek, hepatitis B, C.).

A védőoltás:

A védőoltás (immunizálás) a fertőző betegségek fajlagos megelőzésére szolgáló eljárás. A fajlagosság azt jelenti, hogy kifejezetten csak egy megjelölt betegségről van szó. Az eljárás azon a több évszázados megfigyelésen alapul, hogy azok a személyek, akik felgyógyultak bizonyos fertőző betegségekből, nem kapják meg még egyszer ugyanazt a betegséget. Előrelépést jelentett annak felfedezése, hogy az ilyen védettséget (átvészelt immunitást) maguk után hagyó betegségek okozói mikroorganizmusok, tehát apró élőlények: baktériumok, vírusok stb. A különböző kórokozók más és más fehérjeszerű anyagot tartalmaznak. Ezzel az anyaggal szemben a szervezet más és más, tehát a kórokozóra jellemző ellenanyagot termel. Innen ered, hogy csak fajlagosan, tehát mindig a fertőző kórokozó anyaga ellen képződik ellenanyag.

A járvány:

Járványról akkor beszélünk, ha a fertőző megbetegedés

- egy fertőző forrásból,
- ugyanazon kórokozó által,
- ugyanazon a területen,
- egyazon időben és
- többeket érintően jelentkezik.

Előkészítés:

kéz fertőtlenítéséhez szükséges kellékek
szájkendő, védőruha
egyszerhasználatos eszközök
szükség esetén elkülönítő szoba

Kivitelezés:

Legfontosabb feladat a fertőzés megelőzése, a fertőzés továbbterjedésének megakadályozása.

A fertőzés megelőzése:

A fertőzés megelőzése az ápoló-gondozó fontos feladatai közé tartozik, amit akkor tud teljesíteni, ha ismeri a kórokozók bejutásának útjait. Azt a helyet (szervet), amelyen át a kórokozó a szervezetbe jut, a behatolás kapujának nevezzük. A kórokozók nemcsak seben keresztül juthatnak a szervezetbe, hanem más módon is:

- ép bőrön vagy ép nyálkahártyán át, továbbá
- a levegővel a légutakon keresztül,
- étellel, itallal az emésztőrendszeren keresztül,
- orvosi műszeres beavatkozás során vagy
- vér útján.

Fertőző megbetegedésnek már a gyanúja esetén is azonnal meg kell tenni a szükséges védőintézkedéseket:

- a kéz fertőtlenítéséhez szükséges kellékek elkészítése és alkalmazása;
- a levegő gyakori cseréje (szellőztetés);
- szájkendő, védőruha viselése;
- rendszeres ágynemű- és hálórucseréje, az ágynemű- és hálóruga fertőtlenítése (külön kezelve a beteg holmiját);
- egyszerhasználatos eszközök alkalmazása;
- orrváladék, illetve köpet felfogásához papírzsebkendő, papírvatta és köpöcsésze biztosítása fertőtlenítő oldattal;
- tömeg, közösség kerülése az esetleges fertőzés továbbvitelének megelőzésére,
- szükség esetén a fertőzött személy elkülönítése.

Izoláció/elkülönítés:

A fertőződött/kolonizált ápolat ha a szakorvos, intézményi orvos/háziorvos elrendeli külön szobába – az elkülönítő, vagy betegszobába kell elhelyezni. A beteget helyben szükséges elkülöníteni, fertőző osztályon történő elhelyezés legtöbbször nem indokolt. Az elkülönítés során a standard izoláció, illetve a kontakt izoláció szabályai követendők. A kontakt izolációra vonatkozó szabályokat a hosszú ápolási intézményekben (krónikus ellátást végző, ápolási és rehabilitációs osztály, valamint ápolást nyújtó szociális intézmények) is be kell tartani. Amennyiben szükséges – pl. nosocomialis járvány idején – két vagy több fertőzött/kolonizált ápolat is elhelyezhető egy szobában.

Az izolált beteg ellátásához a szobában (személyre szólóan) kell biztosítani az ápolási és diagnosztikai eszközöket. Ezek az eszközök a szobából ki nem hozhatók, velük más betegek nem ápolhatók. Amennyiben ez nem megoldható teljes mértékben, úgy az eszközt, műszert – mielőtt az más beteggel kapcsolatba kerülne – fertőtleníteni, ill. sterilizálni szükséges.

Az izolált beteg az izoláció teljes időtartama alatt nem hagyhatja el a szobát. Lehetőség szerint a beteggel kapcsolatos összes teendőt az izoláló szobában kell megoldani.

Az izolált személy ápolásához **külön ápoló személyzetet kell biztosítani.**

Bizonyos testfelületek (sebváladék, trachea váladék, légúti váladék, stb.) MRSA-kolonizációja nehezen szüntethető meg, ezért az izoláció feloldása előtt minden esetben intézményi orvos/háziorvossal, infektológussal kell konzultálni.

18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 1. számú melléklet részletesen összefoglalja az egyes kórokozók esetén szükséges teendőket (Elkülönítés, fertőtlenítés, zárlat).

Az izoláció megszüntetése:

Az izoláció abban az esetben oldható fel, ha a betegnek a dekolonizációt (helyi kezelés) vagy/és szisztémás antibiotikum kezelést követően nincs pozitív váladéka.

A környezet fertőtlenítése:

A 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 3. számú melléklete részletesen meghatározza, hogy milyen típusú fertőzések esetén kell folyamatos, illetve zárófertőtlenítés.

A fertőződött/kolonizált beteg környezetében folyamatos fertőtlenítés végzése szükséges. A betegek ápolásához alkalmazott eszközöket (pl. lázmérő, fonendoszkóp), a beteg használati tárgyait (pohár, evőeszköz, szemüveg, műfogsor stb.) használatukat követően fertőtleníteni szükséges.

A beteget fertőtlenítő fürdés után tiszta ágyneműbe kell fektetni, a beteg ágyneműjét, hálóruháját, ruháját naponta cserélni kell. A beteg ágyneműjét, ruhaneműjét külön átlátszó zsákba kell tenni, a többi szennyesről elkülönítve kezeljük. A zsákra rá kell írni pirossal, hogy fertőzött. Az intézmény mosodája felé jelezni kell a fertőzés/kolonizáció tényét. Fertőtlenítő mosást alkalmazzunk.

Az izoláció feloldását követően zárófertőtlenítést kell végezni. A fertőtlenítésnek ki kell terjednie a betegellátás során alkalmazott eszközökre, felszerelési- és berendezési tárgyakra. A fertőtlenítéshez széles spektrumú, bactericid hatású fertőtlenítőszer használhatóak.

A beteg által használt párnát, takarót az intézmény mosodájában kell fertőtleníteni. Ne használjunk tollpárnát, tollpaplant mivel azt a mosodában nem lehet fertőtleníteni. Intézményi paplant, párnát, plédet használjunk. A matracot szintén fertőtleníteni kell.

Fertőzött/kolonizált ápolat szállítása:

A fertőzött/kolonizált ápolat mozgása az intézményben, az intézményen kívül lehetőség szerint minimális legyen.

Amennyiben ez mégis szükségessé válik (pl. diagnosztikus vizsgálatok, műtétek), úgy a célállomás dolgozóit tájékoztatni kell az ápolat fertőzöttségéről/kolonizáltságáról. A szállítást megelőzően a beteget célszerű antibakteriális szappannal lefürdetni, haját is megmosni, tiszta ruhába öltöztetni.

Szállításkor a beteget be kell takarni, hámphányos bőrfelületeit le kell fedni, kezét fertőtleníteni kell, a légutak fertőzöttsége esetén a betegre maszkot kell helyezni.

A szállítást végző dolgozónak egyszerhasználatos kesztyűt, szükség esetén maszkot, védőköpenyt kell viselnie, majd a betegszállítás után, a kesztyű levételét követően kezét fertőtleníteni kell. Amennyiben a beteget mentővel szállítják más egészségügyi intézménybe, a mentő személyzetét és a felvevő intézményt is tájékoztatni szükséges a beteg MRSA-fertőzöttségéről/kolonizáltságáról.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Mintavétel szükségességéről az intézmény orvosa dönt. A fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 1/2014. (I. 16.) EMMI rendelet értelmében sürgősséggel jelentendő, ha bármely fertőző betegség, illetve bármely, egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés halmozottan vagy járványosan fordul elő. A járvány gyanúját, illetve a járványokra vonatkozó adatokat az egészségügyi szolgáltató (intézmény orvosa) rögzíti on-line módon a Nemzeti Nosocomiális Surveillance Rendszer (NNSR) nosocomiális (kórházi) járványok moduljába (NNSR-JAR).

Fertőző megbetegedések gyanúja esetén az intézmény orvosát értesíteni kell.

Kérdéskor esetekben az intézményvezető, vagy a vezető ápoló felveszi a kapcsolatot a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály Járványügyi osztályával. Munkaidőben: 06-42-501-003 Készenléti szám: 06-30-619-7499

Dokumentálás:

A műszakfelelős ápoló az eseménynaplóban, az ápolási lapon rögzíti az adott gondozottnál észlelt fertőzés tüneteit. A vezető ápoló értesíti az intézmény orvosát, ezt dokumentálja. Amennyiben az intézményi orvos tenyésztést ír elő, a mikrobiológiai vizsgálatkérő lap kitöltése válik szükségessé.

Egyedi esetek kezelése:

Járványügyi megfigyelés rota vírus okozta gastroenteritis gyanúja esetén:

Bentlakásos intézményben előfordult megbetegedés esetén az intézményben, a gondozási egységben vagy jól elkülöníthető körülmények között, a szobára vonatkozóan 3 napos felvételi zárlatot kell elrendelni. A megbetegedés gyanúja esetén az intézményvezető, a intézményi orvos/háziorvossal egyeztetve. Ez azt jelenti, hogy az ellátott a lehetőségekhez mérten ne hagyja el a szobáját, gondozási egységet, vagy az intézményt, illetve onnan ne vigyenek ki ételt, italt, személyes tárgyakat, vagy ápolási eszközöket. Ez idő alatt javasolt a látogatók fogadását is felfüggeszteni.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló naponta ellenőrzi a fertőző beteg ellátottak elkülönítésével és ápolásával kapcsolatos folyamatok szabályszerűségét.

5. Folyamat dokumentumai:

- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Szociális otthoni, intézeti ellátottak egészségügyi lapja
- Orvosi rendelési füzet
- Szakrendelés ambuláns lapja
- Kórházi zárójelentés

6. Felelős: Vezető ápoló, ápoló-gondozó, intézményvezető, intézményi orvos

- A vezető ápoló és az ápoló-gondozó felelős a tünetek észlelése esetén az intézményi orvos értesítéséért.
- Az intézményvezető tömeges megbetegedés esetén a intézményi orvos/háziorvossal, illetve a Járványügyi Osztállyal egyeztetve részleges vagy teljes gondozási egység elkülönítést illetve felvételi zárlatot rendelhet el.
- Intézményi orvos a tenyésztéses vizsgálatok, és a jelentési kötelezettség esetén jár el.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Állati élősködők általi betegségek (tetü, rüh) kezelése és ápolása	ÁP 02-03	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-03 Állati élősködők általi betegségek (tetü, rüh) kezelése és ápolása

1. Cél: Az intézményben a fertőző betegségek mielőbbi felismerése, a beteg ellátottak és környezetük egyidejű kezelésével a fertőzés továbbterjedésének és az újrafertőződésnek a megakadályozása. Minden dolgozó, aki munkája során ilyen betegségek, vagy tüneteik fennállását észleli, köteles annak megszüntetéséről haladéktalanul gondoskodni.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1997. évi CLIV. törvény, 18/1998.(VI.3.) NM rendelet, 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet 2. sz. melléklet, Gerontológiai ápolás (Szerkesztette: Joan F. Needham, sorozatszerkesztő: Kathy V. Gettrust, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 1998.), Klinikai ápolástani ismeretek I. Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai jegyzet (Szerkesztette: Dr. Illei György, Pécs 1995.)

4. A folyamat leírása:

A betegségek tüneteit, kezelésük módját az ápoló-gondozóknak ismerniük kell, hiszen érkezhettek ellátott az otthonából és a kórházból is fertőzöttként. A „Bőr és járulékos elemeinek tisztán tartása” (ÁP 01-09) és „Általános betegmegfigyelés” (ÁP 01-07) protokollok is alkalmazandók.

Rüh (scabies): Parazitafertőzés, kórokozója a *sarcoptes scabiei* (rühatkka).

Terjedési mód: Emberről emberre, ehhez kb. 15 perc szoros testközeli kontaktus kell. Gyakori, hogy a vakarózás miatt elszóródott peték és atkák a textíliák révén (ágynemű, törölköző, matrac) fertőzi a fogékony embert, eszközökön 24 óráig életképes marad. **Fogékonyság, rizikofaktorok:** nem megfelelő személyi higiénia, túlszűfoaltság, mentális hanyatlás, demencia, alultápláltság.

Télen gyakoribb, a zsúfoltságot, hideget és párát szereti. A rühatkka nőténye a nagyobb, az kb. 0,3x0,3 mm. Az élősködő a bőrbe fúrja magát, ahol kb. 30 napig él, vékony járatot képez. A bőrben lerakott peték kikelnek, majd az élősködők a bőr felszínén párosodnak. Ezt követően ismét a bőrbe fúrja magát a nőtény és újra indul az életciklusuk.

Tünetei: Legfontosabb tünet az erős viszketés, főleg éjszaka. Az első fertőzésnél kb. 1 hónap múlva kezdődnek a tünetek, de ha már volt valaki korábban rühes, pár nap után elkezdődik a viszketés. Apró, piros göbcsék jelenhetnek meg a testen, esetleg 2-15 mm hosszú szürkés járatot figyelhetünk meg, főleg az ujjak oldalán, ujjak között, csukló tenyéri részén, könyök hátsó részén, mellbimbó és köldök mellett, pénisz környékén. A testen a viszketés következtében gyakran kaparásnyomok is láthatóak. Az idős, krónikus betegek körében az élősködő okozta fertőzés általános dermatitis formájában is megjelenhet, amely hámlással, hólyagosodással és varrasodással jár (norgvég rüh). A viszketés gyenge lehet, de teljesen hiányozhat is. Igen fertőző!

Előkészítés:

Eszközök: Az ápoló-gondozó munkaruha védelmére gumikesztyű, nylonkötény, az alkalmazandó fertőtlenítőszer a testi- és tárgyi eszközök fertőtlenítéséhez, a fertőzött szennyes ágynemű és ruhanemű összegyűjtésére szolgáló nylonzsák.

Kivitelezés: Nemcsak a rüh tüneteit és az orvos által rühesként diagnosztizált ellátottat, hanem a tünetmentes, vele szoros kontaktusban élő ellátottakat is kezeljük (pld. szobatársak). Linimentum scabucidum vagy Novascabin: mindkettő a benzil benzoátot tartalmazza. Ezzel kell fürdés után nyaktól lefelé az egész testet bekenni, majd 30 perc múlva ismét be kell kenni. Ezután 12 óráig nem kell fürödni. A második és harmadik napon ismét két-két alkalommal meg kell ismételni a kezelést, azaz összesen hat alkalommal kell bekenni a testet. Infectoscab/permethrin/: hatásos, egyszerűbb vele a kezelés, ám drága krém. Egyszer kell bekenni a testet, utána a krém lemosható, egy- két hét múlva pedig egyszeri, ismételt kezelés szükséges.

További fontos kezelési alapelvek: A fertőzött ruhaneműt, ágyneműt, matracot, stb. az erre a célra használt, átlátszó, fertőzött zsákban adjuk le a mosodára, 60 °C felett kell mosni, kifőzni. A szennyezett eszközöket négy napig plasztikzsákba zárva, a rüh elpusztul. A sikeres kezelés után még akár két hétig is lehet viszketés.

Fejtetvesség (Pediculosis capitis): A fejtetű kb.2,5-4,5 mm. nagyságú, ovális alakú rovar. Petéit/serkéit a hajas fejbőrön, a hajszálak tövében helyezi el, leggyakrabban a halánték- és tarkótájon. A nőtény tetvek 2-4 hetes életük során, átlagosan 100 petét raknak. A serkéből a lárvák 5-8 nap alatt kelnek ki és 2-3 hét alatt válnak ivaréretté. A kifejlett nőtények 1-5 nap múlva kezdik el a peterakást, a második hónap végén egyetlen nőtény ivadékainak a száma több ezer is lehet, az eltetvesedés tehát hamar bekövetkezik!

Tünetek: A tarkótájon észlelhető vakarási nyomok, itt fészkelő pyoderma mindig fejtetvesség gyanúját is kelti! A fejbőrön és főleg a fülek mögött és a nyak hátsó felszínén apró, tojás alakú, szürkésfehér serkék láthatóak, amelyek a hajszálak hossz tengelyével hegyesszöget alkotnak, és - a korpával ellentétben - nem húzhatóak le könnyen a hajszálakról, kézzel nem lehet lesöpörni, csak úgy távolíthatóak el, ha fésűvel lehúzzuk a hajszál végéről. Erős viszketéssel jár, a fejbőrön vörös, kiütésszerű foltok láthatóak. A viszketés miatti gyakori vakarózás felsebzi a bőrt, ezeken a sérüléseken keresztül másodlagos fertőzés is érheti a bőrt, gennyesedés, gyulladással járó folyamat indulhat meg. A vakarás helyein bakteriális felülfertőződés, gennyesedés alakulhat ki, amelyet a nyaki nyirokcsomók megnagyobbodása is kísérhet.

Lapostetű fertőzés (Pediculosis pubis): ritkábban fordul elő. A kerekded kb. 1,5 mm átmérőjű, nevének megfelelően lapított alakú pediculus a fanszőrzetben, az alhas szőrzetében, ritkábban a hónaljszőrzetben, a szempilla, szemöldök szőrzetén találja meg életterét. Serkéit ide rakja le, fejlődése lassúbb, szaporodása mérsékeltebb. Kizárólag közvetlen kontaktus útján terjed (nemi érintkezés, együtt alvás).

Tünetei: A hímvessző, a szeméremtest és a végbélnyílás körüli viszketés. Az alsóneműn szétszórortan apró, sűrű ürüléket hagy. Nehéz megtalálni, apró, kékes foltként jelenhet meg a bőrön, serkéjük a szőrszálak tövében, a bőrhöz közel található.

Ruhatetvesség (Pediculus vestimentorum): A ruhatetű külsőleg és testfelépítésében majdnem azonos a fejtetűvel, csak előfordulási helyében, életmódjában tér el attól. A ruhatetvek ugyanis a textíliában élnek, serkéjüket a ruha ráncaira rakják le. A bőrön csak a vérszívás ideje alatt tartózkodnak. Elhagyja a kihült, levetett ruházatot, vagy ha láz miatt emelkedik a testhőmérséklet, szétszóródik, a vérszívás céljából az emberre igyekszik kapaszkodni.

Terjedési mód: Emberről emberre, közvetlen érintkezés során. A közös ruhadarabok használatával is képes fertőzni.

Tünetek: A viszketés erősebb a vállakon, felkaron és a hason. A bőrön vonalas exkoriációk. A folytonos vakarózás következtében a bőr beszűrtté válhat, foltosan pigmentálttá, valamint pyoderma a tetvesség e formájához is csatlakozhat.

Előkészítés:

Eszközök: Az ápoló-gondozó munkaruha védelmére gumikesztyű, nylonkötény, az alkalmazandó fertőtlenítőszer a testi- és tárgyi eszközök fertőtlenítéséhez, a fertőzött szennyes ágynemű és ruhanemű összegyűjtésére szolgáló nylonzsák.

Kivitelezés:

Ápoló-gondozói teendők fejtetvesség kezelése esetén: Gyanú esetén kézi nagyító használatával vizsgálat. A hajat lazán szét kell bontani, és elsősorban a fülek melletti, mögötti területet, valamint a tarkóját kell átvizsgálni. A serkék és a kifejlett tetvek a fekete és barna hajszálon szabad szemmel is könnyen észrevehetőek, a világosabb hajúaknál fokozottabban kell figyelni! Lehetőleg a serkéket kell keresni, mivel ezekből több is található, és a fénykerülő, gyorsan menekülő tetveknél könnyebben felismerhetőek. Minden esetben meg kell győződni a talált serkék életképességéről, "körömpróbával" bizonyítható: az életképes serke két köröm között összenyomva pattanó hangot ad. Ha a fejtetvesség ténye bizonyított, orvos vagy bőrgyógyász szakorvos is megerősítette ezt, kezelés Nittyfor hajszeszszel. Ezzel a hajas fejbőrt és hajat gondosan át kell itatni, majd azt a fejbőrbe kell dörzsölni. A bedörzsölés alapos legyen, terjedjen ki a fejbőr és a haj teljes területére, hogy az érintőméreg ki tudja fejteni hatását. A szemeket vattával lefedjük, ügyelve arra, hogy a szesz a szembe ne jusson. Ezután meg kell várni, amíg a hajszesz rászárad a hajra (5-15 perc). A készítmény a tetűirtó hatását a következő hajmosásig megőrzi, és a fejre kerülő tetveket még a peték lerakása előtt elpusztítja. Amíg a visszafertőződés veszélye fennáll, célszerű a hajszeszszes kezelést még két hajmosás után megismételni. Az elhalt serkék erősen rögzülnek a hajszálakhoz, ecetes vízbe mártott, erős fogazatú fésűvel, ill. egyenkénti lehúzással távolíthatóak el. Fontos a fertőzött személy által használt törölközők, ruhák, ágyneműk, fejtámlát fedő huzatok 60 °C-on történő mosása.

Megelőzés: A vizsgálatot és a tetvetlenítést ki kell terjeszteni a tetvesnek talált ellátott egész környezetére. Ha a környezetében élők kezeletlenek maradnak, akkor a kezelt ellátott visszakaphatja a tetűt attól is, akitől eredetileg ő kapta, de attól is, akinek továbbadta ("ping-pong effektus").

Lapostetű fertőzés kezelése: A speciális tetűirtó, Nittyfor oldattal. Szükség van a ruházat és a használt tárgyak fertőtlenítésére is (ruhák kifőzése, alapos WC-tisztítás). A partner, egyidejű kezelése.

Ruhatetvesség kezelése: Ruhatetves egyén környezetében mindenkit fenyeget a tetvesség veszélye. Tetűirtó porozószert alkalmazunk a kárpitozott bútorok, fekhelyek, fotelek, székek porozására, ill. a padozatra.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Ha a fertőzés forrásait (ruházat, ágynemű, matrac, fésű, kalap, sapka, toalett, bútorok, padozat, stb.) nem fertőtlenítyük mosással, gőzvasalással, porszívózással, porozással, az élősködők életben maradhatnak és újrafertőznek!

Dokumentálás:

Az ápolási lap megfelelő részében és az eseménynaplóban az ápoló-gondozó rögzíti az ellátottak és személyes környezetük, valamint a használt tárgyi eszközök fertőtlenítésének elvégzését.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi a fertőtlenítő eljárások megtörténtét, minden fertőzés esetében.

5. Folyamat dokumentumai:

- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Egészségügyi státuszlap, bőrgyógyászati ambuláns lap

6. Felelős: Vezető ápoló, ápoló-gondozó,

- A vezető ápoló felelős a továbbterjedés megszüntetéséért. Ennek érdekében folyamatosan konzultál az intézményi/házi orvossal, szakorvossal, intézményvezetővel, és szükség esetén az illetékes hatósággal.
- Ápoló-gondozó felel a kezelés kivitelezéséért.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: A intézményi orvos/háziorvos, és bőrgyógyász szakorvos a terápia bevezetését, annak hatásosságát ellenőrzi.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	A korlátozó intézkedés gondozói teendői		ÁP 02-04
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-04 A korlátozó intézkedés gondozói teendői

1. Cél:

A korlátozó intézkedés tartalmának pontosítása és egységessé tétele valamennyi bentlakásos intézményben, ideértve azokat az intézményeket is, amelyekben nem fogyatékos, pszichiátriai betegek, vagy szenvedélybetegek élnek, de életvitelszerű tartózkodásuk során veszélyeztető magatartást tanúsíthatnak az ellátottak. (pl. demens beteg idősök otthonában). A korlátozó intézkedések során felmerülő jogsértések megelőzése, a korlátozások jogszerűségének előmozdítása, az adminisztráció egységes, jogszabályban előírt módon történő elkészítése.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet

A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 1993. évi III. törvény

Az egészségügyről 1997. évi CLIV. törvény

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről 1997. évi XLVII. törvény

Korlátozó és kényszerintézkedések eljárásrendje

4. A folyamat leírása:

Korlátozó intézkedés kizárólag az Eütv. 192. §-a (1)-(2) bekezdése esetén, az ott meghatározott magatartások elhárításához szükséges legrövidebb ideig alkalmazható. Több lehetséges és alkalmas korlátozó intézkedés közül azt kell választani, amely az intézkedéssel érintettre a veszélyeztető, illetve közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges legkisebb mértékű korlátozással, hátránnyal jár.

Előkészítés:

A pszichiátriai beteg gyógykezelése, ápolása és ellátása során a beteg szükségleteinek megfelelő ápolási körülményeket és személyi feltételeket kell biztosítani, különös tekintettel a korlátozó intézkedések elkerülésére.

Kivitelezés:

A korlátozó intézkedés gondozói teendői tekintetében a Házirend mellékletét képező "Korlátozó és kényszerintézkedések eljárásrendje"-ben foglaltak az irányadók. Különös tekintettel kell lenni a beteg felügyeletére, szükségleteinek biztosítására a korlátozás ideje alatt.

A folyamat a pszichiátriai beteg felszólításával kezdődik a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartástól való tartózkodásra, illetve az ilyen magatartások abbahagyására,

valamint a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartás elhárítását célzó beavatkozásokkal, kezelésekkal történő együttműködésre való felszólítással.

Ennek eredménytelensége esetén az arra való figyelmeztetés következik, hogy egyéb korlátozó intézkedés alkalmazása következik.

1) fizikai korlátozás: a pszichiátriai beteg szabad mozgásának megtagadása, illetve mozgási szabadságának testi kényszerrel, fizikai és mechanikai eszközökkel, berendezésekkel való korlátozása, így különösen az osztály, a részleg és az intézet elhagyásának megtagadása és megakadályozása, az intézet területén történő mozgás korlátozása, az elkülönítés, a testi kényszer, a rögzítés, valamint a lekötés;

2) kémiai vagy biológiai korlátozás: a veszélyeztető, illetve a közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer beleegyezés nélkül történő alkalmazása;

3) egyéb korlátozó intézkedés: az előzőekben felsorolt fizikai, kémiai vagy biológiai, illetve ezek komplex alkalmazásával történő korlátozás.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Az egyéb korlátozó intézkedések alkalmazásának ideje alatt a pszichiátriai beteg állapotának folyamatos, fokozott ellenőrzése szükséges, amely magába foglalja a fizikai, higiénés, pszichikai és egyéb szükségletek felmérését és ezeknek a beteg állapotának megfelelő kielégítését [Eütv. 192. § (4) bekezdés]. Az ellenőrzésnek arra is ki kell terjednie, hogy szükséges-e a korlátozó intézkedés további fenntartása, illetve szükséges-e az alkalmazott módszer megváltoztatása. Az ellenőrzés módját és gyakoriságát az intézményi orvos határozza meg és az erre vonatkozó döntését az ápolási dokumentációban rögzíti. Az ellenőrzést, illetve a beteg észlelését feladatkörében végző személy haladéktalanul köteles jelezni az korlátozást elrendelő/jóváhagyó orvosnak az általa észlelt, az egyéb korlátozó intézkedések alkalmazása szempontjából jelentős változásokat.

Dokumentálás:

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 6. melléklete

5. Folyamat dokumentumai:

- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Házi rend
- ADATLAP a korlátozó intézkedés elrendeléséhez

6. Felelős: vezető ápoló, műszakvezető ápoló, intézményi orvos/szakorvos, intézményvezető

- Vezető ápoló, műszakvezető ápoló, intézményi orvos elrendelheti, és felelős a törvényes képviselő értesítéséért.
- Beosztott ápoló felelős a folyamatos felügyeletért.
- Az orvos felelős a korlátozás felülvizsgálataért, lehetőség szerinti megszüntetéséért.
- Az elrendelő orvos minden esetben értesíti az intézményvezetőt.
- Az intézményvezető értesíti az ellátott jogi képviselőt.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Gyógyszerelés	ÁP 02-05	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-05 Gyógyszerelés

- Cél:** Az ellátott az orvosi utasításra írásban (ápolási lap, dekurzuslapon, egészségügyi státuszlapban) elrendelt gyógyszereket az előírt időben, módon, adagban és formában kapja meg.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- Hivatkozások:**
1997. évi CLIV. törvény, 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Patricia A. Potter - Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2011), Elkin, Potter, Perry: Ápolói beavatkozások és műveletek (Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2000.)
- A folyamat leírása:**
A gyógyszerelést az ápoló-gondozó végzi saját felelősségére, de az orvos írásos utasítására, amelyben olvasható, egyértelmű módon megjelölésre kerül a gyógyszer neve, adagja, alkalmazás gyakorisága. A gyógyszerelés időbeni lefolyás alapján lehet egyszeri, rövid ideig tartó és folyamatos.
A folyamatos gyógyszerelés esetén időszakonként orvosi felülvizsgálat szükségeltetik, a hozzászokás veszélye miatt.
A névre szóló gyógyszeres dobozok/gyógyszerosztó kocsi előkészítése gondozási egységenként, szobánként.
A gondozottak ápolási lapjainak előkészítése.
Az előírt gyógyszereket ki kell rakni a gyógyszeradagoló doboz napi adagolójába.

Előkészítés:

A gyógyszerosztáshoz szükséges eszközök, dokumentumok:

Gyógyszerosztó dobozok, ápolási lap, egyéni gyógyszerelést nyilvántartó lap, gyógyszeres tálca, vagy

gyógyszerosztó kocsi, gumikesztyű (több pár), gyógyszerterő mozsár. A gyógyszerosztáshoz szükséges környezeti feltételek: zavaró környezeti hatások kiiktatása (mobiltelefon, megfelelő világítás, fertőtlenített területek).

Kivitelezés:

A gyógyszerelés ötös szabálya:

1. a megfelelő gyógyszert,
2. a megfelelő adagban,
3. a megfelelő időben,
4. a megfelelő módon,
5. a megfelelő betegnek!

A gyógyszer ellenőrzés hármas szabálya:

1. Ellenőrizze a csomagoláson lévő feliratot (gyógyszer nevét, formáját, lejárati, szavatossági idejét, hatáserősségét) mielőtt a gyógyszereszekrényből vagy tároló fiókból kiveszi.
2. Olvassa el a gyógyszer nevét a gyógyszer közvetlen csomagolásán is, amikor kiveszi a dobozából.
3. Ellenőrizze a feliratot, mielőtt visszateszi a közös tárolóba.

A betegre szabott gyógyszerosztás formája:

Napi gyógyszeradagoló. Az ellátott részére egyénileg biztosítva és azonosítva gondozási egységenként.

A gyógyszerelés általános szabályai:

A szakdolgozó a gyógyszer beadását az ellátottnak kizárólag orvosi elrendelés alapján teheti meg. Tanuló, segédápoló nem gyógyszerelhet. Nem sürgős esetekben, a gyógyszer beadását írásos orvosi elrendelés előzi meg. Sürgős esetekben, szóbeli elrendelés alapján is történhet gyógyszerelés, amit követnie kell az orvos írásos hitelesítésének.

Gyógyszerosztás általános szabályai:

Ellenőrizze a csomagoláson lévő feliratot (gyógyszer neve, formája) mielőtt a kiszemelést elvégzi.

Ellenőrizze a feliratot, mielőtt visszateszi a gyógyszereszekrénybe.

Bármilyen jellegű kérdéses esetben az ápoló-gondozó lépjen kapcsolatba az orvossal.

Gyógyszerosztás közben biztosítson magának nyugodt környezetet!

A gyógyszerosztás mindig a rendelésnek megfelelően, lehetőleg azonos időpontban történjen.

Gyógyszerosztáskor - a lázlapról - a kirakott gyógyszert ellenőriznie kell, a tévesztést, gyógyszercserét az orvosnak azonnal jeleznie kell.

Soha ne hagyja félben és őrizetlenül a gyógyszerosztást!

Soha ne adjon be más által előkészített gyógyszert biztos ellenőrzés nélkül!

Minden új gyógyszer adásának megkezdésekor ellenőrizze a gondozott ápolási lapját, illetve kérdezze meg tőle az esetleges gyógyszer allergiáját!

Amennyiben a gyógyszer neve nem olvasható, színe állaga megváltozott ne adja be az ápoló-gondozó. Az egész napi gyógyszer mennyiséget ne hagyjuk a betegnél.

A gyógyszerelés végrehajtása:

Higiénés kézfertőtlenítés protokoll szerint.

Gumikesztyű felvétele.

Készítse elő a gyógyszereket és tartsa szem előtt a kilenc irányelvet.

A gyógyszerelés kilences szabálya:

1. megfelelő gyógyszert,
2. megfelelő dózisban,
3. megfelelő módon (szájon át, parenterálisan, szondán, rectalisan stb.),
4. megfelelő időben,
5. megfelelő betegnek,
6. megfelelő formában (szirup, kúp, kapszula, tableta, por stb),
7. megfelelő cselekvés (gyógyszeres terápia indikációját ismerni kell, pl. vírusellenes szer nem megfelelő bakteriális fertőzésre),
8. megfelelő reakció (elérte-e a kívánt hatást, pl. vércukorszint, vitális paraméterek stb.),
9. megfelelő dokumentáció (gyógyszer jelölése az ápolási lapon).

Azonosítsa a gondozottat - ha lehet, szólítsa a nevére - a gyógyszerosztásra használt dobozokon feltüntetett adatok alapján.

Magyarázza el az eljárás lényegét, és a gyógyszeres kezelés célját.

Gyógyszerosztás alatt meg kell figyelnie, hogy a gondozottak hogyan viszonyulnak a gyógyszer beviteléhez, ellenkezés esetén nyugodtan és határozottan, megfelelő érvekkel kell megkísérelni a gyógyszer beadását.

Pszichiátriai- és demens ellátottaink esetében különösen körültekintően végezze a gyógyszerelést. Előfordulhat pszichomotoros nyugtalanság, dühkitörés (megnyugtatókra lehet szükség).

A gondozott látási fogyatékosága esetén segítse a gondozottat gyógyszerbevitelében.

Dokumentálja a tevékenységet.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Előfordulhat, hogy telefonos egyeztetés alapján történik gyógyszer módosítás (pl. INR eredmény – véralvadásgátló kezelés). A következő orvosi rendelés alkalmával a intézményi orvos/háziorvos hitelesíti a rendelését. Az elrendelésnek olvashatónak, egyértelműnek kell lennie, tartalmaznia kell az elrendelt gyógyszer pontos nevét, mennyiségét, a beadás időpontját és módját. Amennyiben az elrendelés nem felel meg e kritériumoknak, a szakdolgozó nem végezheti el a gyógyszerelést, egyeztetés szükséges a gyógyszert elrendelő orvossal. Amennyiben olyan gyógyszert kell beadnia, amelyet nem ismer, úgy a beadás előtt tájékozódni szükséges a gyógyszer hatásáról, mellékhatásairól és adagjáról.

Dokumentálás:

A intézményi orvos/háziorvos az egészségügyi státuszlapban elrendeli a gyógyszert. A műszakfelelős ápoló-gondozó felvezeti az ápolási lapra, ill. az eseménynaplóban is rögzíti. Az egyéni gyógyszerfelhasználási nyilvántartó lapon az ellátott rendszeres és eseti gyógyszereit naprakészen vezetni kell.

Egyedi esetek kezelése:

A laboratórium külön értesítést küldhet a intézményi orvos/háziorvos felé, ha az ellátottnál jelentős laboratóriumi eltérés mutatkozik. Ilyenkor telefonon értesíti az adott gondozási egységet a terápia változtatásról és a következő orvosi rendelés alkalmával dokumentálja.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi a gyógyszerelés folyamatának szabályosságát, heti rendszerességgel.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Egyéni gyógyszerfelhasználási nyilvántartó lap

6. Felelős:

- A vezető ápoló felelős a intézményi orvos/háziorvos vagy más szakorvosok által rendelt gyógyszeres terápia maradéktalan betartásáért. Az ápoló-gondozó felel azért, hogy az ellátott valóban bevette és lenyelte-e a gyógyszereit.
- Vezető ápoló és az ápoló-gondozók közös felelőssége a gyógyszerhatások, mellékhatások, esetleges allergiás reakciók jelentkezésének megfigyelése.
- A gyógyszerelést végző ápoló-gondozó kiadagolja az ellátott rendszeresen, vagy esetileg rendelt gyógyszereit.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: A intézményi orvos/háziorvos, szakorvosok előírják a terápiát és a kezelés gyakoriságát.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Gyógyszerbeadás enterális úton	ÁP 02-06	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-06 Gyógyszerbeadás enterális úton

1. **Cél:** Az ellátott az orvosi utasításra (ápolási lapon, dekurzusban, egészségügyi státuszlapban) elrendelt gyógyszereket az előírt időben, módon, adagban és formában kapja meg.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

1997. évi CLIV. törvény, 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Patricia A.Potter, Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Medicina, Budapest, 2001.), Elkin, Potter, Perry: Ápolói beavatkozások és műveletek (Medicina, Budapest, 2000.)

4. **A folyamat leírása:**

A gyógyszerelést az ápoló-gondozó az orvos írásos utasítására végzi, amelyben olvasható, egyértelmű módon megjelölésre kerül a gyógyszer neve, adagja, alkalmazás gyakorisága. Az emésztőcsatorna képezi a gyógyszerbeadás leggyakrabban alkalmazott útját. A szájon át adott gyógyszereket vagy lenyeli a beteg és a gyomor-, bélrendszeren keresztül szívódnak fel, vagy a szájban feloldódva a nyálkahártyán át kerülnek a véráramba.

Előkészítés:

Az orvos által elrendelt szájon át adandó gyógyszerek, tabletták, kapszulák, folyadékok, porok, továbbá ápolási lap

Kivitelezés:

A gyógyszerbeadás végrehajtása: Higiénés kézfertőtlenítés protokoll szerint. Készítse elő a gyógyszereket és alkalmazza az öt irányelvet.

Azonosítsa az ellátottat a gyógyszerosztásra használt dobozon (dobozban) feltüntetett adatok alapján. Ha lehet, az ellátottat szólítsuk a nevének.

Magyarázza el az eljárás lényegét, és a gyógyszeres kezelés célját.

Azonosítsa az ellátott dokumentációban az elrendelt és kisserelt gyógyszereket. Tájékozódjon az esetlegesen fennálló gyógyszer allergiáról.

Nyissa ki az egységnyi adag csomagolását (pl. tasak, gyógyszeres doboz) és adja azt az ellátottnak.

A beteg üljön fel, ha tud, vagy az ápoló hozza a beteget fél-Fowler vagy ülő helyzetbe, szükség esetén alkalmazzon ágyrácsot.

Kérje meg az ellátottat, hogy tegye a tablettákat vagy a kapszulákat a szájába, és megfelelő mennyiségű folyadékot igyon mellé.

Szükség esetén ismertesse az ellátottal a gyógyszerlenyelési technikát. Vegyen fel gumikesztyűt, ha fenn áll annak a veszélye, hogy kapcsolatba kerül az ellátott orális váladékaival.

A folyékony gyógyszereket adja a pirulák után.

Kérje meg az ellátottat, hogy igya meg az egész oldatot. Ha szükséges segítsen az itatásban.

Maradjon az elláttal, amíg az bevette az összes gyógyszert, győződjön meg arról, hogy a gyógyszert lenyelte.

Pszichiátriai- és demens ellátottak gyógyszereinek beadásakor különösen körültekintően járjon el, hiszen hiányozhat részükről az együttműködési képesség, az orientáció és sokszor előbb megnyugtatásukra van szükség.

A gyógyszerelés kilences szabálya: (ÁP 02-05) protokollban leírtak szerint.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Számos szilárd gyógyszert nem szabad szétörtni vagy összerágni: pl. kapszulák, bélben oldódó draszték. Erre mindig hívjuk fel a beteg figyelmét.

Előfordul, hogy perorális gyógyszert tejjel vagy étellel kell bevenni, a gyomorirritáció elkerülése érdekében.

Sok perorális gyógyszert gyakran azonos időben kell beadni. Ha ez így történik, akkor egy vagy több gyógyszer hatása fokozódhat vagy csökkenhet.

Az új gyógyszer első adagjának a beadását tervezze a többi gyógyszertől eltérő időpontban, hogy tiszta képet kapjon a betegnek az új szerre adott reakciójáról.

A beteg dokumentációja alapján felmérjük, hogy nem áll-e fenn az orális beadás kontraindikációja.

Kontraindikációk: nyelési nehézség, hányinger, hányás, csökkent perisztaltika, nem régen lezajlott gyomor- vagy bélműtét, nem áll-e fenn ismert allergia a beadandó gyógyszerrel szemben!

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó aláírásával hitelesíti a gyógyszerbeadás tényét az ápolási lapon.

Egyedi esetek kezelése:

Gyógyszerelési hiba: Az ellátás során a beteg nem a betegségének, állapotának megfelelő mennyiségű, milyenségű, és hatáserősségű készítményt kap, vagy önként alkalmaz (használ), gyógyszerelési hibáról beszélünk. Gyógyszerelési hiba esetén azonnal értesítsük az intézmény orvosát.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló folyamatosan ellenőrzi az enterális úton történő gyógyszerbeadás megtörténtét és szabályosságát.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Egészségügyi státuszlap, ápolási lap, eseménynapló

6. Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó, gyógyszerelést végző ápoló-gondozó

- A vezető ápoló felelős, hogy az orvos által elrendelt enterális gyógyszereket az ellátott megkapja, továbbá a gyógyszerbeadás folyamatának betartásáért.
- Az ápoló-gondozó, és a gyógyszerelésért felelős ápoló gondozó felelős a gyógyszerelés 9-es szabályának betartásáért.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: A intézményi orvos/háziorvos, szakorvosok előírják a terápiát és a kezelés gyakoriságát.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Gyógyszerbeadás - bőrön és nyálkahártyán keresztül (szem, orr, fül, szívtapasz)		Áp 02-07
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

Áp 02-07 Gyógyszerbeadás - bőrön és nyálkahártyán keresztül (szem, orr, fül, transzdermális tapasz)

1. Cél: Szabályozni a intézményi orvos/háziorvos, szakorvos által rendelt, külsőleg alkalmazandó, helyi hatást kifejtő gyógyszerek (szemcsepp, orrcsepp, fülcsepp) alkalmazásának szabályait, a kezelés elveit.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1997. évi CLIV. törvény, 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Elkin Perry Potter: Ápolási beavatkozások és műveletek (Medicina Könyvkiadó, Budapest 2000.)

4. A folyamat leírása:

Szemcsepp alkalmazására gyakran kerül sor idős ellátottaink gondozása során. Cataracta műtét előtt előkészítésként, utána gyógyulásig használjuk, ill. zöldhályog betegség esetén rendszeresen végzünk szemkezelést. Acut kötőhártya-gyulladás esetén az orvos gyulladáscsökkentő szemcseppet rendel.

A intézményi orvos/háziorvos, kardiológus szakorvos javallatai alapján koszorúér-betegség hosszú távú kezelésére, angina pectoris (a szív csökkent oxigénellátottságából adódó mellkasi fájdalom) megelőzése céljából transzdermális tapasz alkalmazását rendelheti el.

Előkészítés:

Sterilium zsebpalack, gumikesztyű, steril gézlap, az előírt szemcsepp, szemkenőcs, steril szemcseppentő (ha ilyen a szemcseppünk), steril vattagombóc, az előírt orrcsepp, vesetál, papírvatta, sterilium zsebpalack, az előírt fülcsepp, transzdermális tapasz.

Kivitelezés:

Szemcsepp, szemkenőcs alkalmazása:

1. Kézmosás, fertőtlenítés.
2. Elmagyarázzuk az ellátottnak a beavatkozást.
3. Sterilen kicsomagoljuk az eszközöket.
4. Megkérjük az ellátottat, hogy nézzen fölfelé, a pislogás megakadályozására. Az alsó szemhéjat finoman lefelé húzzuk, egy steril gézlappal.
5. Cseppentsük a cseppeket az alsó szemhéj által alkotott tasakba, vagy helyezzük ide a kenőcsöt, nyomjuk az előírt mennyiséget a kötőhártya-zsákba. (Ha először alkalmazzuk a kenőcsöt, az első adagot vattagombócra nyomjuk és eldobjuk, a tubus végén kenőcsben levő esetleges szennyeződést így eltávolítjuk.)
6. Megkérjük az ellátottat, hogy hunyja be és forgassa körbe a szemét, így a gyógyszer egyenletesen eloszlik.
7. Gyakoroljunk enyhe nyomást a belső szemzuga, így nem szívódik fel rögtön a gyógyszer a keringésbe és nem vezetődik el a könnycsatornán át.

Orrcsepp alkalmazása:

Az orr nem steril, ezért nem szükséges steril technikát alkalmazni az orrba cseppentésnél.

Asepticus technika kötelező azonban a keresztfertőzések megelőzésére.

A legtöbb orrcsepp konyhasóoldatban tartalmazza a gyógyszert.

Kivitelezés:

1. Kézmosás, fertőtlenítés.
2. Elmagyarázzuk az ellátottnak a beavatkozást.
3. Ülő helyzetbe hozzuk az ellátottat.
4. Megkérjük, hogy hajtsa hátra a fejét.
5. A cseppentő végét helyezzük éppen az orrnyílás bejáratába, de ne érintsük meg az orrjárat belsejét (ez tüsszentést válthat ki).
6. Mindkét orrjáratba cseppentünk, segítünk az ellátottnak a fejét néhány percen át hátrafelé hajtva tartani.
7. Adjunk az ellátottnak papírvattát és vesetálat, hogy kiköphesse az esetleg torkába jutott oldatot.

Fülcsepp alkalmazása:

Becseppentés előtt melegítjük meg a fülcseppet. (Helyezzük pld. melegvizes edénybe.)

Kivitelezés: 1. Kézmosás, fertőtlenítés

2. Melegítjük meg az oldatot ellenőrizzük hőmérsékletét, szobahőmérsékletű legyen.
3. Egyenesítjük ki a hallójáratot
4. Helyezzük a cseppentő végét a hallócsatorna bejáratához és cseppentsük be a fülcseppet.
5. Az ellátott maradjon öt percig ebben a helyzetben.
6. Ha szükséges, végezzük el a beavatkozást a másik fülön is.

Transzdermális tapaszok:

A mellkas elülső és oldalsó, könnyen elérhető, viszonylag kevésbé mozgékony részei, felhelyezhető a felkar, a comb, a has vagy a váll területére is, egészséges, ép, viszonylagosan szőttelen bőrfelületre kell ragasztani, tiszta és száraz bőrfelületre. A tapasz meghajlításával elérhető, hogy a fedőfólia a megjelölt helyen kettéváljon. A fólia egyik fele így levehető, anélkül, hogy a ragasztóréteget kézzel érintenénk. A bőrfelületre történő felhelyezést közvetlen a védőfólia másik fele is levehető. Ezután tenyérrel a bőrre kell simítani a tapaszt annak érdekében, hogy a teljes ragasztós felület megfelelően érintkezzen a bőrrel.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A szemet körülvevő folyadék steril, ezért a szemkezeléseket is steril technikával kell végezni. Nem steril oldatok alkalmazásával kórokozókat vinnénk a szembe, szövődeményeket okozhatnánk. Minden anyagnak, amit a szembe helyezünk, sterilnek kell lennie, ezért minden, a szembe történő gyógyszeralkalmazáskor sterilen kell eljárni.

Biztonsági rendszabály, hogy nem szabad olajos oldatot alkalmazni a légzőrendszer egyetlen részének kezelése során sem, az olaj a tüdőbe belégzésre kerülhet és így tüdőgyulladást okozhat.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó az ápolási lapon aláírásával hitelesíti a kezelések elvégzésének tényét.

Egyedi esetek kezelése:

Transzdermális tapaszok között egyes betegségek esetén alkalmazhatunk kábító fájdalomcsillapítót tartalmazó tapaszt. Ezek tárolása, nyilván tartása fokozott figyelmet igényelhet. A transzdermális tapaszok felhelyezése során technikai szempontból kövessük a gyártó utasításait. A tapaszt felhelyező gondozó-ápoló a tapaszt rögzítő kötszerre ráírja a felhelyezés időpontját, és aláírja. Az ellenőrzött szer kábítószer nyomtatványon dokumentálják.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló hetente ellenőrzi a protokoll szabályainak betartását. esetén történik

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Egészségügyi státuszlap, kardiológiai ambuláns lap, ápolási lap, szemészeti, fül-, orr-
gégészeti ambuláns lap

6. Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős az orvos által előírt, helyileg alkalmazandó kezelések megvalósulásáért, a transzdermális tapasz rendszeres és helyes alkalmazásáért. Az ápoló-gondozó a kezelések végrehajtásáért és a kezelendő területek folyamatos megfigyelésért felel.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: A intézményi orvos/háziorvos, szakorvosok (szemész, fül-, orr- gégeész, kardiológus) előírják a terápiát és a kezelés gyakoriságát.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Gyógyszerbeadás bőr alá (s.c.) - Gyógyszerbeadás izomba (i.m.)	-	ÁP 02-08
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-08 Gyógyszerbeadás bőr alá (s.c.) - Gyógyszerbeadás izomba (i.m.)

1. **Cél:** A szükséges gyógyszert a tápcsatorna megkerülésével, azaz parenterálisan juttatjuk a szervezetbe. A parenterális gyógyszeres kezelés egyik és leggyakoribb formája az injekciózás.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1977. évi CLIV. törvény, 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan (Medicina, Budapest, 2009.)

4. A folyamat leírása:

Injekció beadási módok:

Subcutan (sc.) injekció beadásakor a gyógyszeres oldatot a bőr alatti laza kötőszövetbe juttatjuk. A subcutan szövetek vérellátása nem olyan gazdag, mint az izomé, ezért a felszívódás is lassú, sok fájdalomérző idegvégződés található a bőr alatti területen, így az injekció beadása kellemetlen érzést okozhat. Ilyen módon csak vízdékony gyógyszereket adunk kis dózisban.

A beadott gyógyszer lassú felszívódását kívánjuk ily módon elérni. Leggyakrabban Insulint, kis molekulású heparint (LMWH- kezelés), adunk be subcutan.

Subcutan injekció beadási helyei: a felkar dorsalis része (felkar külső felső harmada), bordáktól a csípőlapátig terjedő hasfali terület, a combok ventrális felszíne (comb külső kp. része), felső háti régió scapularis területe, gluteális régiók felső külső kp. része.

Intramuscularis (im.) injekció: Gyorsabb a felszívódás, mert az izomszövet jobban vascularisált. Nagyobb mennyiségű vizes oldatot illetve olajos injekciót tudunk beadni.

Előkészítés:

Subcutan (s.c) injekció beadás előkészítése: bőrfertőtlenítő, törlés, a beadandó gyógyszer: előtöltött, tűvel ellátott fecskendőben forgalmazták, gumikesztyű, ha nem előtöltött a gyógyszer, akkor megfelelő térfogatú fecskendő, 25 vagy 27 G-s, 2-2,5 cm hosszú tű.

Intramuscularis (i.m.) injekció beadás előkészítése: bőrfertőtlenítő, törlés, gumikesztyű, megfelelő térfogatú fecskendő, 22 G-s, 4 cm hosszú tű, elhízott ellátott esetén hosszabb tűt használjon.

A beadandó gyógyszer, ill. porampulla esetén oldószer. Az oldószer nincs mindig a porampulla mellé téve, ilyenkor az alkalmazási előírást gondosan olvassa el, hogy a megfelelő oldószert használja.

Kivitelezés:

Rendszeresen adott subcutan injekciók beadási helyét változtassuk, mert szövetkárosodás jöhet létre, ezáltal romlik a felszívódás. A tű beszúrásának szöge 45°-60°.

Az intramuscularis (i.m.) injekció helyét úgy kell megválasztani, hogy a gyógyszer nagyobb izomtömegbe jusson, de a közelbe ne fussanak nagyobb erek és idegek. Intramuscularis injekciós beadás helyei: Musculus vastus lateralis, Ventroglutealis regio, Dorsoglutealis regio, Musculus deltoideus.

A beadás helye leggyakrabban a nagy farizom (m. gluteus).

A beadás helyét kétféle módon határozhatjuk meg:

Az elülső-felső csípőtővis és a keresztcsont-farkcsont határa között húzott képzeletbeli vonalon az elülső, középső harmad határa a beszúrás helye.

Kós–Votin-féle eljárás: Tenyerünket kinyújtott ujjakkal, hüvelykujjunktat maximálisan eltartva a csípőtájékra helyezük úgy, hogy a hüvelykujjunk elérje az elülső felső csípőtővist, tenyér felőli vége a nagytomporon legyen, a többi kinyújtott ujjunk vége pedig a csípőtaraj széléig érjen.

A beszúrás helye a mutatóujj kézközépcsontja fejecsenek magasságában van. A meghatározást a bal csípőn jobb kézzel, jobb csípőn bal kézzel végezzük. A tű beszúrásának szöge 90°. Végezzon kézfertőtlenítést.

Ellenőrizze a gyógyszerrendelést, állapítsa meg az ellátott azonosságát.

Magyarázza el a beavatkozás lényegét az ellátottnak, nyugodt környezetet biztosítsunk, bizalomkeltő módon dolgozzunk.

Megfelelő testhelyzet biztosítása, válassza ki a megfelelő injekciós területet, vizsgáljuk meg a bőrfelületet, hogy nincs-e rajta sérülés, gyulladás vagy oedema.

Kérjük meg a gondozottat, ernyessze el a karját, a lábát, vagy a hasizmait az injekció beadásának helyétől függően.

A fecskendőbe szívja fel a beadandó gyógyszert (a felszíváshoz a vastagabb tűt használja).

Beadás előtt cserélje le a tűt a vékonyabbra. /Ezzel történik a beszúrás/.

A beadásra kiválasztott bőrfelületet fertőtlenítse.

A beadás után a beadás helyét száraz vattával fedje, és a tűt húzza ki.

Az elhasznált eszközöket ledobó tábla tegye, majd szelektíven gyűjtse.

Végezzon kézfertőtlenítést!

Az elvégzett tevékenységet dokumentálja.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Contraindikált intramusculáris injekció adása: veleszületett vérzékenységben szenvedő ellátott, véralvadásgátló kezelésben részesülő ellátott esetén.

Dokumentálás:

Az injekció beadásának tényét az ápoló-gondozó az ápolási lapon rögzíti és aláírásával hitelesíti.

Ellenőrzés:

A protokoll alkalmazásának ellenőrzését a vezető ápoló végzi, heti rendszerességgel.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Egészségügyi státuszlap, ápolási lap

6. Felelős: vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős, hogy az ellátott az orvos által előírt injekciós terápiát megkapja.
- Az ápoló-gondozó felelős az injekció beadásáért és a beadás helyének megfigyeléséért felel.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: A intézményi orvos/háziorvos, szakorvos elrendeli az injekciós terápiát.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Lázcsillapítás (fizikális és gyógyszeres)	ÁP 02-09	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 02-09 Lázcsillapítás (fizikális és gyógyszeres)

1. **Cél:** Egységesíteni, szabályozni a lázas ellátott ápolásának, gondozásának, ellátásának módszereit. Az ellátott közérzetének javítása a lázcsillapítás révén.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

1997. évi CLIV. törvény, 1/2000.(I.7.)SzCsM rendelet, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolás-gondozástan 1. (Medicina Könyvkiadó Rt. 1989.), Mary Eizabeth Milliken Gene Campbell: Mindennapos betegápolás 1994.)

4. **A folyamat leírása:**

A normálisnál magasabb testhőmérsékletek:

subfebrilitas (hőemelkedés): 37-38 °C, febris (láz): 38-39 °C, pyrexia (magas láz): 39-40 °C hyperpyrexia (igen magas láz): 40 °C.

Láz: a szervezet természetes védekezőreakciója (a hypothalamuszban található). A fertőzés esetén megemelkedett testhőmérséklet, a test védelme, a fertőzést létrehozó mikroorganizmus elpusztítására tett kísérlet. Nagyfokú folyadékvesztesség (hányás, hasmenés) esetén emelkedik a hőmérséklet, magas környezeti hőmérséklet esetén pedig hőségütő létrejöhet, amelyet magas láz kísér (40-43 °C). A láz nagysága függ a kórokozótól, a betegség típusától, a beteg reakciókészségétől, a beteg hőérzékenységétől. Egy °C hőemelkedés 10-12-vel emeli a pulzusszámot, 4-6-tal emeli a légzésszámot.

A láz jelei, tünetei: A hőtermelés fokozódik, a hőleadás csökken, szomjúságérzés nő, a nyelv bevont, lepedékes lesz, a beteg ellátott fejfájásról és végtagfájdalomról panaszkodik. A hidegrázás a testhőmérséklet emelkedését megelőző, reszketéssel kísért fázás érzése. A felszíni véregek összehúzódása, a bőr hidegségét okozza. A betegnek a hidegrázás alatt melege van szüksége: plusz takarítókra, zoknira, mely a fázás érzetét csökkenti. Fel kell jegyeznünk a hidegrázás rohamának az idejét, ennek kezdetétől számított kb. egy óra múlva kell megmérnünk a hőmérsékletet, miután a láz ekkor szokott a legmagasabb lenni. A testhőmérséklet emelkedésével nő a pulzus, illetve légzésszám, az arc kipirult, a szem csillog, a tekintet bágyadt lesz, a bőr melegtapintatú, kezdetben száraz, majd verejtékes lesz. Csökken a vizeletürítés, esetenként zavartság, delirium és rángógörcs jelentkezik.

A láz hatása a szervezetre: segíti az immunvédekezést, az immunanyagok termelése révén, fokozódik a fehérvérsejt termelés, az interferon termelése nő, az anyagcsere gyorsul, jelzi a szervezetnek a betegséget.

Leggyakoribb láztípusok:

1. Febris continua (állandó láz): a testhőmérséklet tartósan 38 °C felett van és a napi ingadozás nem haladja meg az 1 °C-ot. Lobális pneumónia (lebenyes tüdőgyulladás), tyhus (tifusz), pyelonophritis (vesemedencegyulladás), tons. folliculária (gennyes mandulagyulladás).

2. Febris remittens (ingadozó láz): a napi ingadozás 1 °C felett van, de nincs láztalan állapot (fertőző betegségek, endocarditis).
3. Febris intermittens (átmeneti-intermittáló láz): a nap folyamán lázas és láztalan állapotok váltják egymást, a napi ingadozás meghaladja az 1 °C-ot. Kettő szövődése volt megfigyelhető septicus állapotokban (pl. pyaemia, septicemia).
4. Febris recurrens (visszatérő láz): napokig tartó láztalan állapotot lázas periódus szakít meg (pl. malária).
5. Febris undulans (váltóláz): lázas és láztalan állapotok váltják egymást szabályos időközökben (pl. Brucellosis).

Abban az esetben, ha az ellátottnál hőemelkedést, vagy a lázra utaló tüneteket tapasztaljuk, azonnal megmérjük a hőmérsékletét.

Fizikális lázcsillapítás formái: hűtőfürdő, tusolás, test vagy törzs borogatása (Priessnitz), jégtömlő.

Kémiai lázcsillapítás: A intézményi orvos/háziorvos vagy ügyeletes orvos utasítására orális vagy parenterális formában. Szükség lehet a lázcsillapítás ezen formáira, ha a végbélben mért hőmérséklet legalább 38,5 °C, vagy a hónaljban mért érték magasabb mint 38 °C. Az orvos paracetamolok (paracetamol, panadol, rubophen) vagy a pyrazonol (algopyrin, stb.) gyógyszercsoportokból választ legtöbbször, de minden esetben tájékoztatni kell az ellátott esetleges gyógyszerérzékenységéről.

Előkészítés:

Előkészítés hőmérőzéshez: sterilium kézfertőtlenítéshez, bőrfertőtlenítő és kis alakú papírvatta a hőmérő fertőtlenítéséhez, nagy alakú papírvatta az ellátott bőrének szárazra törléséhez, vesetál (papírvattának), beteg dokumentációja (ápolási lap). **Előkészítés Priessnitzhez:** ágyvédelem céljára gumi vagy műanyaglepedő, harántlepedővel. Megfelelő számú és méretű borogatóruha. Tiszta, száraz fehérnemű és ágynemű.

Kivitelezés:

Fizikális lázcsillapítás:

Priessnitz: 38,5 - 39 °C esetében törzsborogatás, 39 °C felett a teljes test borogatása javasolt. Törzsborogatásnál a beteg ellátott mellkasára, testborogatásnál a fej, húgyhólyag (kismedence) vesetájék kivételével az egész testre (törzsre és a végtagokra is) állottvízes, szobahőmérsékletű borogatást tegyünk, melyet 10 percnként cseréljünk, amíg 38 °C alá nem csökkent a testhőmérséklet. Pusztán a csuklók és a bokák borogatásával nem lehet megfelelő lázcsillapító hatást elérni, ezért ezt a módszert ne alkalmazzuk.

Hűtőfürdőzés, tusolás: Testhőmérsékletű fürdővizet készítsünk, ebbe ültessük bele a beteg ellátottat és a vizet fokozatosan hűsük le 29 - 32 °C-ra (langyosra). A hűtést úgy végezzük, hogy a hideg vizet kancsóból, nagyon lassan folyó vízből kiss sugárban töltjük a fürdővízhez, közben azt állandóan kevergetjük. Hatásosabb, ha a beteg ellátottnak csak a melléig ér a víz, és a szabadon maradó testfelületet az összekeveredett vízzel folyamatosan locsolgatjuk.

Jégtömlő: Akkor alkalmazzuk, ha a beteg ellátott bőre sérült, mindig párnahuzatba vagy törölközőbe csavarjuk.

Kémiai lázcsillapítás: Az orvos által elrendelt lázcsillapítót minden gondozási egységen a készenléti gyógyszeres szekrényben található. Megfelelő előkészítés után az elrendelt terápia alapján járunk el. Amennyiben a fizikális, kémiai vagy a kettő kombinációja ellenére sem sikerült a beteg ellátott lázát csillapítani és/vagy egyéb súlyos tüneteket is észlelünk az orvos értesítése szükséges további vizsgálat céljából. Okok: magas a láz és nem csökkenthető, COPD-ben és légzési elégtelenségben szenvedő ellátott, akinél súlyos köhögést is észlelünk, súlyos szívbetegség esetén, a lázas állapothoz gyakori hasmenés társul, vagy a beteg ellátott aluszékony, elesett állapotú és nagyon kevés a vizelete.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A hőmérőt minden használat előtt és után fertőtleníteni szükséges. Priessnitz esetén ne nyissunk ablakot, mindig használjunk ágyvédelmet. 18-20 °C-os vízzel átítatott, majd alaposan kicsavart

borogatóruha, kívülről mindig száraz legyen a borogatóruha és ne érje túl a nedves borogatást, anyaga puha legyen, varrott szélei ne az ellátott bőre felől legyenek. Tízpercenként a borogatóruhát ki kell cserélni. A beteg ellátott bőrével semmilyen vízhatlan anyag (műanyag, gumi, nylon) nem érintkezhet. A bőr felázásának veszélyeit küszöböljük ki. Lázas beteget sohasem szabad magára hagyni, hőmérsékletét ismételten ellenőrizni kell. A testhőmérsékletet igyekezzünk fokozatosan csökkenteni. Folyamatosan megfigyeljük a beteget. A kiszáradás veszélye miatt folyadékpótlásról gondoskodunk, folyadéklapot vezetünk. A lázas beteg ellátottat nem szabad paplannal, vastag takaróval betakarni, mert hőpangás jöhet létre.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozónak az ápolási lapon a pontosan vezetnie kell a testhőmérsékletet. Hasznos iránytű a betegség lefolyásának követésében, a betegség lehetséges hatásainak korai felismerésében és a terápiás terv értékelésében is. Az ápolási lap dekurzus részén és az eseménynaplóban az ápoló-gondozó rögzíti az orvos értesítésének tényét, annak pontos időpontját, a javasolt terápiát.

Egyedi esetek kezelése:

Amennyiben lázas ellátottunk COPD és légzéselégtelenségben szenved, vagy szívbeteg, tünete alapján OMSZ vagy azonnali orvosi vizsgálat válhat szükségessé.

Ellenőrzés:

Lázas beteg ellátott ápolásának tényét a vezető ápoló napi rendszerességgel ellenőrzi: hőmérséklet mérés, lázcsillapítás (fizikai, kémiai), az ellátott komfortérzetének biztosítása (tisztá és száraz ágynemű, hálóing), fokozott bőrvédelem, testápolás, bő folyadékbevitel (folyadéklap alapján), mobilitás ellenőrzése.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Egészségügyi státuszlap vagy ügyeleti ambuláns lap, folyadéklap

6. Felelős: Vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős a megfelelő lázcsillapító eljárások alkalmazásáért és szabályainak betartásáért.
- Az ápoló-gondozó felelős a lázas ellátott ápolásáért, gondozásáért és a megfelelő dokumentálásért.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: Intézményi orvos/háziorvos, ügyeletos orvos: a kémiai lázcsillapítás. Intézményi orvos/háziorvos további szerepe: kontrollvizsgálat, szükség esetén terápiamódosítás.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Decubitus kezelése		ÁP 03-01
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-01 Decubitus kezelése

- Cél:** A decubitus szempontjából veszélyeztetett gondozottak/betegek mielőbbi felismerése, részükre a szükséges prevenció nyújtása, valamint a kialakult nyomási fekélyek helyi és általános kezelésének, ápolásának meghatározása. A decubitusok megelőzése, illetve előfordulási gyakoriságuk csökkentése. A decubitus költséghatékony kezelési elveinek elterjesztése. A betegek életminőségének javítása.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
 Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- Hivatkozások:**
 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 5. sz. melléklete, Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai protokollja: A decubitus rizikófelmérése, prevenciója és kezelése (Készítette: Az Ápolási Szakmai Kollégium),
 Patricia A. Potter - Anne Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai,
 Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészség Szövetség: Decubitus és inkontinencia; protokollok, eljárások
- A folyamat leírása:**
Decubitus: nyomási fekély, a bőr és a bőr alatti szövet lokális sérülése, amelyet nyomás, nyíróerő, súrlódás, vagy ezek kombinációja okozott.
Decubitus rizikómérő skálák: előre jelzik, hogy kiknél és milyen eséllyel alakul(hat) ki decubitus, azaz a decubitus kialakulása szempontjából veszélyeztetett betegek beazonosításával a rizikó globális mérését teszik lehetővé. Decubitus rizikómérés decubitus kifejlődését előrejelző tényezők megállapításával azonosítani lehet a leginkább veszélyeztetett betegeket. A kockázatos helyzetben lévő betegek azonosítása segít az ápolási költségek csökkentésében is.
Kiváltó tényezők:
 A decubitus a különféle okok miatt helyzetváltoztatásukban gátolt betegek bőrén nyomó, dörzsölő, nyíró erők hatására jön létre.
 További tényezők, amelyek növelhetik a nyomási fekély kifejlődésének kockázatát: mozgásszegénység, immobilitás, nedvesség, incontinencia, rossz tápláltság, az elhízás, a kóros lesóványodás, a vérszegénység, fertőzés, láz, a megromlott perifériás keringés, keringési betegség. Cukorbetegség, bénulás vagy korlátozó eszközök okozta mozdulatlanlanság, érzékelés csökkenése, beszűkült tudatállapot, idősebb életkor, vízháztartás zavar: vizenyő vagy kiszáradás, meglévő nyomási fekély: csökkenti a helyzetváltoztatás céljából rendelkezésre álló felszíneket, ezáltal fokozott kockázatnak teszi ki a szöveteket.
Kialakulásának helyei: Leggyakrabban a nyomásnak leginkább kitett sacralis, glutealis, könyök, térd, boka és sarok területén alakul ki. Előfordulhat még tarkó, lapocka, fül, váll, csípőtarék, tompor, ülőcsont, comb, térd hátsó felszíne, belső és külső térd, lábszáron, lábfej külső éle, talpon is. Orrszondán keresztüli táplálásnál: az orrüreg nyálkahártyáján.

Szövődmények: Sepsis: időleges vagy állandó bakteriális beáramlást jelent a sepsisgócból a keringésbe, osteomyelitis, amyloidózis, malignus elfajulás.

A decubitus osztályozása:

A decubitus osztályozása során négy stádiumot különböztetünk meg.

1. Stádium: Első jele a nyomási terhelésnek a bőr elfehéredése a felfekvési pontokon. Ha a beteget nyomás mentesítjük, ezeken a helyeken élénkpiros bőrelszíneződés lép fel, ami reaktív hyperaemianak (reaktív vérbőségnek) felel meg. Ez kezdetben nyomásra elfehéredik, később már nem. Nehezen körülhatárolt oedema, meleg tapintat kíséri. Csekély intenzitású fájdalommal járhat.

2. Stádium: A bőr kékesvörös márványázott színárnyalatot mutat, oedemás, beszűrt, rajta folyadékkal telt hólyagok lehetnek. Ezek felszakadása éles szélű, bőrvastagságú ulcust eredményez, amelynek alapja subcután zsírszövet. Igen fájdalmas lehet.

3. Stádium: Fekete színű bőrelhalás, amelynek a környezete oedemás, kékes vörösen elszínezett. Beszűrt, a fekély széle megvastagodott, a mély fasciát nem lépi túl. Kevésbé fájdalmas. Bűzös váladékozás kísérheti.

4. Stádium: A necroticus-infectiosus folyamat túllépi a mély fasciát, akadálytalanul tovaterjed. Megtámadja az izmokat, inakat, csontokat, ízületeket. Többnyire septicus állapottal jár együtt. Nagy mennyiségű bűzös váladékozás jellemzi. Igen nagy fájdalmakkal járhat.

Decubitus kezelés során az intézményben leggyakrabban használt gyógyszerek, kötszerek és kötszerrögzítők:

Sebferőtlenítő szerek: Betadin oldat, Betadine kenőcs.

Sebtisztító szer: 0,9 % fiziológiás sóoldat.

Hámosító: Neogranormon kenőcs, Fo-No készítmények.

Enzimek: Fibrolan kenőcs - elősegíti az elhalt szövetek lebontását, ezzel tiszta sebfelületet teremtve, hozzájárul a sebgógyuláshoz.

Sebhintőpor: Cupodex sebhintőpor - sebek, fekélyek feltisztításában játszik szerepet.

Sebfedő párnakötszerek: Sterilux vágott mull-lap, Zetuvit E nagy nedszívó képességű sebpárna. Grassolind kenőcsös sebfedőháló nagylyukú pamut hordozó réteggel, hatóanyagmentes semleges kenőccsel impregnálva. Védi a sebet a kiszáradástól.

Hidroaktív sebfedők:

TenderWet: szívó öblítő hatású sebpárna, Ringer oldattal aktivált. Nedves sebkörnyezetet biztosít, felszívja és tárolja a sebváladékokat, ezzel egyidejűleg nedvességet ad le, így oldja az elhalt szöveteket.

Hydrocoll: gyors felszívó képességű hidrokolloid kötszer.

Hydrocoll concave - sarok és könyök kezeléséhez.

Hydrocoll sacral – keresztcsontáji decubitus kezeléséhez.

Hydrosorb – átlátszó hidrocéllás gélkötszer.

Hydrosorb – a gélkötszer csekély öntapadó képességgel rendelkezik

Hydrosorb comfort – a baktériumok és víz számára átjárhatatlan öntapadó rögzítőfóliával ellátott.

Kalciumalginát kötszerek – a kalciumalginát rostokból készült hatóanyagmentes lap és tamponálható csík. A kötszer hidrofil, nem tapadó géllé alakul át. Az átalakult kötszer tökéletesen kitölti a sebet, ezért a seb gyógyulása szempontjából előnyös mikroklíma alakul ki.

Sorbalgon – sebfedőlapok Sorbalgon T – tamponálócsíkok

Kötésrögzítők: Nem steril vágott mullpólya, steril vágott mullpólya, rugalmas csőhálókötszer, Peha-haft – öntapadó elasztikus rögzítőpólya kétszeres tapadóhatással.

Omnifix elastic – bőrbarát rögzítőflíz nagy felületű kötszerrögzítéshez.

Omniplast ragtapesz – normál érzékenységű bőrre, hypoallergén.

Professzionális seb és ragtapesz:

Cosmopor E – öntapadó steril szigetkötszer, puha flízanyagból, speciális anyaggal bevont, sebbe nem ragadó párnával. Bőrbarát tulajdonságú.

Bőrvédő kenőcsök, krémek:

Csukamájolajos kenőcs, Neogranormon kenőcs, Sudocrem, Menalind professional bőrvédő krém, MEDI FLEUR felfekvést megelőző, a beteg bőrt regeneráló, vérkeringést javító gél.

Előkészítés:

Eszközök előkészítése: Steril és nem steril gumikesztyű, steril vágott mull-lap, steril csipesz, steril olló, steril spatula, steril vattás pálcá, omnifix elastic, fecskendő, vesetál, 0,9 %-os fiziológiás sóoldat, Betadine oldat, veszélyes hulladékgyűjtő. Orvos utasítás alapján rendelt eszközök, gyógyszerek, hagyományos és modern kötszerek alkalmazása.

Beteg előkészítés: A betegnek magyarázzuk el a beavatkozást, és a beteg részéről szükséges segítséget, ha lehetséges. Biztosítsuk az intim környezetet. Mérjük fel a fájdalom mértékét, ha szükséges a kezelés előtt orvos által előírt fájdalomcsillapítót adjunk a betegnek, várjuk, amíg hatni kezd. A fájdalom felmérése fájdalom felmérő skála segítségével történjen, a kapott pontszámot a Decubitus Ápolási lapon a megadott helyen dokumentáljuk. Helyezzük a beteget olyan kényelmes helyzetbe, hogy a nyomási fekély területe és a környező bőr könnyen elérhető legyen.

Kivitelezés:

Decubitus kezelése: A kezelés megkezdése előtt végezzünk higiénés kézfertőtlenítést.

- A decubitus kezelése komplex feladat nem csupán a seb ellátását jelenti.
- Az ápolást úgy tervezzük meg, hogy a további szövetkárosodást megakadályozzuk, és a gyógyulást elősegítsük.
- A környező ép szövetek védelme - a nyomási fekély körüli bőr védelmével, a kötszerek megfelelő rögzítésével, a sebgyógyulást gátló okok kiküszöbölésével a sebgyógyulás minél optimálisabb feltételeinek megteremtésére kell törekedni.
- Az infekció leküzdése - fontos része a kezelésnek. Ez magába foglalja a seb dezinficiálását, kórokozó(k) kitenyésztését a sebváladékból és az esetleges helyi és/vagy általános antibiotikus kezelést. A hajlamosító rizikótényezők kiiktatása, kezelése – ami legalább annyira fontos, mint a seb helyi kezelése. Pl. nyomásnak kitett helyek tehermentesítése, bőr nedvességének megszüntetése.

Általános alapelvek, a decubitus kezelése során:

- A nyomási fekély ellátása az orvosi rendelés vagy az orvos által jóváhagyott kezelési terv szerint történhet.
- Kialakult decubitus esetén az előírt, elvégzett kezelés mellett a decubitus prevenciós ápolási tevékenységeket is alkalmazni kell. (ÁP 01-13) Alapelv, az ellátott nem feket a decubituson, ha van rá lehetőség.
- Decubitus rizikó felmérő lapot kialakult decubitus esetén is fel kell venni.
- Minden prevencióban vagy kezelésben részesülő beteg ápolási tervének tartalmaznia kell azt az időtartamot, ami helyzetváltoztatás nélkül maximálisan megengedett, de ez nem lehet több mint 2 óra.
- Amennyiben kialakult a fekély, a krónikus sebkezelés irányelveinek megfelelően kell eljárunk.
- A felfekvést a szövetkárosodás súlyossági fokának (I-IV. stádium) megfelelően kell kezelni.
- A kezelése során az asepsis, antisepsis szabályait szigorúan be kell tartani.
- Megfelelő táplálék biztosítása (fehérje, vitamin és folyadékban dús).

A decubitus kezelésének lépései, a stádiumoknak megfelelően:**I. Stádium:**

Decubitus prevenciós ápolási tevékenységek alkalmazása. (Mindenben úgy kell eljárni, mint a prevenció esetében.)Dörzsölést, masszírozást nem szabad alkalmazni.Orvos értesítése.

II.-IV stádium:

Decubitus prevenciós ápolási tevékenységek alkalmazása:

A terápiát orvosi előírás szerint végezzük. Az eszközöket az ágy közelében elérhető távolságba helyezzük

Gumikesztyűt felvétele

Távolítsuk el a szennyezett kötést, és dobjuk a veszélyes hulladékgyűjtőbe, sárga zacskóba, előtte megfigyeljük mennyire váladékos, milyen a színe, milyen a szaga.

Ha a kötés beszáradt, beragadt, itassuk át sóoldattal mielőtt eltávolítjuk.

Vegyünk fel steril gumikesztyűt.

A seb tisztításánál figyelembe kell vennünk a beteg érzékenységét bizonyos szerekre.

Seb tisztítása 0,9% os steril sóoldattal, öblítő folyadékkal fecskendővel, vagy gyári készítménnyel Amennyiben szükséges tisztítsuk ki a sebet a törmeléktől, váladéktól, középről kifelé haladva, használjunk új gézlapot minden törléshez.

A sebtisztítást követően határozd meg a seb mélységét, nagyságát, stádiumát.

Sebtisztítás után alkalmazzunk Biopton lámpa kezelést.

A sebellenítés során alkalmazzuk az orvosi utasításnak, és a stádiumbeosztásnak megfelelő gyógyszereket (kenőcsök, oldatok, hintőpor).

A sebre helyezük fel, stádiumnak megfelelő kötést.

Védjük a seb környékét bőrvédő kenőccsel.

Rögzítsük a kötést porózus, bőrbarát rögzítővel, ha szükséges.

Sérült, duzzadt, gyulladt bőrfelületre, kerüljük a korszerű rögzítő anyagok használatát is.

Vegyük le a kesztyűt.

A beteg nem feket a decubituson, ha ez lehetséges.

A beteg környezetének rendbetétele.

Eszközök rendbetétele, sterilizáláshoz előkészítés.

Higiénés kézfertőtlenítést végezz.

Dokumentáljuk az elvégzett tevékenységeket, tapasztaltakat a Decubitus Ápolási Lapon.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés gyakoriságát a seb stádiuma határozza meg elsősorban, ez lehet naponta, vagy háromnaponta. A sebkezelés során az asepsis és antisepsis szabályait be kell tartani.

Négyes stádiumban lévő decubitus ellátásánál sebészeti beavatkozás válhat szükségessé, a beavatkozás után a szakorvos által rendelt sebellenítést végezzük

Dokumentálás:

A Decubitus rizikófelmérő lapon, mely a Gondozási terv része. A rizikófelméreésre a Bővített Norton skálát alkalmazzuk. Minden ágyhoz kötött ellátottnál el kell végezni a rizikófelméreést évente, valamint akkor, ha az ellátott általános állapota romlik.

A Decubitus Ápolási lap magába foglal egy rövid távú ápolási tervet, ami a decubitus kezelésére vonatkozó terv, a kezelés hatékonyságának objektív méréséhez használt Decubitométert, a seb paramétereire vonatkozó táblázatot, kezelési lapot, fájdalommérő skálát.

A nyomási fekélyt naponta fel kell mérni, Decubitus Ápolási lapon dokumentálni. A Decubitus Ápolási lapon továbbá dokumentálni kell a forgatási tervnek megfelelően, hogy mennyi időnként történik az ellátott forgatása, a javasolt forgatási idő 2 óra.

Ha az ellátott, vagy a seb állapota romlik, át kell alakítani az ellátási tervet, amint a romlás első jelei mutatkoznak. Az ápolási terv eredményességét hetente kell dokumentálni, az ápolási terv értékelés oszlopában.

Az ápolási folyamat indikátora:

Prevencióban részesített ellátottak/ veszélyeztetett ellátottak aránya.

A decubitus prevenció hatékonyságának értékelése.

Az adott évben az intézményben kialakult decubitusok száma. Az adott évben az intézménybe decubitusos ellátottak száma.

Az intézményben kialakult decubitus kiváltó okai (rizikótényezők, társbetegségek).

A decubitus kezelés eredményességének értékelése.

Az alkalmazott kötszerek típusa.

A kialakult decubitusok/szövődményes decubitusok aránya.

Egyedi esetek kezelése:

Állapothanyatlás esetén kórházi kezelés indokoltságáról a intézményi orvos/háziorvos dönt.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló heti rendszerességgel ellenőrzi a sebgyógyulási folyamatokat.

5. Folyamat dokumentumai:

- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Tápláltsági felmérő lap (Brit Enterális és Parenterális Társaság által kidolgozott Must szűrési módszer alapján), Táplálás terápiás lap / folyadék lap
- Kiterjesztett Norton skála
- Ápolási terv

6. Felelős:

- Vezető ápoló, ápoló-gondozó, mozgásterapeuta, A vezető ápoló és ápoló-gondozó felelős a sebkezelési folyamatok hatékonyságáért. A mozgásterapeuta felelős a beteg lehetőség szerinti mobilizációjáért.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: Intézményi orvos/háziorvos, szakorvos szükség esetén terápiamódosítás.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Vér és testvialadék vétel	ÁP 03-02	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-02 Vér és testvialadék vétel

1. Cél: Vénás vérből és testvialadékból diagnosztikus és mikrobiológiai vizsgálat elvégzése, megváltozott egészségi állapot okának kiderítése céljából.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

1/2000. (I.7.)SzCsM rendelet, Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan és gondozástan

4. A folyamat leírása:

Vérvétel leboratóriumi vizsgálat céljából: Alkalmilag szúrt vénából vért bocsájtunk le. A vizsgálat módja: Vérvétel direkt szúrt perifériás vénából.

Vizelet vétele laboratóriumi vizsgálat céljából: Középsugaras vagy tisztán ürített vizeletből mintavétel.

Sebvialadék vétele vizsgálat céljából: A mintavétel a szövetek mélyébe hatolva történik.

Orrvialadék vétele vizsgálat céljából: A mintavételt a terápia megkezdése előtt kell végezni.

Indikáció: A célzott antibiotikus kezelés.

Torokvialadék vétele vizsgálat céljából: A mintavételt a terápia megkezdése előtt kell végezni.

Indikáció: A célzott antibiotikus kezelés.

Széket mintavétel: A székletben található vér jelenlétének megállapítására, valamint fertőzések gyanúja esetén. A mintát a széklet kóros (nyákos, gennyes, vére, híg vagy vizes) részéből kell venni, úgy, hogy a környezettel, vizelettel, fertőtlenítőszerrel ne érintkezzen.

Előkészítés:

Vérvételhez eszközök: műanyag lepedő, plusz textília az ellátott ágyának és ruházatának védelmére, karleszorító (strangulátor), bőrfertőtlenítés eszközei, tű (a zárt vérvételi rendszerhez használatos vérvételi tű, szárnyastű), plusz harang, vacutainer, vagy más zárt vérvételi rendszerhez tartozó vérvételi csövek a gondozott adataival ellátva, vatta buci, vágott papírvatta, papírtörő, aerob és anaerob mintavételi csövek, ledobó tál, veszélyes hulladékgyűjtő.

Ellátott előkészítése: pszichés előkészítés végett az ellátott tájékoztatása.

Fizikális előkészítése: Az ellátott lehetőség szerint ülő vagy fekvő helyzetben való elhelyezése.

Az ellátott felkarjának szabaddá tétele.

Vizeletvételehez eszközök: Fekvő egyén esetén szeméremtájékának lemosására mosdókesztyű, szivacs, mosdótál, testmeleg víz, törölköző, ágyvédelem. Mintavételi csövek (zárható kupakkal).

Vizsgálatkérő lap. Gumikesztyű.

Ellátott előkészítése: Pszichés és fizikális előkészítés.

Fent járó ellátottnál: Kérje meg az ellátottat a gáttájék megtisztítására sz.e. lemosására, ezt követően, hogy antiszeptikus törölővel törölje le a húgycső kivezető nyílásának környékét férfi

ellátott esetében - körkörös mozgással a húgycsőnyílástól elhaladva, nő ellátott esetében - a kisajkak széttárasa után a húgycsőnyílás fölötti résztől elkezdve a végbélnyílás felé haladva.

Ágyban fekvő ellátott esetén: Az ellátott ágyában végezze el az egyén gáttájékának tisztítását és az antiszeptikus törlővel a húgycső kivezető nyílásának, környékének törölését a higiénés szabályoknak megfelelően. Lakószoba előkészítése: Fekvőellátottnál: Paraván elhelyezése vagy függöny elhúzása. Szobahőmérséklet biztosítása.

Sebváladék vételénél az ellátott előkészítése: Az ellátottat világosítsa fel a mintavétel idejéről, hívja fel a figyelmét a hatásokra és az esetleges fájdalomra. A beavatkozás alatt az ellátott pszichés támogatására figyeljünk. Eszközök előkészítése: steril gumikesztyű, steril mintavételi cső, steril csipesz, 0,9 % NaCl oldat, ledobó tál.

Orrváladék vételi eljárásnál az ellátott előkészítése: Az ellátottat világosítsa fel a mintavétel idejéről. Hívja fel a figyelmét arra, hogy a vizsgálat kockázat és fájdalommentes. A beavatkozás alatt az ellátott pszichés támogatására figyeljünk. Eszközök előkészítése: steril gumikesztyű, steril mintavételi csövek (D cső), 0,9 % fiziológiás sóoldat, ledobó tál.

Torokváladék vételi eljárásnál az ellátott előkészítése: Az ellátottat világosítsa fel a mintavétel idejére, hívja fel a figyelmét arra, hogy a vizsgálat kockázat és fájdalommentes. A beavatkozás alatt az ellátott pszichés támogatására figyeljünk. Eszközök előkészítése: steril gumikesztyű, steril mintavételi csövek (D cső), 0,9 % fiziológiás oldat, lapoc/spatula és ledobó tál.

Széket mintavétel tenyésztéshez előkészítendő eszközök: egy darab széketartály, egy darab szájmaszk, egy pár gumikesztyű, azonosító címke, vizsgálatkérő lap.

Kivitelezés:

Vérvételi eljárás: Higiénés és biztonsági előkészületek = kézfertőtlenítés + kesztyű. Az ellátott és a csövek együttes azonosítása.

Ágy- és ruhavédelem biztosítása. Megfelelő véna kiválasztása. A strangulátor felhelyezése (ha az ellátott tud segíteni, kérje meg, hogy szorítsa ökölbe a kezét). Bőrfertőtlenítés (ezután már nem érhet ehhez a felülethez). A tű és a harang összerakása. A tű beszúrása. Az utolsó cső eltávolítása után, a leszorító gumi levétele, a tű kihúzása, helyére törülő helyezése, majd annak leragasztása. Az ellátott még néhány percig a szúrás helyét vatta bucíval leszorítva tartja.

Vizeletvételi eljárás: Mintavevő edényt tartsa a közép-vizeletsugar alá és fogjon fel az előírásoknak megfelelő mennyiségű vizeletet. Zárja le a mintavételi csövet/csöveket.

Az ellátott adatait dokumentálja a mintavételi csöveken. Gondoskodjon az ellátott komfortjáról és a környezete rendbetételéről. Dokumentálja a mintavételt.

Az eljárás során ügyeljen a sterilitás fenntartására.

Sebváladék vételi eljárás: A steril vattapálcát 0,9 % NaCl oldatba mártjuk, majd alaposan megforgatjuk a tampon végét a sebben. A minta vétele és szállítása során fokozottan kell ügyelni az aszepszis szabályainak betartására. A beavatkozás elvégzése előtt és után a higiénés kézfertőtlenítés kivitelezése és a megfelelő védőfelszerelések viselése elengedhetetlen, védeni kell az ellátottat és az ápoló személyzetet is az iatrogén infekciók kialakulásának veszélyétől. Lényeges: A kísérő iratok pontos kitöltése, a vizsgálati anyag anatómiai helye, a mintavétel pontos ideje és az eddig használt antibiotikum neve. Gondoskodás a vizsgálati anyag mielőbbi laboratóriumba juttatásáról. A beavatkozás dokumentálása.

Orrváladék vételi eljárás: A mintavétel alkalmával mindkét orrnyílás belső felszínét négyszer-öttször körbe kell törölni ugyanazon mintavevővel (steril vattapálcával megtöröljük az endonasális nyálkahártyát). A vizsgálatkérő lapra rá kell írni, hogy „S. aureus szűrés” vagy MRSA szűrés, mert a laboratóriumban ezeket a vizsgálatokat speciális módon végzik.

Torokváladék vételi eljárás: A mintavételt fogmosás és étkezés előtt kell végezni. A nyelvet lapoccal lenyomjuk és óvatosan a szájnyalkahártya érintése nélkül a garathoz vagy a tonsillákhoz dörzsöljük a mintavételi tampont. A vizsgálatkérő lapra rá kell írni, hogy " S. aureus szűrés" vagy MRSA szűrés, mert a laboratóriumban ezeket a vizsgálatokat speciális módon végzik.

Széket mintavételi eljárás: A széketartályra ragassza rá az azonosító címkét, melyre előzőleg felírta beteg nevét, TAJ, v. szül. dátumát.

Higiénés kézfertőtlenítés után vegye fel az orr-, szájmaszkot és a gumikesztyűt.

Csavarja szét a külső tartályt, az abban lévő belső tartály kanalával vegyen egy mogyorónyi adagot a székletből, helyezze vissza a kanalat a belső tartályba, majd tegye bele a külső tartályba és jól zárja le. Végezzen higiénés kézfertőtlenítést. Töltse ki a megfelelő laboratóriumi formanyomtatványt. Az anyagot 4 órán belül laboratóriumba kell juttatni.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Eltérő laboreredmények esetén az orvos által beállított terápiától függően, ill. a intézményi orvos/háziorvos által javasolt időben kontroll mintavétel és vizsgálat javasolt.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó az eseménynaplóban, ápolási lapon rögzíti a mintavétel tényét. Mintavétel formanyomtatványainak kitöltését az ápoló-gondozó végzi a megadott szempontok alapján.

Egyedi esetek kezelése:

Sikertelen mintavétel esetén, annak típusától függően ismételt vételezés szükséges. (pl. sikertelen vénás vérvétel, spontán nem ürülő vizelet, helytelen sebváladék vétel).

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi az aktualitásnak megfelelően.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatkérő lapok, egészségügyi státuszlap

6. Felelős:

Vezető ápoló, a mintavétel elvégzésével megbízott szakápoló.

- A vezető ápoló felelőssége a mintavételhez szükséges eszközök biztosítása. A szakápoló felelős a helyes mintavételi technika kivitelezéséért és annak dokumentálásáért.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: intézményi orvos/háziorvos az orvosi törzskartonba dokumentálja a laboratóriumi vizsgálat tényét, eredményét.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Szondatáplálás		ÁP 03-03
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-03 Szondatáplálás

1. **Cél:** Táplálkozási kockázattal rendelkező és hagyományos úton nem kielégítően táplálható egyének számára, kiegészítő vagy teljes mesterséges táplálás, gyárilag előállított tápszerekkel.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

20/1196. NM rendelet, Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja a betegségekhez malnutrició megelőzése és kezelése, mesterséges táplálás terápiával - enterális szondatáplálás, Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996),

www.amnutrison.hu

4. **A folyamat leírása:**

A táplálás alapvető fiziológiai szükséglet, amelyet ha nem elégítenek ki, az egyén halálához vezet.

Enterális szondatáplálás: A gyomor-bélrendszer működőképessége bizonyított, így a tápanyagokat tartalmazó oldatokat rendszerint különböző vastagságú és hosszúságú szondák segítségével juttatják az emésztőrendszer megfelelő szakaszába.

Speciális tápszer: Olyan betegek kizárólagos vagy részleges táplálásra szolgál, akiknél a természetes eredetű tápanyagok felvétele, emésztése, felszívódása, feldolgozása vagy kiválasztása korlátozott, csökken vagy zavart szenved, valamint más orvosilag meghatározott tápanyagszükséglet áll fenn és az nem biztosítható hagyományos étrend megváltoztatásával.

Szondatápszer: Olyan oldat, amely kb. 2000 ml-ben tartalmazza a táplálkozástudományi társaságok által napra ajánlott fehérje, zsír, szénhidrát, ásványi anyag, vitamin és nyomelem mennyiséget és szondán keresztül beadható.

PEG: Percutan, endoscopos gastrostomán keresztüli táplálás.

Malnutrició (alul- vagy túltápláltság):

Olyan tápláltsági állapot, melyben az energia, fehérje, vagy egyéb tápanyagok hiánya vagy többlete (vagy azok egyensúlyának hiánya) mérhető, káros hatással jár a szövet/test formájára, megjelenésére, funkciójára és a klinikai eredményekre nézve.

Energiaszükséglet: Az a táplálékkal felveendő energiamennyiség, amely az egyén állandó testtömege és változatlan testtömeg összetétele mellett, hosszú távon, jó egészségi állapotban fedezi az energiafelhasználást úgy, hogy lehetővé teszi a gazdaságilag hasznos, szociálisan szükséges fizikai aktivitást.

A szondatáplálás elrendelése, az előtte elvégzendő vizsgálatok, a szondatáplálás módjának eldöntése orvosi feladat.

Az esetleges szondatáplálás szükségességének felvetése, a gondozott tápláltsági állapotának romlását észrevenni, szakápolói feladat.

Intézeteinkben különösen fontos a gondozottak jólétének, megfelelő étkezésének biztosítása, és az is fontos, hogy mindent megtegyünk annak érdekében, hogy az ellátottak természetes úton jussanak táplálékhoz.

Szondatáplálás indikációi:

- A táplálék felvételének, emésztésének és felszívódásának zavarai (mechanikus akadályok, malignus elváltozások, gyulladással járó bélbetegségek, az emésztőrendszer fekélyei, sipolyok).
- A tápcsatornán át történő táplálkozás tilalma.
- A nagymértékben csökkent étvágy.
- Az időseknél hasmenés és/vagy befolyásolhatatlan hányás.
- A táplálkozási képtelenség vagy negatívizmus.
- A felgyorsult anyagcserével (hypermetabolizmus) és/vagy a fehérjék fokozott lebontásával (hyperkatabolizmus) járó állapotok, pl. tartós láz, súlyosabb sérülés, elsősorban politrauma, égésbetegség, szepszis, hyperthyreozis stb.

Előkészítés:

Tápszeradagolás eszközei: Különböző átmérőjű, alapanyagú, hosszúságú, kiképzésű, funkciójú tápláló szondák, Gastrotubus, PEG, Button szonda, Jejunokath, táplálópumpa, szerelék táplálópumpához, gravitációs adagolóhoz. Megfelelő hőmérsékletű tápszer, gravitációs szerelék, átmosó folyadék, fecskendő, gumikesztyűk, adagoló pumpa, zárókupak fertőtlenítésre.

Személyi feltétel: Megfelelő egészségügyi végzettséggel rendelkező szakápoló, aki a folyamatot végzi, ill. betanítja a gondozó részére.

Kivitelezés:

Szakápolói feladat a szondatáplálás technikai kivitelezése.

- Higiénés kézfertőtlenítés.
- Eszközök előkészítése
- Gumikesztyű felvétele.
- Szerelék üvegbe helyezése, cseppszámláló elzárása.
- Palack állványra akasztása, csepegtetőkamra feltöltése harmadáig.
- Szerelék végén lévő zárókupak lecsavarása.
- Cseppszabályozó megnyitása és a szerelék feltöltése, majd a cseppszabályozó elzárása.
- A szonda átmosása 25-30 ml vízzel.
- A szerelék csatlakoztatása a szondához.
- Cseppszám beállítása.
- Szondatáplálás közben minden palackcserekor szonda átmosása 20-30 ml vízzel.
- Szondatáplálás végén a szonda átmosása 20-30 ml vízzel, majd a szonda lezárása.
- Szerelék szétszerelése és veszélyes hulladékként való kezelése.
- Folyamatos adagolás esetén is a szerelék 24 óránként cserélni kell.

Tápszerek tárolása:

- Felnyitás nélkül szobahőmérsékleten tárolandók.
- Felnyitás után hűtőszekrényben 24 órán át tárolhatók.

Tápszer adagolásának módjai:

- Folyamatos adagolás – 24 órán keresztül adagolás gravitációs szereléken keresztül vagy tápláló-pumpával.
- Szakaszos adagolás (intermittáló) - A nap egy-egy adott időszakában folyamatos adagolás gravitációs szereléken keresztül vagy táplálópumpával.
- Nagyobb adagokban (bolusokban) – A nap folyamán több alkalommal, fecskendővel beadott tápszer.

Folyadék és elektrolit egyensúly kontrollálása:

- A napi folyadék igényt a beteg állapotához kell igazítani.
- A tápszer folyadék mennyiségét, valamint az öblítő folyadék mennyiségét figyelembe kell venni a napi folyadék és elektrolit igény meghatározásánál.
- A beteg szervezetének folyadékellátottságát naponta kell ellenőrizni (testtömeg, oedema, turgor, nyelv állapota, bevitt és ürített folyadék mennyisége).

Táplálás higiénés elvei:

- Minden tevékenységénél a higiénés szabályok betartása, a fertőzés elkerülése érdekében tiszta munkaterület.
- Higiénés kézmosás.
- A szerelék tiszta folyóvízzel való átmosása.
- A szonda steril fiziológiás sóoldattal való átmosása.
- Bontatlan tápszerek tárolása.
- Bontott, de azonnal nem felhasznált tápszerek tárolása.
- A betegbe helyezett eszköz és az azzal érintkező bőrterület folyamatos tisztántartása.
- A beteg testi higiéniájának biztosítása.

Gyógyszerek adagolása tápláló szondán - eszközön keresztül:

- A tápszerrel együtt gyógyszert nem szabad beadni, ezt a táplálás előtt vagy után lehet elvégezni, a szondát gyógyszeradagolás után át kell öblíteni.
- A szilárd gyógyszerformák hatása a feloldás, elegyítés után megváltozhat, ezt figyelembe kell venni (pl. retard készítmények).

Táplálási szünetek szakaszos táplálás esetén:

- Stabil állapotú gondozott esetén legalább napi 2 alkalommal >1 óra szünetet kell tartani, a gyomor megfelelően savas vegyhatásának kialakulása céljából.
- Intenzív ellátást igénylő gondozott esetén 4-6 alkalommal 0,5-1 órás szünet ajánlott. Ezeket a szüneteket célszerű összhangba hoznia a gondozottnál elvégzendő ápolási feladatokkal (mosdatás, forgatás, mobilizálás).
- Diétás tanácsadás, egyes esetben a szondán keresztül történő táplálás mellett a gondozott fogyaszthat szájon keresztül is táplálékot.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A tápszerek kiválasztásának szempontjai:

- A gondozott táplálkozási képessége, energiaszükséglete.
- A gyomor-bélrendszer működésének esetleges zavarai, a táplálék felszívódás zavarainak súlyossága.
- A belek motilitási zavarai, a szerveket érintő funkciózavarok fennállása.
- Mióta nem táplálkozott a gondozott kielégítően.
- A választott táplálási mód (gyomorba, vékonybélbe).

Dokumentálás:

A szondatáplálás részletes dokumentálását (kezdés, csere, befejezés) a műszakfelelős ápoló-gondozó végzi az eseménynaplóban, ill. a folyadéklapon.

Egyedi esetek kezelése:

Amennyiben az ápoló-gondozó eltérést tapasztal, azt jelzi a vezető ápolónak, aki szükséges esetben intézményi orvos/háziorvossal konzultál. Pl.: szonda nem vezet, tápszer visszafolyása a szondán keresztül, beteg hasi panaszai, puffadás, fájdalom jelentkezése esetén.

Ellenőrzés:

Vezető ápoló naponta ellenőrzi a folyamat menetét, illetve eltérések alkalmával.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Folyadéklap

6. Felelős: Vezető ápoló, Szakápolási tevékenységet végző ápoló, gondozó.

- Vezető ápoló felelős a szondatápláláshoz szükséges feltételek biztosításáért (szondatáp felírása, beszerzése a gyógyszerelést végző gondozók által, szerelékek biztosítása), a szabályok betartásáért.
- Ápoló-gondozó felelős a szondatáplálás megvalósításáért, dokumentálásáért.
- Opcionálisan érintett további munkakörök: Az intézet intézményi orvos/háziorvosa felelős a szakorvosi javaslat alapján a tápszer felírásáért. A gyógyszerelést végző gondozó a szondatápszer és szerelék beszerzését végzi.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Sztóma ápolása	ÁP 03-04	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-04 Sztóma ápolása

1. **Cél:** A diagnózis közlésétől segíteni a sztómával élők független életvitelét.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

20/1996. NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

4. **A folyamat leírása:**

Különböző emésztőszervi betegségek (chron, colitis ulcerosa, bélelzáródás, daganatok) következtében válik szükségessé sztóma kialakítása. A sztóma egy olyan mesterségesen, sebészek által létrehozott bélnyílás a hasfalon, melyen keresztül a széklet a szervezetből távozni tud, és egy cserélhető zsákba jut. Alkalmazására olyan megbetegedések esetén kerülhet sor, melyek nem teszik lehetővé többé, hogy a bélsár a végbélen keresztül távozzon.

Sztóma meghatározás: A sztóma szájadékot jelent, amely nem más, mint a bélrendszer egy részének (vékonybél = ileosztóma, vastagbél = kolosztóma), vagy a húgyelvezető rendszernek (uroosztóma) hasfalon át történő kivezetése a rajtuk keresztül ürülő tartalom (bél-tartalom = salakanyagok, illetve vizelet) elvezetése érdekében.

A sztóma egy kis kerek nyílás, amelynek átmérője változó, leggyakrabban 2-3 cm. A bőrből kissé kiemelkedő, élénkpiros színű képlet, amelyben érző idegek nincsenek, így érintése, kezelése nem fájdalmas. Mindig csillogó, mert a nyálkahártya mindig nedves.

A sztómák felosztása különféle szempontok alapján történhet.

Időtartamát tekintve a szájadék lehet: végleges vagy átmeneti.

Fajtái: ileostoma, kolosztóma, uroosztóma, coccostoma (tulajdonképpen ez egy fistula, ami túlfolyóként funkcionál, vagyis nyomáscsökkentő sipoly), különleges formája a katétercoecostoma, melynek előnye, hogy eltávolítás után a nyílás spontán záródik, két formája ismert: egynyílású: orális bélszakaszt varrják ki, kétnyílású: bélkacsot emelnek ki és nyitják meg.

A sztóma terápiás gondozás elsődleges célja: magába foglalja: a sztómával való együttélés, a megváltozott testképpel való együttélés, a szexuális zavarok okozta problémákkal való megbirkózás segítségét, a sztómával élők megküzdési mechanizmusainak szakszerű támogatását, pszichoszociális, emocionális támogatást, olyan partnerségre épülő modellek alkalmazását, amelyben az ellátott és családja terápiás partner, partnerséget épít az azonos problémával küzdők között. A sztómaterápia ápolás-gondozás részei: a sztóma-ellátás, bőrápolás, sebkezelés, kontinencia-inkontinencia ellátás eszközeinek biztosítása.

Előkészítés:

A sztómaellátás eszközei: száraz, nedves mullap, melegvíz, szappan, papírvatta, lekerekített végű olló, spatula, mosdótál, sztómazsák, gumikesztyű, gumi és harántlepedő, sztóma paszta/por, műanyag ledobó zsák, eszközfertőtlenítő

Személyi feltétel: Megfelelő egészségügyi végzettséggel rendelkező szakápoló, aki a folyamatot végzi, ill. betanítja a gondozó részére.

Kivitelezés:**Sztóma ápolása, kezelése:**

Ismertessük a beteggel a beavatkozást. Szóban tájékoztatni szükséges a beteget a beavatkozás módjáról és okáról. Végezzünk higiénés kézfertőtlenítést.

Eszközök előkészítése, intim környezet megteremtése.

Kesztyűt húzunk, ágyvédelem (gumi- harántlepedő felhelyezése).

A sztómazsákot felülről lefelé húzva, óvatosan, a bőr sérülését elkerülve távolítjuk el.

A használt sztóma zsákot a veszélyes hulladék tárolására alkalmas nylonzsákba dobjuk.

A sztómát és környékét, megtisztítjuk, majd szárazra töröljük. Figyeljük a sztómát és a környező bőrterület állapotát.

Kesztyűváltás után helyezzük fel az új sztómazsákot úgy, hogy az átmérőt lemérve kivágjuk a megfelelő méretet ollóval. Ránctmentesen ragasszuk a bőrfelületre.

A beteget kényelembe helyezzük, a környezetét rendbe tegyük (kesztyűt, váladdékkal szennyezett eszközöket dobjuk a veszélyes hulladék zsákba, szennyeződött ruha cseréje)

Az eszközök fertőtlenítését végezzük el. Higiénés kézfertőtlenítést végzünk.

Sztóma (nyílás) gondozása: Szappannal vagy egyéb fertőtlenítő szappannal mossuk. Minden esetben töröljük szárazra, a gombás fertőzések elkerülés érdekében. Ne használjunk bőrápoló krémeket, mert a sztómazsák így nem tud a bőrhöz tapadni. Hintőporok, egyéb krémek, sztóma ápoláshoz használatos krémek, szerek használata ajánlott. Kerüljük az alkoholos lemosókat, mert roncsolják a szöveteket, és vérzést okozhatnak. Folyamatosan figyeljük a sztóma körüli bőr állapotát, küllemét, a gyulladások elkerülésének kialakulása érdekében.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Nagy szükség van az ápoló személyzet türelmes és megértő támogatására, fizikai és lelki segítségére, őszinte kapcsolat kialakítására. Fel kell hívni az ellátott figyelmét a fokozott személyi higiéné betartására.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó az eseménynaplóban, az ápolási lapon ill. a sztóma kezelési lapon dokumentálja a feladat elvégzését.

Egyedi esetek kezelése:

Szövődmények, a gondozás hibalehetőségei:

Parasztómális bőr alkoholos, benzines vagy éteres tisztogatása a bőr zsírsavköpenyének szétrombolásához és súlyos dermatishez vezethet. Cink-oxid felületű zacskó túl erősen tapad, eltömíti a bőr pórusait, ami súlyos következményekkel járhat.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló sztómacserék alkalmával szemrevételezéssel ellenőrzi a sztómaápolás helyes kivitelezését.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Sztóma kezelési lap

6. Felelős: Szakápolási feladatokkal megbízott dolgozó, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős az ellátott a sztómaápoláshoz szükséges eszközök biztosításáért, a protokollban foglaltak szabályszerűségéért. Egyedi esetben konzultál a intézményi orvos/háziorvossal, szakorvossal.
- A sztómaápolással megbízott ápoló-gondozó felelősséggel tartozik a helyes és szakszerű kivitelezésért és a megfelelő dokumentálásért. Ha bármilyen elváltozást tapasztal, köteles jelezni a vezető ápolónak.
- A intézményi orvos/háziorvos betegevizsgálat alkalmával dönt a további beavatkozások szükségességéről, formájáról.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Állandó katéter cseréje és gondozása		ÁP 03-05
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-05 Állandó katéter cseréje és gondozása

1. **Cél:** Vizeletretentio megszüntetése, vizeletürítés folytonos biztosítása, ürített mennyiség monitorozása, életminőség javítása.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

20/1996. NM rendelet, Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

4. **A folyamat leírása:**

Állandó katéterezés indikációi: Vizeletelfolyás akadályba ütközik, prostata megnagyobbodás, húgycsőszűkület a húgycső és a környező szervek műtete előtt, a húgycső vérröggel való elzáródásának megakadályozása, hólyag tumorok, húgycsőműtét, vizelet elválasztás pontos meghatározása, inkontinens- eszméletlen gondozott bőrkárosodásának megelőzésére.

Előkészítés:

Személyi feltételek: urológus szakorvos, intézményi orvos/háziorvos

Eszközök: Steril katéter szett tartalma:

- Megfelelő méretű steril katéterek,
- Steril vizeletgyűjtő zacskó,
- Steril katéter csúsztató gél,
- Steril lepedő,
- Steril lyukas kendő,
- Steril gumikesztyűk,
- Steril kémcsövek,
- Steril tálban dezinficiens oldat tamponokkal.

Katéterező tálca:

- 20 ml fecskendőben előre felszívott 0,9 %-os NaCl,
- Egyszerhasználatos kesztyű,
- Kocher a katéter leszorításához,
- Ágyvédelemhez szükséges eszközök,
- Nem allergizáló ragtapasz vagy pólya a katéter rögzítéséhez,
- Zsáktartó a vizeletgyűjtő zsák rögzítéséhez,
- Ágytál
- Spanyolfal,
- Mosdótál,
- Semleges hatású szappan,

- Fördőlepedők,
- Mosdókesztyű,
- Ledobótál.

A gondozott előkészítése: A gondozott pszichés felkészítésekor hangsúlyoznunk kell a beavatkozás fontosságát, röviden, a gondozott számára érthető módon el kell mondani a beavatkozás lényegét, esetleges kellemetlenségeit.

A gondozott elhelyezése:

- Nő: talpra húzott alsó végtagokkal, hanyatt fekvő, a térdeket eltávolítva.
- Férfi: fekvő helyzetben, nyújtott lábbal, a hímvesszőt 45 °C-ban meg kell emelni.

Kivitelezés:

Húgycsőbemenet fertőtlenítésének a folyamata:

- Nő: fentről lefelé törünk, és minden törléshez külön vattagombócot használunk. Váladékozó hüvely esetén az utolsó törlést a hüvelybemenetben hagyjuk.
- Férfi: bal kézzel visszahúzzuk a fitymát a hímvesszőről, közben letöröljük a húgycsőnyílást fertőtlenítő oldatba mártott vatta gombóccal.

Katéterezés menete:

1. Fertőtlenítsük a kezünket, egyszer használatos kesztyűt vegyünk fel.
2. Meleg, szappanos vízzel a genitáliák területét mossuk le.
3. Szennyezett kesztyűt tegyük a ledobóba.
4. Helyezzük a katéteres tálcát a gondozott lábai közé.
5. Kössük össze a katéter végét a vizeletgyűjtő zacskóval.
6. Ellenőrizzük a katéter ballon épségét, úgy hogy az előre feltöltött fecskendőből egy kevés folyadékot juttatunk a ballonba. Amennyiben nem szivárog, szívjuk vissza a folyadékot, és hagyjuk a fecskendőt a katéter közelében.
7. Vegyünk fel steril kesztyűt.
8. Helyezzük a steril lepedőt a gondozott alá és a steril lyukas kendőt a gondozottra úgy, hogy a perineum szabadon maradjon.
9. Helyezzük a steril dezinficiens oldatot tartalmazó tálat, csipeszt és síkosítót a steril lepedőre.
10. A gondozott pozicionálását és fertőtlenítését követően nő esetében először feltárjuk a szeméremrést, és a húgycsőbemenetet látótérbe hozzuk.
11. Előkészített katétert rövidre fogjuk, a katéter végét a húgycsőnyíláshoz érintjük, ekkor az esetek többségében rövid idejű záróizomgörcs keletkezik.
12. Görcs megszűnése után a katétert 2 ujjal óvatosan, de határozottan előretoljuk.
13. Ellenállás észlelése esetén a beavatkozást függesztjük fel, mert átszúrhatjuk a húgycső falát.
14. Katétert addig toljuk előre, amíg a csatlakoztatott vizeletgyűjtő zsákban a vizelet meg nem jelenik.
 - nők esetén: 5-7,5 cm (+5 cm).
 - férfiak esetén: 18-23 cm (+5 cm).
15. Ballonnal rögzítsük a katétert (10 - 20 ml fiziológiás sóoldatot fecskendezünk a katéterbe).
16. Ellenőrizzük a katéter pozícióját.
17. Egyszerre maximum 500 ml vizelet bocsájtható le.
18. Rögzítés:
 - nők esetén: combok belső felszínére lazán
 - férfiak esetén: combon, vagy a has alsó részén

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés során különösen ügyeljünk a fertőzés megelőzésére megfelelő steril eszközök használatával, szabályok betartásával. Katéter csöve ne törjön meg, mert vizeletelfolyási akadály miatt fertőzés léphet fel. Katéterzsák lentebb helyezkedjen el, mint a hólyag, a visszafolyás megelőzése végett. Padlóra ne kerüljön katéterzsák (ágy oldalához legyen rögzítve). Vizeletszivárgás észlelésénél katéter-csere válhat szükségessé. A vizelet mennyiségének, színének változását folyamatosan figyelemmel kell kísérni. Láz, hidegrázás, alhasi fájdalom

esetén további intézkedés szükséges (vezető ápoló, ill. intézményi orvos/háziorvos bevonásával).
A feladatvégzés gyakorisága: katéter cserék 14-21 naponta szükségesek.

Dokumentálás:

A státuszlapon az urológus bejegyzi az elvégzett katéter cseréjét. Az ápoló-gondozó az eseménynaplóban, az ápolási lapon és a szakorvosi vizit füzetben dokumentálja a katéter-csere elvégzését.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi, hogy a katéterrel rendelkezők ellátásának biztosítása folyamatos legyen.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Ápolási lap

6. Felelős:

Vezető ápoló, szakápolási tevékenységet végző ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős a katéterezéshez szükséges tárgyi feltételek biztosításáért, a protokoll betartásáért.
- Az ápoló-gondozó felelős a katéter-cserék alkalmával történő segítségnyújtásért, az ellátott állapotának folyamatos nyomonkövetéséért, a katéterzsák folyamatos ürítéséért, dokumentálásért és a fokozott személyi higiéne betartásáért.
- Az urológus szakorvos végzi a katéter-cserét, ill. szükség esetén gyógyszeres terápiát ír elő a beteg részére.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Gyógyászati segédeszközök alkalmazása	ÁP 03-06	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-06 Gyógyászati segédeszközök alkalmazása

1. **Cél:** Lehetőség szerint a legkorábbi időpontban megkezdődjön a rehabilitáció és az, hogy a tanulással kapcsolatos sikerekre és a megmaradt képességek legteljesebb kiaknázására buzdítsa az ellátottat.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

20/1996. NM rendelet, Házirend,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996), www.ogyei.gov.hu

4. **A folyamat leírása:**

Különböző mozgásszervi megbetegedésből adódó állapotok, végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal járó betegségeknél (pl. végtagamputáció, féloldali bénulás) szükséges gyógyászati segédeszközök alkalmazása.

Gyógyászati segédeszköz: Az az átmeneti, vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal élő személyes használatába adott orvostechnikai eszköz - ápolási technikai eszköz, amely használata során nem igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét.

Gyógyászati segédeszköz technikai formái:

Orvostechnikai eszköz: amely átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal élők használatában van, és használata nem igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét.

Ápolási technikai eszköz: azaz eszköz, ami nem minősül orvostechnikai eszköznek, de a betegellátáshoz kapcsolódik.

Gyógyászati segédeszköz alkalmazási formái:

Testközeli segédeszközök: Azok az eszközök, amelyek közvetlenül érintkeznek a testfelülettel (pl.: fűzők, művégtagok, pótlások, paróka, stb.).

Testtávolsági segédeszközök: Azok az eszközök, amelyek közvetlenül nem érintkeznek a testfelülettel (pl.: bot, járókeret, rollátor, kerekesszék, könyökmankók, stb.).

Gyógyászati - testközeli – segédeszköz: Protézis (hiányzó testrész pótlása).

Alsóvégtag protézis helyes használata:

A protézisre kerülő cipő a meglévő lábon lévő párja legyen. A cipő sarka ne legyen félre taposott. Ügyelni kell a protézis helyes feltételére. A csonk megfelelően helyezkedjen el a csonkokban. Lábszárprotézisnél a térdkalács alsó ívére legyen helyezve a testsúly, míg a combprotézisnél az ülőgumó a teherviselő pont.

Előkészítés:

Az alkalmazni kívánt gyógyászati segédeszközt előkészítjük.

Kivitelezés:

A csonk és a protézis karbantartása, tisztántartása, csonk bőrének ápolása:

A protézis levétele után a bőrt bő langyos, szappanos vízzel lemossuk, majd szárazra töröljük.

Protézis higiéniaja:

Tisztítása csak langyos vízzel és szappannal történik, ha bőrtokja van, alkoholba mártott ruhával tisztítsuk és töröljük szárazra. Esős időben, ha a cipő átázott, eltávolítjuk a protézisről és megszárazítjuk. Ne tegyük a protézist hőforrás közelébe.

Használat előtt ellenőrizzük a protézis hibátlanságát.

Gyógyászati - test távoli - segédeszközök típusai és alkalmazása:

Botok: A testmagassághoz megfelelő eszközmagasságot állítsuk be (helyes magasság 20-30 fokos könyök flexió). A bot a nagytompor magasságáig érjen. Az érintett oldallal ellentétes karban fogjuk.

Járókeretek: A legstabilabb támasztást a járókeretek biztosítják. A járókeretet járás közben emelni kell az előrehaladáshoz, ezért fontos, hogy súlya könnyű legyen. Csúszásmentességet a négy lábra szerelt sérülésmentes gumi biztosítja. A testmagassághoz megfelelő eszközmagasságot állítsunk be.

Rollátor: A rollátor kerekkel van felszerelve. Ennek köszönhetően nem kell megemelni. Előretolás után a kézzel működtetett féket behúzva, stabilan rá lehet támaszkodni. Bizonyos súlyhatárig táska vagy bevásárló szatyor is akasztható rá, így megkönnyíti a mindennapokat. A testmagassághoz megfelelő eszközmagasságot állítsunk be.

Kerekesszék: Egy olyan gyógyászati segédeszköz, ami a járási nem, vagy csak nehezen tudók mozgását segíti, elsősorban betegek szállítására használják. Az eszköznek léteznek kézzel, és elektromos motorral hajtott változatai is.

Használatának az ismérvei:

Alapvető megtalálni a legkényelmesebb ülémódot, valamint azokat a kiegészítő megoldásokat, amelyekkel a kerekesszékben ülő személy biztonságát és önállóságát egyedien lehet segíteni. Az ülés akkor megfelelő, ha a szék sehol nem nyomja az ülőfelületet, a medence és a gerinc kényelmesen, de stabilan biztosítja az ülést és az ülésben végzett bármilyen tevékenységet. Ülésnél a stabilitást a medence függőleges helyzete és a csípőkben a kb. 90 fokos hajlított tartás, a gerinc ágyéki szakaszának megtámasztása segíti. Az ülőfelület magassága akkor jó, ha a csípőkben és a térdékben kb. 90 fokos hajlított helyzet van és a lábak a lábtartón teljes alátámasztással helyezkednek el. Az ülőfelület széle a térdhajlattól 3-4 cm-re legyen, így a testsúly a medencén, combokon és a lábakon van.

Könyökmankó: Egyoldali részleges tehermentesítésre, a járás stabilitásának növelése érdekében alkalmazható. A mankó állíthatósága a rehabilitációban bekövetkezett változásoknak megfelelően használható fel. A könyökmankó ötvözt alumíniumcsőből készül, műanyag markolattal és alkartámasszal. Állíthatóságát a teleszkópos kialakítás biztosítja, végén különleges kiképzésű botvég gumi található. Magassága bepattintható acélsappal állítható 10 fokozatban 25 mm-ként. A könyökmankó méretei: 765-1040 mm.

A gyógyászati – test távoli – segédeszközök tisztántartása, fertőtlenítése osztályos ütemterv szerint történik, ill. szükség szerint.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Ellátott edukáció - a gyógyászati segédeszköz alkalmazásával, használatával kapcsolatos ismereteket, tudnivalókat szóban el kell mondani, meg kell tanítani. Figyeljünk a biztonságos alkalmazásra, balesetek megelőzésére, a gyógyászati segédeszközök rendszeres karbantartására, tisztán tartására

Dokumentálás:

A vezető ápoló, a mozgásterapeuta félévente rögzíti a fejlesztési tervben az ellátott állapotában bekövetkező változásokat. Az ápoló-gondozó az eseménynaplóban dokumentálja a gyógyászati segédeszköz használatát.

Egyedi esetek kezelése:

A gyógyászati segédeszközök használata során felmerült problémák, meghibásodások esetén helyi vagy külső szakemberek (szerviz, stb.) segítségét kell kérni.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi a gyógyászati segédeszközök rendeltetésszerű használatát, ill. a tisztán tartását az osztályos ütemterv szerint.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Gondozási terv, fejlesztési terv (a mozgásfogyatékossgal élő gondozottak körében)

6. Felelős: vezető ápoló, tevékenységet végző ápoló-gondozó

- A vezető ápoló felelős a szakorvos által javasolt gyógyászati segédeszközök biztosításáért. Meghibásodás esetén gondoskodik a javításukról.
- Az ápoló-gondozó felel a gyógyászati segédeszközök folyamatos alkalmazásáért és tisztán tartásáért.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Légutak leszívása	ÁP 03-07	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-07 Légutak leszívása

1. Cél: Légúti váladék eltávolítása garatból/légcsőből, amelyet az ellátott spontán saját erőfeszítésével nem lehetne eltávolítani, csak eszköz segítségével. Légzésfunkció javítása.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

20/1996. NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

4. A folyamat leírása:

A légutak leszívását fokozott légúti váladék képződéssel járó, légzőszervi megbetegedések esetében, illetve fekvő, elesett ellátott állapota teszi indokolttá.

Előkészítés:

A légutak szájon át történő leszívásának előkészítése:

A tevékenység elmagyarázása az ellátottnak, annak tudatállapotát figyelembe véve. Megfelelő testhelyzet kialakítása.

Eszközök előkészítése: hordozható szívókészülék, fiziológiás sóoldat, steril szívó katéter, védőkendő, steril kesztyű, ledobó tál.

Személyi feltétel: megfelelő egészségügyi végzettséggel rendelkező ápoló, ill. a betanított gondozó.

Kivitelezés:

Légutak szájon át történő leszívásának menete:

- Fertőtlenítő kézmosás, gumikesztyű felvétele.
- Tegyük az ellátott álla alá védőkendőt.
- Csatlakoztassuk a szívó katétert a szívógép összekötőcsövéhez és kapcsoljuk be a szívót.
- Vezessük be szájon keresztül a szívó katétert az ellátott garatjába oly módon, hogy szívás nélkül a fogíny mentén haladjon befelé.
- Gyors mozdulatokkal forgassuk körbe a szívó katétert az egyén szájában, és szívjuk ki a váladékot.
- Szívás közben bíztassuk az egyént köhögésre.
- Mossuk át a szívó katétert vízzel, amíg tiszta nem lesz.
- Kapcsoljuk ki a szívókészüléket, és dobjuk a ledobóba a szívó katétert.
- A beavatkozást követően fertőtleníteni kell a készüléket, szívócsövet és a belső tartályt neomagnolos vízzel, a külső burkolatot - felületfertőtlenítővel.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Naponta többször, váladékképződés függvényében kell a leszívást végezni. Beavatkozás közben bízattni kell az ellátottat a váladék felköhögésére is, hogy a mélyebben pangó léguti váladékot le lehessen szívni. Fokozottan ügyelni kell a nyálkahártya épségére, hogy a beavatkozás ne okozzon sérülést, vérzést.

További szempontok: Megfelelő szívóerősség beállítása. Higiénés szabályok betartása.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó az eseménynaplóban és az ápolási lapon dokumentálja a műszakban történt léguti váladék leszívásának tényét.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló a beavatkozás során folyamatosan ellenőrzi a helyes eszközhasználatot és annak tisztán tartását.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: vezető ápoló, szakápolási tevékenységet végző ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felel a légutak leszívásához szükséges személyi- és tárgyi feltételek biztosításáért és a protokollban foglaltak betartásáért.
- Az ápoló-gondozó felel a légutak leszívásának megtörténtéért, az eszköz tisztán tartásáért és a megfelelő dokumentálásért.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Inhalálás	ÁP 03-08	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-08 Inhalálás

- Cél:** A gyógyszert közvetlenül a hörgőkbe, a tüdőbe juttassuk. Az ellátott panaszainak enyhítése, az életminőség és a tüdőfunkció javítása, romlásának megállítása, illetve lassítása a tünetek megelőzése, váladékkoldás, légut-tisztítás, hörgőtágítás, rohamoldás.
- Alkalmazási terület:**
Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei
Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)
- Hivatkozások:**
20/1996. NM rendelet,
Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),
Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)
- A folyamat leírása:**
Különböző légúti megbetegedések (asthma, bronchiale, emphysema, pulmonum, acut-krónikus bronchitis) teszi szükségessé az inhalációs terápia alkalmazását.
Inhalációs terápia: Belégző készülék, elektromos árammal működő kompresszoros vagy ultrahangos készülék segítségével, hatóanyagot tartalmazó oldat, aerosol formájában az ellátott szervezetébe való juttatása.
Belégző készülékek csoportjai:
- hajtógázos adagolók (spray),
- porbelégző készülékek (turbohaler, discus),
- aerosol készülékek.
Hajtógáz adagoló használatának a menete:
- Azonosítsuk a lakót és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Le vesszük a védőkupakot és felrázzuk a készüléket.
- Felszólítjuk az ellátottat, hogy hosszan fújja ki a levegőt.
- Az ellátott fejét kissé hátra hajtva vegye szájába a készülék szájrésztét és szorítsa rá ajkait.
- Felszólítjuk az ellátottat, hogy lassan, egyenletesen (nem kapkodva) szívja tele tüdejét levegővel olyan mélyen, ahogyan csak bírja.
- A belégzés kezdetén nyomja meg a tartályt.
- Az ellátott belégzés után lassan tízig számolva tartsa vissza a levegőt, hogy a gyógyszer leülepedjen a tüdőben.
Ha két belégzés szükséges, hagyjunk köztük legalább 1 perc szünetet.
Porbelégző készülék használatának a menete:
A porbelégző készülékkel bevitt gyógyszereket az adagolás módja szerint 3 csoportba sorolhatjuk:
- porkapszula /Spiriva/,

- diskhaler /Serevent, Seretide/,
- turbuhaler /Pulmicort.

Porkapszula használata:

- Azonosítjuk a lakót és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Helyezzük a kapszulát a készülékbe.
- Vegye a beteg a szájához a készülék szájrészt, gyorsan és mélyen szívja be a levegőt.
- A kapszula tartalmát 3-4 szívással szívja ki.
- Soha ne fújjon bele a készülékbe.

Diskhaler használata:

- Azonosítjuk a lakót és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Ellenőrizzük az eszköz adagkijelzőjén a gyógyszeradagot.
- A discust vízszintes helyzetben tartjuk.
- Kinyitjuk a discust, elfordítjuk az adagolót ütközésig (kattanásig).
- Felszólítjuk a gondozottat, hogy hosszan fújja ki a levegőt.
- Az ellátott helyezze a szájrészt ajkai közé, gyorsan és mélyen szívja be a levegőt a készüléken át és nem az orrán keresztül.
- Az ellátott a belégzés után lassan tízig számolva tartsa vissza a levegőt, hogy a gyógyszer leülepedjen a tüdőben, majd lassan lélegezzen ki.
- Lassú szíváskor a gyógyszer egy része a szájüregben és a garatban letapad, és keserű ízt, torokkaparást, köhögést okozhat.

Turbuhaler használata:

A turbuhaler semmiféle vivő anyagot nem tartalmaz, sem mellékízt, sem szagot nem lehet érezni. A hatóanyagot a belégzés által keltett légáramlás juttatja a tüdőbe, ezért a lakót meg kell tanítani a készülék szájrészen történő erőteljes és mély belégzés módszerére.

- Azonosítjuk a lakót és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját.
- Vegyük le a védőkupakot.
- A készüléket függőleges helyzetben tartva az alul lévő töltőcsavart oda-vissza pattanásig fordítsuk el.
- A levegő kifújása után a készüléket vegye a szájába, erőteljesen és mélyen szívja be a levegőt.
- 10 másodpercig tartsa vissza a levegőt.
- Vegye ki az eszközt a szájából, majd nyugodtan fújja ki a levegőt.
- Soha nem szabad a turbuhalerbe belefújni.
- Használat után visszahelyezzük a védőkupakot.

Szteroidos készítmények használata után mindig öblítsük ki a gondozott száját!

Aerosol terápia: Elektromos árammal működő kompresszoros vagy ultrahangos készülék segítségével a hatóanyagot tartalmazó oldat aerosol formájában a beteg szervezetébe juttatása.

Előkészítés:

Az inhalációs terápia előtti szakápolói teendők: Az ellátottat tájékoztassuk az ápolói kompetenciának megfelelően az inhalációs terápiáról. Hívja fel a figyelmet a biztonsági előírásokra, szabályokra. Amennyiben az ellátott önálló, tanítsa meg a biztonságos és hatékony inhalációs technikára.

Kivitelezés:

Készítsük elő a szükséges eszközöket. Azonosítsuk a gondozottat és az elrendelt gyógyszer nevét, dózisát, az inhalációk számát és az alkalmazások időpontját. Ellenőrizzük az aerosol készülék állapotát.

Az ellátott tájékoztatása a kezeléstről. Kézfertőtlenítést végzünk. Az ellátottat nyugalomba helyezzük (kényelmes ülőhelyzet). Előkészítjük az előírt inhaláló oldatot. Az elkészített oldatot a gyógyszeradagoló egységbe töltjük. Csatlakoztassuk a készüléket az áramforráshoz. Az indító gombbal kapcsoljuk be a készüléket. Helyezzük az ellátott szájához az inhaláló csutorát vagy a

szájmaszkat. Az elláttal megfelelő inhalációs technikát alkalmazzon, melynek lényege, hogy a lassú, egyenletes belégzést rövid légzésszünet kövesse. Használat után tisztítsuk, fertőtlenítsük az eszközt. Dokumentáljuk a tevékenységet.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A feladatvégzés gyakorisága: Az inhalációs terápia gyakoriságát szakorvos határozza meg, ennek alapján kell a feladatot elvégezni. Fokozottan kell ügyelni arra, hogy a megfelelő szert, megfelelő mennyiségben és módon juttassuk a beteg szervezetébe. Amennyiben lehetséges, a helyes használat megtanítása az elláttal.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó rögzíti az elvégzett inhalációs tevékenységet az eseménynaplóban ill. az ápolási lapon. A gyógyszernyilvántartó lapon dokumentálja az orvos által előírt gyógyszereket és az esetleges módosításokat.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló alkalmanként ellenőrzi az inhalációs terápia helyes alkalmazását.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: vezető ápoló, szakápolási tevékenységet végző ápoló-gondozó, gyógyszerelést végző gondozó.

- A vezető ápoló felelős az orvos által előírt terápia betartásáért.
- Az ápoló-gondozó felelős az inhalációs terápia végrehajtásáért és dokumentálásáért.
- A gyógyszerelést végző gondozó beszerzi a terápiához szükséges gyógyszereket.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Oxigénterápia		ÁP 03-09
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-09 Oxigénterápia

- Cél:** A normális oxigenizáció fenntartása. A vér oxigéntartalmának jelentős, hirtelen vagy tartós csökkenése esetén javasolt az oxigénterápia elkezdése. Túl sok oxigén alkalmazása is káros lehet, mert egyrészt csökkenti a légzőközpont működését, és ezzel elősegítheti a széndioxid felszaporodását a vérben, amely fejfájáshoz és aluszékonyághoz vezethet. A gyógyszeres kezelésnek és a légzés rehabilitációnak a legfontosabb célja:
 - a tüdőfunkció romlásának lassítása,
 - a betegség tüneteinek enyhítése vagy megszüntetése,
 - a fizikai terhelhetőség és ezáltal, az életminőség javítása.

- Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

- Hivatkozások:**

20/1996. NM rendelet, Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai

(Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

- A folyamat leírása:**

Elégtelen légszere, légzőfelület csökkenésével járó állapotok, keringési elégtelenség (pl. bal szívfél-elégtelenség, anémia, COPD) esetén szükséges oxigénterápia alkalmazása.

Oxigénbevétel módjai:

Orrszondán/orrkanülön keresztül: az oxigénáramlási sebesség percenként kb.1-2 liter/ perc, maximum 3 liter/perc (orvosi utasítás szerint).

Az orrszonda/orrkanül egyszerhasználatos műanyag tubus, melynek két kivezető csövét egyszerre helyezhetjük az ellátott ornyílásába és szárát szemüveg módjára az ellátott fülére akaszthatjuk. Nagyon egyszerűen és könnyen kezelhető eszköz, az ellátottnak nem kellemetlen a használata. Táplálkozás, köpetürítés közben is folyamatos oxigénellátást biztosít. Ma ez a legelterjedtebb módszer.

Orrmaszk használata során: az oxigénáramlási sebesség esetén 6-8 liter/perc.

Az oxigénmaszk a gondozott ornyergére és szájára jól illeszkedő plasztik arcmaszk, melyet gumiszalaggal rögzíthetünk a fején.

Oxigénkezelés alatti megfigyelés:

1. légzés
2. pulzus
3. viselkedés, tudatállapot
4. arcszín
5. pulsoxyméter (SpO₂: 94 % - akut oxigén hiány esetén, SpO₂: 90 % alatti - krónikus oxigén hiány esetén, O₂ adás indokolt)

COPD: Egy progresszív, a jelen ismeretek szerint visszafordíthatatlan betegség. A COPD-s betegnél/gondozottnál szükség esetén napi 15-24 órán át adható az oxigén, de 3 órán túl ne legyen oxigén nélkül a tartós kezelésre szoruló.

Előkészítés:

Személyi feltételek: megfelelő egészségügyi végzettségű szakápoló, betanított gondozó.

Eszközök: oxigénpalack, áramlásmérő szabályzó, nyomáscsökkentő, párasító tartály, desztillált víz, arcmaszk légszállító csővel vagy orrkanül.

A beteg pszichés előkészítése:

- Az ellátottat tájékoztatjuk az ápolói kompetenciának megfelelően az oxigénterápiáról (az oxigénterápia szükségessége, a kezelés menetének ismertetése, kérjük a gondozott együttműködését).

- Hívja fel a figyelmet a biztonsági előírásokra, szabályokra.

- Külön térjen ki a dohányzási tilalomra.

- Amennyiben az ellátott önálló, tanítsa meg a biztonságos és hatékony oxigénkezelés részleteire.

- Mutassa meg, hogy szükség esetén hol van a legközelebbi tűzoltó készülék.

Fizikális előkészítése:

- Az ellátottat az ágyban kényelmes, félig ülő testhelyzetben kell elhelyezni.

Környezet előkészítése:

- Az ápoló-gondozó feladata, hogy az ellátott és a szoba, osztály biztonsága érdekében ellenőrizze a helyiségben található elektromos berendezések épségét, földelését, és elmagyarázza az oxigénterápia veszélyeit.

Kivitelezés:

Oxigénkezelés menete:

1. Az ellátott azonosítása.
2. Higiénés kézmosás.
3. Kösse össze az orrkanült a megfelelő áramlásértékre beállított, párasított oxigén vezetékével.
4. Helyezze a kanül két kivezető csövét az ellátott orrlyukaiba!
5. Tegye a kanül szárát a beteg fülére, és a fején lazán állítsa be!
6. Ellenőrizze folyamatosan az ellátottat és a kanül helyzetét!
7. Ellenőrizze az oxigénáramlás sebességét és orvosi utasítás szerint korrigálja!
8. Tartsa mindig feltöltve a párasítót, mert ez megakadályozza az orr-garat nyálkahártyájának túlzott kiszáradását!
9. Figyelje az ellátott orrnyílásait és mindkét fülét, nem alakul-e ki decubitus!

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

Munkavédelmi szabályok:

1. Nyílt láng alkalmazása tilos!
2. Ellenőrizni kell, hogy az elektromos berendezések megfelelően szigeteltek, földeltek!
3. Zsíros, olajos kézzel nem nyúlunk a palackhoz!
4. Az oxigénpalackot megfelelően rögzíteni kell, nehogy felboruljon!
5. Reduktort minden esetben használni kell!
6. Nem szabad műanyag ágyneműt alkalmazni, mert statikus elektromosság halmozódhat fel a súrlódásakor!

Ápolásbiztonsági szabályok:

1. Terápia előtt ellenőrizni kell az oxigén nyomását.
2. Orr katéter alkalmazása esetén 24 óránként cserélni kell a katétert.
3. Az oxigént párasítón keresztül juttatjuk a szervezetbe.
4. Az orr katétert biztonságosan rögzítjük az ellátott fején.
5. A bevitt oxigén mennyiségét az orvos határozza meg, szakápoló állítja be.

Dokumentálás:

Az ápoló-gondozó az ápolási lapon, eseménynaplóban és a gondozási tervben rögzíti az orvos által előírt oxigénterápia alkalmazását.

Egyedi esetek kezelése:

Jelenleg a Sóstói Szivárvány Idősek Otthona Pavilon I. emeleten 1 db oxigénpalack orrmaszkkal ellátva áll rendelkezésre az ellátottak részére, akután fellépő légzési elégtelenség rendezésére, az orvosi segítség megérkezéséig.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló naponta ellenőrzi az oxigénterápia betartását, dokumentálását.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős: vezető ápoló, szakápolást végző ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős az oxigénterápiához szükséges tárgyi eszköz biztosításáért és a protokollban előírtak végrehajtásáért.
- Az ápoló-gondozó felelősséggel tartozik a rábizott oxigénterápia elvégzéséért és a folyamat dokumentálásáért.
- A intézményi orvos/háziorvos a szakorvosi javaslattal rendelkező ellátottnak receptet biztosít.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Tartós fájdalomcsillapítás		ÁP 03-10
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-10 Tartós fájdalomcsillapítás

1. Cél: A krónikus fájdalom csillapítása. Nem várunk a fájdalom kialakulására, hanem a megfelelő időben adunk fájdalomcsillapítót. Ezáltal javítható az ellátott közérzete, életminősége, önellátó képessége. A WHO útmutatása alapján lépcsőzetesnek kell lennie. Ahhoz, hogy elérjük az elviselhető fájdalom szintet, kombinálni is lehet a fájdalomcsillapítókat. Lényeges, hogy tolerálható mellékhatása legyen.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

20/1996. (VII.26.) NM rendelet,

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai (Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry Medicina, Budapest, 1996)

4. A folyamat leírása:

Minden olyan meglévő, krónikus megbetegedés, állapot, mely tartós fájdalommal jár (pl. mozgásszervi, daganatos, idegi eredetű) szükségessé teszi a tartós fájdalom csillapítását. A fájdalmat akkor tekintjük krónikusnak, ha több mint 6 hónapja vagy a normális szöveti gyógyulásnál hosszabb ideje folyamatosan tart. A fájdalomcsillapítás az orvos és az ápoló-gondozó legalapvetőbb kötelezettsége. A fájdalom akár akut, akár krónikus mindig szubjektív, egyedi. Nem tudjuk műszerekkel mérni intenzitását. A fájdalom mértékének meghatározásában mindig a betegre/ellátottra hagyatkozunk. A fájdalomnak mindig van szomatikus, pszichés, mentális, szociális, spirituális összetevője. A fájdalomcsillapítás során ezt mindig tudni kell, és a nehezen befolyásolható fájdalom esetén különösen, ezt is számításba kell venni. A krónikus fájdalomnál mindig van személyiségváltozás, viszont zömében nem látható szorongás, szenvedés, vegetatív tünetek, és a beteg/ellátott nem panaszkodik. Viszont gyakran láthatók olyan jelek, amik nem elsősorban a fájdalom jellemzői, mint agresszivitás, nyugtalanság, étvágytalanság, melyek utalhatnak krónikus fájdalomra.

A fájdalom típusai:

Szomatikus: jól körülhatárolt fájdalom. ilyenek a csont, izomfájdalmak.

Viscerális: rosszul lokalizált, távolra sugárzik, ilyenek a belső szervek fájdalmai (vastagbél, hashártya).

Neuropathias fájdalom: Az idegek nyomásából eredő fájdalom, ilyen a patológiás csigolyatörésből eredő fájdalom, amikor nyomódnak a kilépő gyökök, vagy a tumor növekedése során nyomja a szerveket beidegző gangliont.

Áttöréses fájdalom: A krónikus fájdalomnak hirtelen felerősödése viszonylag rövid időre.

Krónikus fájdalom csillapítók:

a.) Non-steroid fájdalomcsillapítók: Cataflan, aflamin, feldene, diclofenac, algoflex, aspirin, ibuprofen, movalis. Egy részük recept nélkül is kapható. Nem kombinálhatók, mivel fájdalomcsillapító hatásuk nem növekszik, csak mellékhatásaik. Leggyakoribb mellékhatásuk a gastrointestinalis rendszer irritációja lehet. Ennek két súlyos formája a perforatio, illetve a gastrointestinalis vérzés. Enyhébb mellékhatások gyomor illetve nyelőcsőégés. Ezek megfelelő étkeztetéssel, illetve gyomorvédő gyógyszerekkel kiküszöbölhetők.

b) Gyenge opiátok: Contramal, tramadol. Leggyakoribb mellékhatásuk: székrekedés, hányinger. Ezt a tápcsatorna mozgását serkentő gyógyszerekkel illetve megfelelő étkeztetéssel rendezhetjük.

c) Opiátok: Morfium, dolargan, fentanyl tapasz.

Mellékhatások között leggyakrabban a hányinger, hányás illetve az obstipáció szerepelnek. Mindkettő étkezéssel, a hányinger hányáscsillapítókkal, illetve gyógyszerelváltással, a székrekedés ozmotikus laxatívumokkal befolyásolható. Okozhatnak hólyag spasmust, így vizelet retenciót, ennek megoldása a katéterezés. A retteget légzésdepressziót a fájdalom antagonizálja.

Krónikus fájdalomcsillapítás fokozatai:

1. lépcső: gyógyszeresen non-steroid, Algopyrin, Paracetamol, +++ fizioterápia++++ Adjuváns szerek, amit orvos ír elő. (Ilyenek lehetnek antidepresszánsok, steroidok, izomrelaxánsok, anticonvulsív szerek)

2. lépcső: (ha a fájdalom továbbra is fennáll) gyenge opiátok++++ első lépcső

3. lépcső: (ha még van fájdalom) erős opiátok++++ első lépcső

A fájdalomcsillapítás elrendelése orvosi feladat, fájdalomcsillapító beadása, a fájdalomcsillapítás minőségének értékelése, a fájdalomcsillapítás lehetőségének ismerete, a mellékhatások ismerete szakápolói feladat.

Előkészítés:

Az előírt fájdalomcsillapító gyógyszer előkészítése.

Kivitelezés:

Szakápolói kompetenciák:

- Ismerni kell az ellátott betegségét.
- Ismerni kell a gyógyszereket.
- Ismerni kell a gyógyszerek adagolását időben, dózisban, és kombinációban is.
- Észre kell venni és dokumentálni a fájdalmat, intenzitását.
- Ismerni kell a fájdalomra utaló egyéb tüneteket.
- Törekedni kell a fájdalom kontrollra.
- Észlelni és dokumentálni kell a gyógyszer mellékhatásokat.
- Ismerni és alkalmazni kell a mellékhatások kezelését.
- Tartani kell az orvossal a kapcsolatot és tájékoztatni kell a beteg/ellátott fájdalomszintjéről, illetve a mellékhatásokról.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A fájdalommérésre alkalmazott módszerek:

Visual Analóg Skála (VAS):

A VAS esetében megkérjük az ellátottakat, hogy egy 10 cm-es szakaszon, ahol a szakasz kezdőpontja az "egyáltalán nem fáj", végpontja pedig a "tűrhetetlen fájdalom", jelöljék be fájdalmuk erősségét. Ezek a módszerek kizárólag a fájdalomcsillapítás hatásosságának mérésére használhatók, tehát az mérhető velük, hogy egy adott embernek mennyire hatásosan sikerült a fájdalmát csillapítani.

Numerikus skála:

A numerikus skálák esetében a beteg/ellátott osztályozza fájdalmát 0-tól 10-ig, ahol a 0 az "egyáltalán nem fáj", a 10 pedig a tűrhetetlen fájdalmat jelöli.

Arc skála:

Jellemzően csecsemőknél és kisgyermeknél, de felnőttek esetében is az arckifejezésből leolvashatjuk a fájdalom értékét. Megfigyeljük a fintort, fogak összeszorítását, homlokráncolást, ajak harapdálását.

Dokumentálás:

Az ápoló-gonozzó az ápolási lapon dokumentálja a gyógyszer beadásának tényét.

Egyedi esetek kezelése:

Fokozódó fájdalom esetén intézményi orvos/háziorvos dönt az alkalmazott terápia módosításáról, mely a dokumentációban rögzítésre kerül.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló naponta ellenőrzi a terápia megvalósulását és a megfelelő dokumentálást.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Státuszlap
- Egyéni gyógyszernyilvántartó lap

6. Felelős:

Vezető ápoló, szakápolási tevékenységet végző ápoló-gonozzó.

- A vezető ápoló felelősséggel tartozik a krónikus fájdalomcsillapítás végrehajtásáért.
- Az ápoló-gonozzó az orvos által előírt terápia alkalmazásáért, a beteg állapotának nyomon követéséért és a dokumentálásért felel.
- A fájdalomcsillapító nevét, adagját, a bevitel módját mindig orvos határozza meg.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	A fokozottan ellenőrzött kábító fájdalomcsillapító szerek tárolása, nyilvántartása	ÁP 03-11	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-11 A fokozottan ellenőrzött kábító fájdalomcsillapító szerek tárolása, nyilvántartása

1. Cél: A 43/2005.(X.15.)EüM rendeletben előírtak betartása.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

43/2005.(X.15.)EüM rendelet

4. A folyamat leírása:

Meghatározott mozgásszervi megbetegedések, ill. daganatos betegségek esetén válik szükségesé kábító fájdalomcsillapító szerek adása.

Kábító fájdalomcsillapító szerek meghatározása:

A szabályozás kábítószernek tekinti a mindenkor érvényes jogszabályi előírás által kábítószernek minősített anyagot.

Kábító fájdalomcsillapító szerek jelölése: # # (két üres keresztes)

Kábítószer felírása:

- A felírás szabályai a felíró orvosra vonatkoznak. Ez minden esetben lehetőleg az intézmény intézményi orvos/háziorvosa legyen. Amennyiben nem így van, a felíró orvosnak szükséges egyeztetni az intézet intézményi orvos/háziorvosával. A felügyeleti jogokat az intézet intézményi orvos/háziorvosa gyakorolja, mint az intézet kábítószer felelős orvosa.

- A felíráshoz szükséges dokumentáció az értesítő, illetve a kábítószer napló, mely az intézeti intézményi orvos/háziorvos vagy felíró orvos saját rendelőjében kerül tárolásra.

- A kábítószer receptet a felírástól számított 3 munkanapon belül ki kell váltani.

- A kábítószer felelőst az intézményvezető írásban bízta meg.

- Amennyiben a kábítószer nem kerül felhasználásra, azt kötelező visszaszolgáltatni a patikának, másik beteg azt nem használhatja fel.

- A patika azt visszaváltja, de a térítést nem fizeti vissza. A visszaváltásról a patika az R6-os számú nyomtatványt állítja ki 5 példányban. Ezen szerepel a visszaváltó neve, személyigazolvány száma. Ennek 2. példányát a gyógyszer visszacsorgó kapja. A nyomtatványon szerepelnie kell a visszavétel jelzésnek.

- A felíró orvosnak a kiváltásra gyógyszertárat kell kijelölni, ami lehetőleg az intézménnyel egyébként is kapcsolatban lévő patika legyen.

- Az intézménynek kábítószer felelős orvosának kell lenni, aki szintén az illető intézmény intézményi orvos/háziorvosa legyen.

- Ő évente ellenőrzi az intézetben a kábítószer tárolást, illetve a kábítószer nyilvántartó lapot.

- A kábítószerrel foglalkozó vezető ápolót az intézményvezető jelöli ki, aki a készítményekhez való hozzáférést rendjét meghatározza.

Előkészítés, kivitelezés:**Kábítószerek tárolása:**

Kábítószerek tárolása csak az erre a célra kijelölt helyiségben történhet, a többi gyógyszertől elkülönítve erős falú, biztonsági zárral ellátott rögzített fémszekrényben kell tárolni, melynek a kulcsa csak a kábítószer kezelésével megbízott személynél lehet. A kábítószerszekrényben tartandó minden az e szabályozás alá eső anyag, megrendelő lap és dokumentum.

Az átvett kábítószereket haladéktalanul be kell tárolni és nyilvántartásba kell venni.

Kábítószerek nyilvántartása: (kábitószer karton)

"Kábítószer kartonok" nyomdai úton előállított nyilvántartó lapok, amelyek a gyógyszertárba beérkező és expedált kábítószerek, anyagok nyilvántartására szolgálnak. A nyilvántartó lapok szigorú számadású nyomtatványok.

Kábítószerek osztályos tárolása:

A kábítószereket a felhasználó gondozási egységen zárt gyógyszeres szekrényben, rögzített páncélkazettában kell tartani. A felhasználó gondozási egység köteles a kábítószerek felvételéről és felhasználásáról naprakész nyilvántartást vezetni.

Feladatvégzés során felmerülő további szempontok:

A kábítószerekkel kapcsolatos minden visszaélést a törvény büntet. Ennek a büntetőjogi felelősségnek tudatában kell lennünk, amikor az intézményben fokozottan ellenőrzött szerek felhasználását, adminisztrációját végezzük.

Dokumentálás:

Az ellátott számára elrendelt kábítószert a státusz lapon a rendelő orvos tünteti fel és aláírásával hitelesíti. A beadás tényét az ápolási lapon rögzíteni kell, a beadást végző személy megnevezésével és aláírásával. A kábítószerekre vonatkozó összes dokumentumot az utolsó bejegyzéstől számított öt évig kell megőrizni.

Ellenőrzés:

Évente legalább egyszer történik, mely kiterjed a tárolásra és nyilvántartásra is.

Az ellenőrzés szempontjai:

Készletek, készletnyilvántartások egyezősége és naprakészsége, eltartás, dokumentáció vezetése, felhasználás visszakereshetősége.

5. Folyamat dokumentumai:

- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Státuszlap,
- Kábítószer nyilvántartó karton, selejtezési jegyzőkönyv

6. Felelős: Az intézményvezető által megbízott vezető ápoló, gyógyszerelést végző gondozó, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős a kábító fájdalomcsillapító szerek gondozási egységen történő megfelelő tárolásáért, dokumentálásáért, az ellenőrzés megszervezéséért.
- A gyógyszerelést végző gondozó felelős a recept kiváltásáért, megfelelő dokumentálásért és az adott gondozási egységre történő kiadásáért.
- Az ápoló-gondozó felelősége az ellátott részére a kábító fájdalomcsillapító biztosítása (tapasz felhelyezése) és dokumentálása.
- A intézményi orvos/háziorvos kompetenciája a kábító fájdalomcsillapító felírása.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	EKG készítés	ÁP 03-12	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-12 EKG készítés

1. Cél: A szív elektromos tevékenységének vizsgálata: az ingerképzési és ingerületvezetési zavarok felismerésére, a szív szervi megbetegedések specifikus és aspecifikus EKG jeleinek felismerésére.

2. Alkalmazási terület:

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. Hivatkozások:

Mindennapos betegápolás (Mary Elizabeth Milliken, Gene Campbell, Medicina, Budapest, 1998),

Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai(Patricia A. Potter, Anne Griffin PerryMedicina, Budapest, 1996)

4. A folyamat leírása:

Mellkasi fájdalom jelentkezése esetén, illetve szív- érrendszeri megbetegedések előfordulásakor válik szükségessé EKG készítése. A szívizom működése közben keletkező elektromos potenciálkülönbséget regisztráló módszer EKG (elektrokardiográf) segítségével. EKG segítségével vizsgálható még a szív ingerületvezetése és egyéb szívbetegségek kórismézése. Az Elektrokardiográfiai-vizsgálat alapvető kardiológiai vizsgálat, amely a szív elektromos tevékenységét vizsgálja. Az elektrokardiogram (EKG) a szív elektromos tevékenységének összegzését mutatja, különböző nézőpontokból. Az áram mozgását rekeszekre bontják, és minden egyes résznek alfabetikus elnevezést adnak. Minden szívverés egy impulzussal kezdődik, ami a szív ingerképző rendszeréből származik. A P-hullám a pitvarok aktivációját reprezentálja. Ezután az ingerület a szív alsóbb üregeibe (a kamrákba) vezetődik. A QRS- komplexum a kamrák aktivációját jelzi. A re polarizációt a T-hullám reprezentálja.

EKG-vizsgálat alkalmazása: Tájékoztatót nyújt: a szív ritmusáról, a ritmuszavarokról, ingerképzési és ingerületvezetési zavarokról, a szív üregeinek nyomás- és volumenterheléséről, a kamrák falának megvastagodásáról. Felvilágosítást nyújt továbbá: a coronáriák működéséről, a szívinfarktusról, a szívizom gyulladással megbetegedéseiről, elektrolit zavarokról, gyógyszerhatásokról.

EKG-elvezetések:

Mellkasi elvezetések jelölése: V1, V2, V3, V4, V5, V6. A mellkasi elektródokat a mellkasfal hat anatómiailag meghatározott pontjára helyezzük el az alábbiak szerint:

Elvezetési pontok, Betűjel, Színjel:

- IV bordaköz, sternum jobb széle: V1 – Piros
- IV bordaköz, sternum bal széle: V2 – Sárga
- A V2 és V4 felezőpontja: V3 – Zöld
- V. bordaköz, bal medioclavicularis vonal: V4 - Barna
- V. bordaköz, elülső hónaljvonal: V5 – Fekete
- V. bordaköz, középső hónaljvonal: V6 - Lila

Végtagi elvezetés:

Elvezetési pontok, Betűjel, Színjel:

- Jobb kar: R (Right) – Piros
- Bal kar: L (Left) – Sárga
- Bal láb: F (Foot) – Zöld
- Jobb láb: N (Neutral) - Fekete

Előkészítés:

Az EKG vizsgálat előtti ápolói feladatok:

1) A beteg/ellátott azonosítása

2) Beteg/ellátott előkészítése

a) Pszichés előkészítés: a beteget tájékoztatjuk az ápolói kompetenciának megfelelően a vizsgálatról (az EKG szükségessége, vizsgálat helye, ideje, a vizsgálat menetének ismertetése, a kért együttműködés megbeszélése).

b) Fizikális előkészítése: fent járó ellátott esetén az orvosi helyiségben, fekvő ellátottnál a lakó szobában kerül sor a vizsgálatra.

Megfelelő testhelyzet biztosítása (egyenesen a hátára fektessük az ellátottat, végtagjai nem érintkeznek semmivel, tegyük szabaddá a mellkasát, ha fullad, remeg, fázik, biztosítjuk a számára kényelmes helyzetet kényelmi eszközökkel).

Szükség esetén a férfi mellkasát le kell borotválni (beteg beleegyezése szükséges).

3) Eszközök előkészítése:

a) EKG-készülék - működőképességét az alábbiak szerint ellenőrizni kell: Van-e a készülékben elég papír. Van-e a gépben kontaktanyag. Meg kell vizsgálni az elektródák épségét és rendezettségét. Helyezze áram alá a készüléket, amennyiben működik, ki lehet kapcsolni a készüléket. Milyen papírsebesség van beállítva (25 mm/sec). Mekkora a hitelesítés (10 mm).

b) Tálcára kell készíteni: alkoholt, papírtörülőt, szőrtelenítéshez egyszerhasználatos borotva szettet.

c) Vizsgálóhelyiség: Biztosítani a vizsgálati helyiség megfelelő hőmérsékletét (ablakok becsukása).

Kivitelezés:

A beteg/ellátott azonosítása. A beteg/ellátott megfelelő fektetése.

Higiénés kézmosás. Tegye szabaddá a beteg/ellátott végtagjait és a mellkasát. Szükség esetén a mellkas szőrtelenítésének elvégzése.

Tegyen kontakt anyagot a végtagelvezetések helyére, majd helyezze fel az elektródákat mind a négy végtagra, a felső végtagon a hajlító felszínre, az alsó végtagon a belbokák felé eső részre.

Kapcsolja be a készüléket általában automata üzemmódban és kapcsolja be a filtert. Kérje meg a beteget/ellátottat, hogy néhány percre maradjon nyugodtan és lazán.

A felvétel elvégzése után kapcsolja ki a készüléket. Vegye le az ellátotról az elektródákat és tegye a helyére.

Papírtörülővel távolítsa el a kontaktanyag maradványait a gondozotról és az elektródákról.

Takarítsa le az elektródákat.

Az EKG-vizsgálat utáni ápolói teendők:

Beteg/ellátott: Helyezze a beteget/ellátottat nyugalomba.

EKG felvétel: Írja a felvételekre a beteg/ellátott adatait és a dátumot. Az EKG-felvételt adja át az orvosnak, amennyiben nem teheti, tekintse meg az EKG-t nincs-e rajta súlyos eltérés, nem túl lassú (fr 40/ min alatt) vagy nem túl gyors-e (frekvencia 100/min felett), illetve nincsenek e rajta kóros jelek. Tegyen rendet, takarítsa le az elektródákat és pótolja az elhasznált anyagokat, eszközöket. Meghibásodott készülék esetén gondoskodjon ennek jelzéséről, a javítás érdekében.

Dokumentálás:

A státuszlapon az intézményi orvos/háziorvos tesz bejegyzést az EKG kiértékeléséről, ill. további utasításokról. Az ápoló-gondozó az eseménynaplóban és az ápolási lapon rögzíti a beteg ellátott tüneteit, az orvos utasításait és az EKG megtörténtét. Továbbá a intézményi orvos/háziorvosi füzetben dokumentálja az orvos által javasolt további terápiát.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló ellenőrzi az EKG készítés protokoll szerinti végrehajtását.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló

6. Felelős:

Vezető ápoló, szakápolási tevékenységet végző ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló felelős az EKG készítés megvalósulásáért.
- Az ápoló-gondozó felelőssége a beteg ellátott előkészítése, EKG elkészítése.
- A intézményi orvos/háziorvos értékeli ki az EKG eredményét.

ÁPOLÁSI PROTOKOLL			
Ápolási protokoll neve:	Sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői	ÁP 03-13	
Kidolgozta:	vezető ápoló munkacsoport		
Jóváhagyta:	Vári Zoltán ápolási koordinátor		
Készült:	2019.04.01.	Érvényes:	2022.08.30.
Szervezeti hatálya:	Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei		

ÁP 03-13 Sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői

1. **Cél:** Életveszélyes, sürgősségi állapot azonnali felismerése, ellátása, szövődmények elkerülése.

2. **Alkalmazási terület:**

Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség ápoló-gondozó intézményei

Önálló kompetencia esetén (ÁP01)/orvosi utasításra (ÁP02)/külön -szakápolási- engedéllyel (ÁP03)

3. **Hivatkozások:**

Dr. Bokor Nándor: Általános ápolástan-gondozástan 2., Ekin Perry Potter: Ápolói beavatkozások és műveletek, Tulassai Zsolt: Belgyógyászat alapjai 1-2., Hunka Balázs-Kisiván Csaba: Elsősegélynyújtás kézikönyve 2018., ÁP 01-07 Általános betegmegfigyelés, ÁP 01-08 Kardinális állapot megfigyelése

4. **A folyamat leírása:**

Sürgősségi esetek meghatározása: „Az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában, a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.” A sürgős (akut) és a belgyógyászati balesetek sürgősségi ellátást igényelnek.

Újraélesztés, eszméletlen beteg ellátása:

Újraélesztés – reanimáció: a megszűnt vitális működések pótlása, a légzés és vérkeringés pótlása. Itt mindenekelőtt két kérdésre kell választ adnunk: a) kit reanimáljunk, b) meddig reanimáljunk.

Alapvető életjelenségek:

- Keringés - a pulzus a verőereken tapintható lüktetés, melyet a szív működése, összehúzódása és elernyedése eredményez. Élettani helyzetben egy felnőtt ember normál pulzusszáma percenként 60-80.
- Légzés az oxigén felvételét és a széndioxid leadását jelenti, hiszen oxigén nélkül a sejtek működése lehetetlen. Felnőtt ember nyugalmi helyzetben 14-16-szor vesz levegőt.

Klinikai halál: A légzés vagy keringés megszűnése után néhány percig a sejtek életképesek maradnak. Ugyanis testünk sejtjei 4-4,5 percig képesek kibírni oxigén és tápanyag nélkül. Amikor a testben leállt a légzés-keringés, a sejtek a véstartalékokat használják fel. Ebben az esetben még van remény az életfunkciók helyreállítására, amennyiben haladéktalanul megkezdjük az újraélesztést. Ez a néhány perces állapot a klinikai halál állapota.

Biológiai halál:

A biológiai halál beállása nem egyik pillanatról a másikra következik be, hanem, mintegy folyamat vége. A halál a légzés és keringés megszűnésével egy időben kezdődik el. A sejtek bizonyos ideig oxigén nélkül még életre kelthetők, visszafordítható az állapot. Ez a folyamat 4-4,5 percig tart. Ez idő eltelté után az egész szervezetre kiterjedő sejthalál esetén biológiai halál állapotába kerül a test. Az életműködések visszafordíthatatlanul megszűnnek.

A magyar jog szerint halálnak tekintendő: amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljesen megszűnt, melynek következménye a szervezet visszafordíthatatlan felbomlása.

A biológiai halál biztos jelei: hullafoltok, hullamerevség, a test bomlása, hullaszag, mumifikálódás, a test kiszáradása, az élettel összeegyeztethetetlen sérülések.

Újraélesztés folyamata:

- Amennyiben tehát találunk egy beteget, sérültet, aki nem tűnik eszméleténél lévőnek, az elsődleges teendő annak megállapítása, hogy biztonságos-e a környezet, nem áll-e fenn pl.: áramütés veszélye.
- Amennyiben biztonságosan megközelíthetem, megérinthetem a beteget, meg kell vizsgálni, hogy eszméleténél van-e.
- **Eszméletlenség vizsgálata:** Hangos megszólítás „mi történt?”, „segíthetek?” Vállakat óvatosan megrázzuk, közben figyeljük a beteg reakcióképességét, ha az illető nem eszméletlen, akkor válaszol a kérdéseinkre, külső ingerekre reagál, akaratlagos mozgást végez, szemét kinyitja. Ha semmilyen reakciója nincs a betegnek, **SEGÍTSÉGÉRT** kell kiabálni, mert ha tudunk segítséget hívni, nem kell magára hagynunk a beteget.
- **Légutak felszabadítása,** a beteget fordítsuk a hátára, ellenőrizzük a beteg szájüregét, de a beteg szájába akkor kell belenyúlni, ha szemmel látható, légzést akadályozó idegen anyag pl. hányadék van benne. Az eszméletvesztésből eredő légút elzáródását megszüntethetjük a fej enyhe hátrahajtásával, áll kiemelésével.
- **Életjelenségek vizsgálata: Szívverés:** A pulzus tapintásával történik, tapintjuk és érezzük a szív lüktetését az érfalon keresztül. **Légzés:** A beteg arca fölé hajolok, arcommal a beteg mellkasa felé tekintek, és 10 másodpercig figyelem a beteg légzését. Hármas érzékeléssel ellenőrizzük a légzést: a légző mozgások, mellkas emelkedésének figyelésével- „látom”, a légzés hangjának hallgatásával- „hallom”, a beteg által kifújott levegő érzékelésével - „érezem”. Ha 10 másodpercig vizsgáljuk, akkor az ideális légvételek száma: 2-3. A légzés normálisnak tekinthető, ha nem nagyon gyér, 10 mp alatt minimum két légzés van, nem erőlködő, nem hörgő, sípoló.
- Amennyiben a betegnek nincs kielégítő légzése a következő feladat a **MENTŐHÍVÁS!**
- Intézményeinkben lehetőség van félautomata defibrillátor alkalmazására. Használatáról az ápoló-gondozó munkatársak képzésben részesültek.
- A Sóstói Szivárvány Idősek Otthonában a pavilon I. emelet gondozási egységén Oxigénpalack is elérhető az elsősegélynyújtáshoz.

Előkészítés:

Életveszélyes, sürgősségi állapot észlelése esetén lehetőleg megfelelő egészségügyi végzettségű ápoló jelenléte indokolt. A tárgyi eszközök előkészítését az akut, életveszélyes állapot határozza meg (Sürgősségi táska, defibrillátor, oxigénpalack stb.).

Kivitelezés:

Újraélesztés megkezdése:

- 30 mellkasi kompresszió - térdelve helyezkedünk el a beteg mellett, válla magasságában, aki kemény alapon van fektetve,
- egyik kéztövünket helyezük a mellkas közepére, a szegycsont alsó felére úgy, hogy az ujjaink a beteg túloldala felé nézzenek,
- helyezzük a másik kezünk kéztövét a mellkason lévő kéztőre felülről, ujjainkat kulcsoljuk össze, de figyeljünk arra, hogy az összekulcsolt ujjakat eltartsuk a mellkastól,
- kinyújtott könyökkel végezzünk 30 kompressziót, melyet közben hangosan számoljunk,
- a mellkast legalább 5 cm-re nyomjuk le, de ne legyen több a lenyomás 6 cm-nél,
- a mellkast minden nyomás után teljesen föl kell engedni, nem tartható lenyomott állapotban a kompressziók között, de a kezünket nem emelhetjük fel a mellkasról,
- percenként legalább 100, de nem több mint 120 legyen a mellkasi kompressziók száma,
- 2 befúvás szájból szájba, vagy szájból orrba,
- amennyiben egyedül végzem az újraélesztést, kissé följebb térdelek a fej mellé, a fejet kissé hátraszegezem úgy, hogy egyik kezemmel a beteg homlokát, a másikkal az áll alatt fogom meg, hogy felszabadítsam a légutakat,
- a homlokán lévő kéz mutató és hüvelykujjával befogom a beteg orrát,
- hátraszegezett fejjel kinyitom a beteg száját, vegyünk lélegzetet,

- a szánkat illesszük szorosan a beteg szájához, hogy ne maradjon sehol rés, és fújjuk be a levegőt a betegbe,
 - a befúvás kb. 1 másodpercig tartson,
 - a befúvás után kissé megemeljük a fejünket, és a beteg mellkasa felé nézve figyeljük a mellkas süllyedését,
 - közben ismét vegyünk levegőt és ismételjük meg a befúvást még egyszer,
 - ezt követően gyorsan tegye vissza a mellkasra a kezét, és kezdje a 30 kompressziót,
 - a 30:2 arányban végzett mellkasi kompresszió: befúvásos lélegeztetést végezze folyamatosan mindaddig,
 - amíg nem észleli, hogy a beteg mozog, kinyitja a szemét, köhög,
 - a beteg légzése visszatér, amíg megérkezik a mentő,
 - amíg el nem fárad olyan mértékben, hogy az újraélesztés már hatástalan az ő részéről.
- Nemzetközi szinten a szájból - szájba történő lélegeztetés az ajánlott. Elfogadott azonban, a nálunk sokkal inkább elterjedt szájból - orrba történő befúvás is. Ebben az esetben: Az állat fenntartó kézzel tartjuk becsukva a száját, és szintén a hátraszegezett fejnél az orrba történjen a levegő befúvása.
- Amennyiben azt észleljük, hogy a betegnél a befúvás nem kivitelezhető, a mellkasi kompressziót mindenképpen végezze az elsősegélynyújtó.

Az újraélesztés kimenetele:

Hatásos: Ha a lélegeztetések során a mellkas emelkedik és süllyed a befúvás hatására, ha a mellkasi kompresszió hatására a centrális pulzus tapintható.

Eredményes: A beteg bőre színe normalizálódik, pupilla szűkül.

Sikeres: Az életjelenségek spontán visszatérése tapasztalható.

Mentőhívás: 112 telefonszámon.

- bemutatkozás, név, ki vagyok, honnan telefonálok,
- mi történt, esemény jellege, újraélesztést megkezdttük-e,
- hol történt, pontos helyszín, ismert épület, intézmény, ismertető a helyszínről,
- hogy könnyebb megközelíteni a helyszínt,
- milyen a sérült állapota, és milyen sérülések vannak, milyen állapotban van,
- hány sérült van, milyen sérülésekkel, hozzávetőleges állapot,
- vérzés, eszméletlen, beszél,
- veszélyes-e a helyszín,
- ha szükséges, kérjünk műszaki mentést pl. beszorult a sérült,
- hol várom a mentőt,
- minden kérdésre választ kell adni, amit a mentésirányító megkérdez.

Az eszméletlenség életveszélyes állapot, mert az izmok tónustalanná válnak, a nyelv hátraeshet, a sérült megfulladhat. A szájüregbe került idegen anyag a légutakba kerülhetnek, fulladást okozhatnak. A reflexek csökkennek, vagy teljesen megszűnnek, pl: köhögési reflex. A szájüregben felgyülemlt váladék - nyál, vér, hányadék, - nem tud távozni, tüdőbe kerülve fulladást okozhat.

Eszméletlenség tünetei: védekező reflexek hiánya, reakcióképtelen, a külső ingerekre, fájdalomingerre nem reagál, akaratlagos mozgása nincs, pupilla tág, fénymerv.

Esetleges sérülések kizárása megtekintéssel és tapintással: a koponyánál kezdjük, tapintsuk végig a tarkó tájékát, nyakat, majd óvatosan tapintsa végig a mellkast, ezután a has tájékán kell meggyőződni, hogy nincs e jelentős sérülés, a medence vizsgálatánál a csípőlapátokra helyezze két kezét, a combcsont mozgatása nélkül, tapintsuk végig a lábakat, így keresve az elváltozásokat az alsó végtagon. Ugyanígy végig kell tapintani a felső végtagokat is. Átjárható légutak biztosítása stabil oldalfektetéssel, amennyiben annak nem áll fenn kontraindikációja, ha nem lehetséges az oldalfektetés, akkor az ál kiemelésével biztosítjuk az átjárható légutakat. Hívjunk MENTŐT!

Stabil oldalfektetés: A stabil oldalfektetéssel elérhető a légutak szabadon tartása, a nyelv nem zárja el a légutat, az esetleges váladékok ki tudnak folyni a beteg száján, a beteg/gondozott nem

mozdul el, a légzése folyamatosan vizsgálható, szükség esetén újra könnyen hanyatt helyzetbe hozható.

Kivitelezés: Meggyőződés a légzés és keringés kielégítő voltáról. Vegye le a beteg/gondozott szemüvegét. Térdeljen le a hanyattfekvő személy mellé, és nyújtsa ki annak mindkét lábát. A beteg közelebb fekvő karját, könyökében derékszögben hajlítva, tenyere felfelé nézzen. A beteg túloldali karját a csuklóban megragadva húzza át a mellkas előtt és a saját, a beteg feje felőli kezének tenyerét a beteg tenyeréhez illesztve, annak kézháti részét szorítsa a beteg önhöz közelebb eső arcélének oldalához. A beteg fejét így folyamatosan támasztva annak lába felőli kezével, ragadja meg a túloldali alsó végtagját oly módon, hogy felülről-kívülről a térde alá nyúl, felhúzza azt, a talpára támasztja és egyazon mozdulattal határozottan önmaga felé gördíti a testét. A beteg ezzel a mozdulattal az oldalára fordul.

A beteg felül elhelyezkedő alsó végtagját hozza olyan helyzetbe, hogy a csípőben és térdben derékszögben való behajlítás stabilizálja a helyzetet. Hajtsa hátra a beteg fejét, biztosítva ezzel a légút szabadon maradását.

A beteg arcánál lévő kezét igazítsa úgy az arc alá, hogy az stabilizálja a fej pozícióját, ugyanakkor az arc kissé lefelé irányuljon, lehetővé téve ezáltal, hogy a szájüregből az ott esetlegesen megjelenő folyékony tartalom (nyál, hányadék) önmagától kifolyhasson. Ellenőrizze ismét, hogy továbbra is normálisan lélegzik-e a beteg? Amennyiben nem tapasztal normális légzést, fordítsa vissza a hátára és kezdje el az újraélesztés lépéseit. Amennyiben továbbra is normális az illető légzése, ebben a pozícióban rövid időre magára hagyhatja, de rendszeres időközönként (ha teheti, percnként) ellenőrizze újra légzését. Amennyiben már 30 percnél hosszabb időt töltött az áldozat ebben a pozícióban, megfontolandó a másik oldalára átfordítani, és ismét létrehozni a stabil oldalfekvő helyzetet, elkerülendő az alul lévő kar tartós összenyomatását.

Nem lehet a beteget stabil oldalfekvésbe helyezni (kizáró okok): borda, illetve szegycsonttörés, vagy annak gyanúja, nyílt hasi sérülés, nyílt mellkasi sérülés, medencetörés, combcsonttörés, gerincsérülés vagy annak gyanúja – erre kell gondolnunk magasból esés, gázolás, sekély vízbe ugrás esetén.

Angina pectoris és Akut Myocardiális Infarctus:

- **Angina pectoris meghatározása:** Az angina pectoris klinikai tünetegyüttes, melyet a szívizomzat (myocardium) vérellátási elégtelensége vált ki. Háttérben szinte mindig koszorúér szűkület áll. Tünete: Szegycsont (sternum) mögötti (retrosternális), rohamokban jelentkező szorító mellkasi fájdalom jellemzi, mely testmozgásra fokozódik. Teendő: pihenés és nyelv alá helyezett nitroglicerin tabletta hatására oldódik.
- **Akut Myocardiális Infarctus meghatározása:** A szívben található erek - ütőerek, végartériák elzáródása esetén elhalás, infarctus jön létre.

A szívinfarctus többnyire tipikus tünetekkel jelentkezik, tudnunk kell azonban, hogy az idős korra az atípusos megbetegedések a jellemzőek.

Típusos tünetek: fájdalom a mellkas közepén, a szegycsont fölött, mely szorító jellegű, nyomást érez a beteg a mellkasában, fájdalom, zsibbadás a bal karban, mely sugározhat a lapockába, nyakba, a betegnek nehézlégzése, fulladásérzése lehet, veritékezés, hányinger, sápadtság.

Ellátása: A beteget azonnal le kell fektetni, vagy félig ülő helyzetbe hozni, ne mozogjon, ne beszéljen. **AZONNALI MENTŐHÍVÁS!** Amennyiben a betegnél leállna a légzés, nincs pulzusa, azonnal meg kell kezdeni az újraélesztést!

Angina pectoris: Fájdalom a szegycsont fölött, kisugárzik a vállba, karba, lapocka alá, de kisugározhat az álba, gyomorszájba, hasba is. Maximum 20 percig tart. Fájdalom jellege: szorító, markoló, nyomó. Fájdalom kiváltója: legtöbbször fizikai megterhelés, stressz, de spontán is jelentkezhet. Teendő: pihenés, nyelv alatt alkalmazott Nitromint 0,5 mg stl., Nitromint spray.

Infarctus miocardii: Fájdalom a szegycsont fölött, kisugárzik a vállba, karba, lapocka alá, de kisugározhat az álba, gyomorszájba, hasba is. 20 percnél tovább is tarthat. A fájdalmat veritékezés, nehézlégzés is kísérheti. Hirtelen, különösebb ok nélkül jelentkezik, akár nyugalomban is. Pihenésre, nitrát tartalmú gyógyszerre sem szűnik a fájdalom.

Görcsrohammal járó állapotok tünetei, elsődleges ellátásuk:

Görcsös állapotok:

A görcsrohamok okai lehetnek traumás idegrendszeri sérülés, lázas állapot, mérgezés, tetáni, a hormonális megbetegedés, mellékpajzsmirigy alacsony hormon termelése, gyógyszerhatás, alkohol, drogelvonás, anyagcserezavar, epilepszia.

Az izmok rángása a legkülönbözőbb mértékű lehet, a görcsroham érintheti az egész testet, a féloldalt, csak a végtagokat, járhat kifeszüléssel és rángatózással is.

Görcsroham általános jellemzői: hirtelen kezdődik, az oxigénhiány jelei is megjelennek, cianózis, eszméletvesztés követi.

Görcsrohamok ellátása: a beteget óvjuk a sérüléstől, ne essen el, ne üsse meg magát, ruházatot oldjuk meg, szemüveget vegyük le, ne essünk pánikba a riasztó látvány ellenére, ha tudjuk, próbáljuk oldalra fordítani a fejét a félrenyelés elkerülése céljából, figyeljük a roham lezajlását, hogy jól tudjuk informálni az orvost, a roham után biztosítjuk a szabad légutakat, esetleges sérüléseket nézzük meg, lássuk el, a beteg zavart tudattal térhet magához, erre számítsunk, védjük magunkat! MENTŐHÍVÁS. Amennyiben: első alkalommal fordul elő, az ismeretlen eredetű görcsös állapot hátterét ki kell vizsgálni, így minden esetben kórházi ellátás szükséges, komolyabb sérülés érte a beteget, volt már előzőleg is, de ez elhúzódóbb, több görcsös roham követi egymást.

Epilepszia: Igen gyakori megbetegedés, mely görcsös rohamokkal jár. Az epilepszia krónikus központi idegrendszeri betegség. Alkalmi epilepsziás rohamok: Az agyat közvetlenül érő sérülések, károsodások (trauma, agyi műtét, stroke, meningitis, encephalitis) során fellépő epilepsziás rohamok, nem jelentenek önálló és tartós epilepsziás megbetegedést. Alapját az idegsejtek kórosan fokozott ingerlékenysége képezi.

Fő klinikai jellemzői az ismétlődő, rövidebb-hosszabb epilepsziás rohamok, amik általában spontán lépnek fel. Az agy bizonyos területeinek elektromos zavara következtében következik be roham. A neuronok ekkor a normális számú impulzus akár hatszorosát is generálhatják, 500 /másodperc.

Oka: még máig sem tisztázott teljes mértékben.

Hajlamosító tényezők: családi halmozódás, némi örökletesség, villogó fény, alkohol, drog, elégtelen alvás, minden agyat ért károsító hatás, pl. trauma, fertőzés, agydaganat. Nagy roham tünetei: sikolyszerű felkiáltás előzheti meg, a beteg elesik, teste először kifeszül, tónusos görcs, majd rángásszerű mozgás, klónusos görcs következik, cianózis, hörgő légzés, nyálcsurgás, szájából vér folyhat, elharapta a nyelvét, ajkát, vizeletét maga alá engedheti, szeme merev.

Teendő: Amennyiben először fordul elő, az előzőleg említett „görcsrohamok ellátása” alatt felsoroltak. Ha a beteg ismert epilepsziában szenved, a beteget óvjuk a sérüléstől, ne essen el, ne üsse meg magát, ruházatot oldjuk meg, szemüveget vegyük le, ha tudjuk, próbáljuk oldalra fordítani a félrenyelés elkerülése céljából, adjuk be neki a roham során, orvos által rendelt gyógyszert: Seduxen injekció im., Rivotril injekció im., Diazepam rectalis oldat. Figyeljük a roham lezajlását, majd részletesen dokumentáljuk, a roham után ha szükséges, biztosítjuk a szabad légutakat, esetleges sérüléseket nézzük meg, lássuk el.

Status epilepticus: Életveszélyes kór állapot, az agy tartós működészavara, folyamatosan ismétlődő epilepsziás rohamokban általában tónusos - klónusos rohamok. A rohamok között a tudat és a kontaktuskészség nem áll helyre. Sürgős intenzív ellátást igényel, lehetőleg neurológiai intenzív osztályon, epilepsziában jártas szakember bevonásával. Teendő: orvos által rendelt gyógyszer beadása (sz.e. rectálisan Diazephan), mentőhívás! Az epilepszia gyógyszeres kezelésének célja a rohamok elleni védelem, ezért elengedhetetlen az epilepsziás beteg terápia követése.

Akut agyi érkatasztrófa:

Stroke meghatározása: Stroke alakul ki akkor, amikor valamely agyterület vérellátása olyan mértékben leromlik, ami az ott levő sejtek egy részének pusztulásához vezet. Prognózis: Az erek rugalmas falának köszönhetően a vérnyomás egészséges embernél normál tartományban van. Minél szűkebbek, rugalmatlanabbak az erek, annál magasabb lesz a vérnyomás. A kezeletlen

magas vérnyomás sok esetben egy ideig nem okoz komoly panaszt a betegnél. Előfordulhat, hogy már a hypertónia korai szövődményeként, az érrendszer megreped, és különböző súlyosságú agyvérzés jelentkezhet. Késői szövődménye lehet a magas vérnyomásnak az érlemeszesedés fokozódása, melynek következménye agyi érelzáródás, trombózis. A stroke a halálokok között igen vezető helyen áll hazánkban is. 40-45 éves kor fölött egyre gyakoribb, főleg a férfiak körében.

Stroke: az agy átmeneti vagy végleges vérellátási zavara, az érintett agyterület károsodásával jár, főként az agyi ér elzáródása következik be, trombózis, embólia, kb. 20 %-nál áll fenn vérzés.

Tünetek: nagyon sokféle tünet jelentkezhet külön-külön, de együtt is, legtöbbször hirtelen alakulnak ki a tünetek, féloldali látászavar, látásvesztés, kettős látás, végtag gyengesége, zsibbadása, bénulása, beszédzavar, nem találja a szavakat, nem adekvát szavakat mond, érthetetlenül beszél, beszéde elkent, galuskás, arc fél oldalra húzódása, heves fejfájás, szemhéj, szájszél csüngése, kinyújtott nyelv ferdén áll, szédülés, hányinger, hányás, zavartság, görcsrohamok, eszméletlen állapot.

Teendő: A tünetek alapján a kórkép beazonosítása. A beteg nyugalomba helyezése, hanyatt fekvéssel, kissé megemelt fejjel, vagy félig ülőhelyzetet kell biztosítani. Vitális paraméterek ellenőrzése, RR mérés, (ha magas, ne csökkentsük, várjuk meg az orvost ezzel), vércukor érték ellenőrzése. **MENTŐHÍVÁS** akkor is, amennyiben a panaszok megszűntek. Hányás esetén aspiráció megelőzése. Eszméletlenség esetén stabil oldalfektetés, a beteg ép oldala legyen felül.

Idegentest félrenyelés (Aspiráció)

Meghatározás: Ételnek vagy testidegen anyagnak a légutakba kerülése. Az idegentest vagy a gégebemenetet zárja el, vagy a légcsőbe, hörgőkbe jutva okoz elzáródást. Normál esetben működésbe lép a köhögési reflex, és a légúti akadály távozik, de előfordulhat, hogy beszorul. Ilyen esetben azonnali, határozott beavatkozásra van szükség. A heves tünetek csillapulhatnak, amikor az idegentest beszorul valamelyik főhörgő bemenetébe. Ilyenkor az egyik tüdőfél már tud működni. Ha az idegentest lejjebb jut, az érintett tüdő egy része ismét működőképesé válik. Amikor ilyenkor jön az újabb veszély: a heves tünetek elmúltával az idegentest lezárja a tüdőrészt, amely légtelenné válik. Ez a légtelen terület azután befertőződik, és a helyén előbb-utóbb tüdőgyulladás, tüdőátályog alakul ki. Idősek körében a fuldoklás egyik oka a táplálék félrenyelése lehet, míg sajnos ennél gyakrabban fordulhat elő a demens emberek körében idegen anyag, szövetdarab, inkontinencia betét darabja miatti fuldoklás. A beteg életének megmentése az azonnali beazonosításon, a félrenyelés lehetőségének felismerésén múlhat.

Az ilyen fuldoklást nem téveszthetjük össze egyéb olyan betegséggel, pl. szívrohammal, mely szintén hirtelen légzési nehezítettséggel, cianózissal vagy eszméletvesztéssel járhat.

Enyhe légúti szűkület: Étkezés során léphet föl, az illető a nyakát foghatja. Beszédképes, erőteljes köhögés, lézégés.

Súlyos légúti szűkület/elzáródás: Étkezés során léphet föl, az illető a nyakát foghatja. Beszédképtelen, bólinthat. Erőtlen köhögés/köhögésképtelen Be-kilégzési zajok, **ESZMÉLETLENSÉG!**

Nagyon jelentős változás, az előző évek irányvonalaikhoz képest, hogy enyhe szűkület esetén, amikor a beteg erőteljesen képes a köhögésre, nem avatkozunk be, biztatjuk csupán a köhögésre, és nem hagyjuk magára. Folyamatosan ellenőrizzük őt, amíg megoldódik a szűkület, vagy súlyosbodik a helyzet (pl. erőtlenné válik a köhögés) és be kell avatkozni.

Teendők: Ha a tünetek alapján súlyos légúti szűkület feltételezhető, és a súlyosan fuldokló személy eszméleténél van, alkalmazzon 5 hátba csapást az alábbi technikával: Álljon az illető mellé és kissé mögé. Egyik tenyerével támassza meg a mellkasát és enyhén döntse előre, hogy a kimozduló akadály előreeshessen, legfeljebb ötször üsse tenyérrel erőteljesen hátba a lapockák között. Minden ütés után ellenőrizze, hogy megoldódott-e a szűkület és csak szükség esetén ismétlje meg a csapást. Ha az öt hátba csapás eredménytelen volt, alkalmazzon öt hasi lökést: Álljon a beteg mögé, annak törzsét döntse kissé előre és karolja át hasának felső részét. Szorítsa egyik kezét öklöbe, és helyezze az illető hasára, a köldök és a szegycsont közé. Másik kezével ragadja meg öklét és rántsa erőteljesen be- és felfelé a beteg hasába, egymás után maximum ötször

ismételje a hasi lökéseket. Ha az illető a beavatkozás ellenére eszméletlenné válna, óvatosan fektesse a földre, és azonnal gondoskodjon a mentők riasztásáról.

Asztmás roham

Asthma bronchiale meghatározása: Rohamokban jelentkező nehézlégzés, mely a kilégzés nehezítettségében nyilvánul meg, és allergia talaján alakul ki. Az asztmás roham oka: a hörgő izomzatának görcse, a hörgők nyálkahártyájának oedémája, a hörgőben termelődő szívós nyák.

Tünetek: hirtelen kialakuló kapkodó belégzés után elnyúló, hosszas kilégzés, a mellkas megtelik levegővel, pulzus szapora, cianózis, bőr sápadt, verejtékes, nyugtalanság, halálfélelem.

Teendő: Amennyiben első alkalommal fordul elő a betegnél: azonnali MENTŐHÍVÁS, félig ülő, ülő helyzet biztosítása, friss levegő biztosítása, ablak kinyitása, oxigén biztosítása, megnyugtatás. Ha már a beteg ismert asztmás betegségben szenved és kezelés alatt áll: félig ülő, ülő helyzet biztosítása, orvos által rendelt spray azonnali használata, általában Salbutamol, Bricanyl, ablak kinyitása, szellőztetés, megnyugtatás. A beteget ne hagyjuk magára, amennyiben rövid időn belül ismét fokozódik a nehézlégzés, vagy 3-4x befújás után sem javul a légzés, ORVOS értesítése!

Dokumentálás:

A műszakfelelős ápoló az eseménynaplóban, az ápolási lapon rögzíti az adott gondozottnál észlelt tüneteket, az akut, életveszélyes állapotot. Ha a tünetek gyakorivá válnak, intézményi orvos/háziorvosi konzultáció szükséges, ill. terápiamódosítás, melyet az orvos az egészségügyi státuszlapon rögzíti. Az ápoló-gondozó ennek tényét dokumentálja az orvosi/szakorvosi füzetben, ápolási lapon és szükség esetén a gondozási tervben. Mentő igénybevételét megelőzően személyi adatlap kinyomtatása vagy kitöltése (vezető ápoló, ápoló-gondozó, gyógyszerelést végző gondozó által) szükséges, melyet kísérő dokumentumként kell átadni a mentőszolgálat munkatársai részére.

Ellenőrzés:

A vezető ápoló életveszélyes, sürgősségi állapot észlelése esetén ellenőrzi a folyamatok előírások szerinti betartását, illetve közreműködik a definitív ellátásban.

5. Folyamat dokumentumai:

- Hatályos szakmai program
- Gondozási terv
- Ápolási lap
- Eseménynapló
- Intézményi általános egészségügyi státuszlap

6. Felelős: Vezető ápoló, ápoló-gondozó.

- A vezető ápoló, ápoló-gondozó felelősséggel tartozik a sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői protokollban foglalt feladatok magas szintű elvégzéséért.

Ssz:	Protokoll megnevezése	Száma:	Érvényes:
Ápolási protokollok			
1	Műszak átadás és átvétel	ÁP 01-01	2022.06.30.
2	Ápolási és gondozási dokumentáció vezetése	ÁP 01-02	2022.06.30.
3	Intézményi és gondozott textília kezelése	ÁP 01-03	2022.06.30.
4	Ágyazás és ágyhuzatcsere	ÁP 01-04	2022.06.30.
5	Gondozott azonosítása	ÁP 01-05	2022.06.30.
6	Higiénés kézfertőtlenítés	ÁP 01-06	2022.06.30.
7	Általános betegmegfigyelés	ÁP 01-07	2022.06.30.
8	Kardinális állapot (vérnyomás, pulzus, testhőmérséklet, légzés) megfigyelése	ÁP 01-08	2022.06.30.
9	Bőr és járulékos elemeinek tisztán tartása	ÁP 01-09	2022.06.30.
10	A gondozott táplálása és folyadékpótlása	ÁP 01-10	2022.06.30.
11	Inkontinens gondozott ápolása és segédeszköz cseréje	ÁP 01-11	2022.06.30.
12	Gondozott fektetése és mobilizálása	ÁP 01-12	2022.06.30.
13	Decubitus megelőzése	ÁP 01-13	2022.06.30.
14	Eszméletlen és haldokló ápolása	ÁP 01-14	2022.06.30.
15	Elhunyt ellátása és halottszállítás	ÁP 01-15	2022.06.30.
16	Kényelmi eszközök alkalmazása	ÁP 01-16	2022.06.30.
17	Hányás esetén teendők	ÁP 01-17	2022.06.30.
18	Gondozott felvétele és elbocsátása	ÁP 02-01	2022.06.30.
19	A fertőző betegek elkülönítése és ápolása	ÁP 02-02	2022.06.30.
20	Állati élősködők általi betegségek (tetű, rüh) kezelése és ápolás	ÁP 02-03	2022.06.30.
21	Korlátozó intézkedés gondozói teendői	ÁP 02-04	2022.06.30.
22	Gyógyszerelés	ÁP 02-05	2022.06.30.
23	Gyógyszerbeadás – enterális úton	ÁP 02-06	2022.06.30.
24	Gyógyszerbeadás – bőrön és nyálkahártyán keresztül (szem, orr, fül)	ÁP 02-07	2022.06.30.
25	Gyógyszerbeadás – bőr alá (s.c.) Gyógyszerbeadás izomba (i.m.)	ÁP 02-08	2022.06.30.
26	Lázcsillapítás (fizikális és gyógyszeres)	ÁP 02-09	2022.06.30.
27	Decubitus kezelése	ÁP 03-01	2022.06.30.
28	Vér és testváladék vétel	ÁP 03-02	2022.06.30.
29	Szondatáplálás	ÁP 03-03	2022.06.30.
30	Sztóma ápolása	ÁP 03-04	2022.06.30.
31	Állandó katéter cseréje és gondozása	ÁP 03-05	2022.06.30.
32	Gyógyászati segédeszközök alkalmazása	ÁP 03-06	2022.06.30.
33	Légutak leszívása	ÁP 03-07	2022.06.30.
34	Inhalálás	ÁP 03-08	2022.06.30.
35	Oxigénterápia	ÁP 03-09	2022.06.30.
36	Tartós fájdalomcsillapítás	ÁP 03-10	2022.06.30.
37	A fokozottan ellenőrzött kábító fájdalomcsillapító szerek tárolása, nyilvántartása	ÁP 03-11	2022.06.30.
38	EKG készítés	ÁP 03-12	2022.06.30.
39	Sürgősségi ellátás és újraélesztés teendői	ÁP 03-13	2022.06.30.