**ԵՐԿԱՐԱՏԵՎ ՊԱՌԿԱԾ ՀԻՎԱՆԴԻ ԲՈՒԺՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԵՐ**

**ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

Նախաբան 3

Հիվանդի խնամքին վերաբերող ընդհանուր դրույթներ 4

Մարմնի (մաշկային ծածկույթի) ընդհանուր խնամքը 6

Դեմքի խնամքը 9

Գլխի մազերի խնամքը 10

Եղունգների խնամքը 12

Ականջների խնամքը 13

Աչքերի խնամքը 14

Քթի խոռոչի խնամքը 15

Շեքի շրջանի խնամքը 17

Խնամքը փորկապության դեպքում 18

Պամպերսային խնամքը 21

Միզային կաթետրի և միզուկի արտաքին բացվածքի խնամքը 23

Էպիցիստոստոմայի խնամքը 24

Պառկելախոցերի խնամքը 25

Դիրքի փոփոխություն (շրջումներ) 30

Կոնտրակտուրաների կանխարգելումը (պասիվ շարժումներ) 34

Անկողնու սպիտակեղենի փոխումը 35

Բերանի խոռոչի խնամքը 37

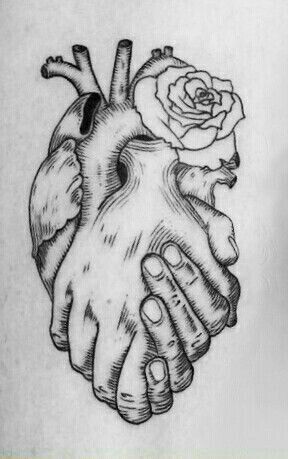
Տրախեոստոմիկ խողովակի և շրջակա մաշկի խնամքը 42

Գաստրոստոմայի խնամքը 46

Դեղամիջոցների զոնդային ներմուծումը, քթա-ստամոքսային խողովակի և շրջակա մաշկի խնամքը 47

Օգտագործված գրականություն 50

Վերջաբան 51

****

**ՆԱԽԱԲԱՆ**

*Հարգելի ընթերցող,*

*Սիրելի բուժքույրեր և գործընկերներ,*

*Ներկայացվող նյութը վերաբերում է անկողնային ռեժիմով պացիենտներին, ում անձնական հիգիենան ապահովելու գործում «ինքնասպասարկման» հնարավորությունը սահմանափակված կամ ընդհանրապես բացակայում է, և բավարար խնամքի իրականացումը մասամբ կամ ամբողջովին բուժանձնակազմի հոգածության խնդիրն է դառնում:*

*Նույնիսկ մի քանի օր անկողնային ռեժիմի պարտադիր պահպանման դեպքում արդեն անհրաժեշտ է համալիր հիգիենիկ միջոցառումներ իրականացնել, հնարավոր բազմաթիվ բարդությունները կանխելու նպատակով, որոնց հավանականությունն այնքան ավելի մեծ է, որքան ծանր է պացիենտի կլինիկական վիճակը և երկարատև հարկադրական և պարտադրված անկողնային ռեժիմը:*

*Առանձնահատուկ մոտեցումներ է պահանջում գիտակցության բացակայությամբ կամ ընկճումով, անշարժ կամ բժշկական ցուցումներով անշարժացված հիվանդների հետ կատարվող աշխատանքը: Այս հիվանդները, պատշաճ հիգիենիկ խնամքի թերի լինելու կամ բացակայության պարագայում, բազմապիսի բարդությունների հետևանքով կարող են կլինիկորեն վատթարանալ, իսկ երկրորդային պաթոլոգիաները՝ քողարկել այն հիմնական հիվանդությունը, ինչի կապակցությամբ պացիենտը դիմել էր բուժհիմնարկ: Ավաղ, նման դեպքեր, ճիշտ է խիստ հազվադեպ, եղել են նաև մեր Կենտրոնում: Եվ դա է դրդապատճառ հանդիսացել, որպեսզի ևս մեկ անգամ և լրջորեն անդրադարձ կատարվի հիվանդի խնամքի հետ կապված խնդիրներին, ավելի հստակորեն շեշտադրվի բուժական բոլոր միջամտությունների շարքում նաև տարրական խնամքի պատշաճ կերպով իրականացման կարևորությունը՝ բարդությունների (այդ թվում՝ ներհիվանդանոցային վարակի) կանխարգելման, ԻԹԲ-ում և ստացիոնարում գտնվելու ժամանակահատվածի կրճատման, բուժական ծախսերի նվազեցման, բուժման արդյունավետության բարձրացման և ելքի բարելավման նպատակով:*

*Վստահ ենք, որ սույն ձեռնարկը օգտակար կլինի ինչպես ավագ, միջին և կրտսեր բուժաշխատողերի, այնպես էլ հիվանդի խնամք իրականացնող յուրաքանչյուր անձի համար:*

*«Նորք-Մարաշ» Բժշկական Կենտրոնի տնօրեն Միքայել Ադամյան*

**ՀԻՎԱՆԴԻ ԽՆԱՄՔԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ**

1. Ճշտել և հաստատել պացիենտի ինքնությունը (նույնականացում):
2. Ներկայանալ հիվանդին (եթե գիտակցությունն առկա է) և նրա հարազատներին (եթե ներկա են):
3. Պացիենտին և/կամ հարազատին տեղեկացնել նախատեսվող միջամտության մասին և բացատրել նպատակը: Պետք է փորձել գիտակցություն ունեցող հիվանդներին համագործակից դարձնել իրականացվող գործողության կատարման ընթացքում: Նույնը վերաբերում է նաև նրա հարազատներին, ում ևս անհրաժեշտ է սովորեցնել հիվանդի խնամքի որոշակի տարրեր:
4. Անձնական հիգիենան ինքնուրույն իրականացնելու ընդունակ պացիենտներին պետք է հրահանգավորել և հարկ եղած դեպքում աջակցել, որպեսզի գործողությունները ճիշտ և արդյունավետ կատարվեն:
5. Անշարժ, անգիտակից, ֆիզիկապես անընդունակ և հոգեպես անկայուն ու ոչ ադեկվատ պացիենտների հիգիենայի ողջ համալիրի իրականացման գործում շատ կարևոր և գրեթե անփոխարինելի է բուժքրոջ դերը, հատկապես կլինիկական այն բաժանմունքներում, որտեղ հարազատների մուտքն արգելված կամ սահմանափակված է:
6. Ցանկացած միջամտություն կամ միջամտության բաղկացուցիչ պետք է իրականացնել միայն ցուցումներով և հակացուցումների բացակայության պարագայում: Վերջիններիս առկայության դեպքում անհրաժեշտ է տեղեկացնել բժշկին: Որոշ գործողություններ կարող են ոչ լրիվ ծավալով իրականացվել կամ ժամանակավորապես չկատարվել՝ ելնելով առկա պաթոլոգիայից, բուժական գործողություններից (մասնավորապես՝ վիրահատություններից), պացիենտի կլինիկական վիճակից, տեխնիկական հնարավորություններից:
7. Պահպանել բժշկական էթիկայի և դեոնտոլոգիայի կանոնները, ապահովել անձի արժանապատվությունը և անձնական տվյալների գաղտնիությունը: Հատուկ նրբանկատություն ցուցաբերել խոցելի հոգեվիճակով պացիենտների հանդեպ:
8. Միջամտությունների զգալի մասը պետք է իրականացվի շրջապատից մեկուսի պայմաններում (առանձնացված սենյակ, շարժական միջնորմների կիրառում):
9. Չմոռանալ և «խնայել» նաև մյուս պացիենտներին. նրանք չպետք է լսեն, տեսնեն, զգան, թե ինչ է կատարվում հարևան մահճակալին պառկած հիվանդի հետ, լինի դա տարրական հիգիենիկ խնամք, թե՝ բուժական կամ ախտորոշիչ բարդ գործողություն:
10. Միջամտություններն իրականացնել պացիենտի համար դյուրահարմար ջերմաստիճանային պայմաններում, զերծ օդային հոսանքից:
11. Պահպանել պացիենտի անվտանգությունը. բոլոր միջամտությունները պետք է ապահով լինեն, հատկապես անգիտակից և ոչ ադեկվատ պացիենտների մոտ, երբ հնարավոր չէ վերջիններիս կողմից անհարմարավետության կամ ցավի մասին որևէ գանգատ կամ օբյեկտիվ գնահատական լսել:
12. Պահպանել անձնական անվտանգությունը. անհատական պաշտպանիչ միջոցների կրում՝ ձեռնոց (պարտադիր), դիմակ (ըստ կարիքի), ակնոց (ըստ կարիքի), գոգնոց (ըստ կարիքի):
13. Առանձին շեշտադրման է արժանի տարբեր վնասումներից սեփական հենաշարժական համակարգի (ողնաշար, ոսկրեր, հոդեր, կապաններ, ջլեր, մկաններ) պաշտպանությունը:
14. Պահպանել աշխատանքային անվտանգության կանոնները՝ մահճակալների և այլ շարժական պարագաների արգելակների ակտիվացում, էլեկտրական սարքավորումների և էլեկտրական լարերի, խողովակների, գծերի և պացիենտի այլ միացումների անվտանգ կարգավիճակի ապահովում:
15. Պահպանել հիգիենայի, ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոնները. ձեռքերի լվացում հոսող ջրով և օճառով ինչպես միջամտությունից առաջ, այնպես էլ հետո, ձեռնոցի կրում (մի՛շտ), ախտահանիչների, ստերիլ վիրակապական նյութերի և գործիքների կիրառում (ըստ անհրաժեշտության):
16. Խնամքի ժամական, օրական կամ շաբաթական պլան մշակել և փորձել այն ամբողջովին իրականացնել (հավանաբար, այս նպատակի համար օգտակար կլինի առանձին «Խնամքի թերթիկի» ստեղծումը և կիրառումը):
17. Համապատասխան գրառում կատարել իրականացված միջամտության մասին (պարտադիր է բուժքույրական ցանկացած գործողության համար) պացիենտի ընթացիկ թերթիկում կամ խնամքի թերթիկում (առկայության դեպքում): Անհրաժեշտ է գրառում կատարել չիրականացված գործողության վերաբերյալ ևս՝ նշելով պատճառը: Պետք է նշում կատարել նաև ի հայտ եկած բարդությունների դեպքում:
18. Եթե կան հիգիենիկ խնամքը ողջ ծավալով իրականացնելու սահմանափակումներ (ելնելով պացիենտի կլինիկական կարգավիճակից), անհրաժեշտ է խորհրդակցել բժշկի հետ: Ընտրության տարբերակ կարող է լինել առավոտյան (օրվա սկզբին) բժշկի կողմից կատարվող հիվանդի նշանակումներում նաև խնամքին վերաբերող հիմնական կետերի մատնանշումը (խնամքի ծավալը, պարբերականությունը, սահմանափակումները և այլն):
19. Միջամտության ընթացքում խնդիր առաջանալիս անմիջապես դադարեցնել գործողությունը և տեղեկացնել բժշկին:
20. Չմոռանալ թիմային աշխատանքի կարևորության մասին. գործողությունների մի մասը միայնակ կատարել պարզապես անհնարին է, կամ խնամք իրականացնողի և պացիենտի համար ոչ անվտանգ:
21. Ձեռնարկում ներկայացված են ստացիոնարում գտնվող և անկողնային ռեժիմով (այսպես կոչված՝ «երկարատև պառկած») մեծահասակ պացիենտների խնամքին վերաբերող թեմաներ:
22. Չնայած «մեծահասակ պացիենտ» մատնանշմանը, շատ գործողություններ, որոշակիորեն ձևափոխելով, կարող են կիրառվել նաև մանուկների մոտ, անշուշտ, հաշվի առնելով տարիքային այդ խմբի ֆիզիկական, ֆիզիոլոգիական և հոգեբանական առանձնահատկությունները:

**ՄԱՐՄՆԻ (ՄԱՇԿԱՅԻՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹԻ) ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Անձնական հիգիենայի պահպանում, մաշկի մաքուր վիճակի ապահովում, վարակային բարդությունների կանխարգելում, մաշկի արյան շրջանառության բարելավում, հարմարավետության և մաքրության զգացողություն պացիենտի համար, հաճելի տեսք շրջապատող մարդկանց (բուժաշխատողեր, հարազատներ) համար: Առանձնահատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել մաշկային ծալքերին, անութափոսերին, մարմնի մեջքային մակերևույթին, վերին և ստորին վերջույթների միջմատնային շրջաններին: Պառկած հիվանդների մարմնի հիգիենան իրականացվում է անկողնու սահմաններում, սովորաբար տարբեր մարմնամասերի առանձին-առանձին խնամք կատարելով (ինչի վերաբերյալ մանրամասնորեն կխոսվի ստորև), այդ թվում՝ իրանի, վերջույթների, պարանոցի խոնավ սրբում/մաքրում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր՝ մեկ (որոշ փուլերում՝ երկու բուժքույր կամ բուժքույր և կրտսեր բուժաշխատող):

Թաս, 36-37°C ջերմաստիճանի ջրով՝ 5-10 լիտր ծավալով, մոմլաթե կտոր՝ 1 մետր x 1 մետր չափսի, թանզիֆե անձեռոցներ՝ բավարար քանակով, ոչ ստերիլ ձեռնոց՝ մի քանի զույգ, խավավոր գործվածքից թաթման կամ փափուկ սպունգ, օճառ՝ հեղուկ ձևը նախընտրելի է, խավավոր գործվածքից սրբիչ՝ 2 հատ: Օճառը պետք է օգտագործել չափավոր քանակով:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

Այստեղ կներկայացվի մարմնի հիգիենիկ խնամքն ընդհանուր սկզբունքներով, իսկ որոշ մարմնամասերին անդրադարձ կկատարվի հետագա շարադրանքում: Թաթմանի փոխարեն կարելի է փափուկ սպունգ օգտագործել (բնականաբար, մեկ պացիենտից հետո այն դեն նետել):

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել և ձեռնոցներ հագնել:
2. Նախապատրաստել 36-37°C ջերմաստիճանի ջրով տարողությունը (5-10 լիտր ծավալով), մոմլաթը, անձեռոցները, ձեռնոցները, օճառը, սպունգը կամ թաթմանը, սրբիչները:
3. Խավավոր թաթմանով կամ սպունգով (առանց օճառի) լվանալ պացիենտի մի աչքի կոպերը և թարթիչները ներսային անկյունից դեպի դրսայինը:

**ՆՇՈՒՄ**. նախ՝ համեմատաբար մաքուր աչքը լվանալ:

1. Խավավոր սրբիչով լավ չորացնել:
2. Թաթմանի կամ սպունգի մյուս կողմով լվանալ մյուս աչքի կոպերը և թարթիչները:
3. Խավավոր սրբիչով լավ չորացնել:
4. Խավավոր թաթմանով կամ սպունգով լվանալ ճակատը, քիթը, այտերը:
5. Խավավոր սրբիչով լավ չորացնել:
6. Օճառով լվանալ պարանոցը և ականջախեցիները (օճառը չափավոր օգտագործել):
7. Մաքրաջրել և լավ չորացնել:
8. Ծածկոցը (սավանը) հեռացնել պացիենտի մեկ ձեռքի վրայից, սրբիչը տեղադրել այդ վերջույթի տակ:
9. Խավավոր թաթմանով և օճառով լվանալ այդ ձեռքը և մաքրաջրել:
10. Լավ չորացնել հիվանդի նախաբազուկը, ուսը և անութափոսի շրջանը՝ օգտագործելով այդ ձեռքի տակ տեղադրված սրբիչը (գործողության ընթացքում ապահովել վերջույթի կայուն դիրքը հոդերի շրջանում, կտրուկ և կոպիտ շարժումներ չանել):
11. Ձեռքի դաստակը լվանալ թասի մեջ, նախապես վերջինիս տակ (անկողնու վրա), պացիենտի կողքին մոմլաթե լաթ փռելով:
12. Լվանալուց հետո թասը և մոմլաթը անկողնուց վերցնել:
13. Դաստակը լավ չորացնել և ծածկել:
14. Հիվանդի մյուս ձեռքը հանել ծածկոցի տակից և նույն հերթականությամբ այն լվանալ և չորացնել:
15. Ծածկոցը լայնակի գլանաձև փաթաթել՝ բացելով պացիենտի կուրծքը և որովայնը:
16. Լվանալ պացիենտի կուրծքը և որովայնը:
17. Մաքրաջրել և լավ չորացնել (կանանց մոտ զննել ստորկրծքագեղձային շրջանի մաշկը):
18. Սավանով ծածկել կուրծքը և որովայնը, իսկ ստորին վերջույթները բացել՝ ծածկոցը գլանաձև փաթաթելով դեպի վեր:
19. Սրբիչը տեղադրել (փռել) ստորին վերջույթներից մեկի տակ:
20. Խավավոր թաթմանով լվանալ ազդրը, ծունկը և սրունքը:
21. Մաքրաջրել, սրբիչով լավ չորացնել:
22. Սրբիչը հեռացնել վերջույթի տակից, ոտքը ծնկան հոդում ծալել, փռել մոմլաթը և ջրով թասը դնել վերջինիս վրա:
23. Ոտնաթաթն ընկղմել ջրի մեջ:
24. Լվանալ, մաքրաջրել և չորացնել ոտնաթաթը, հատուկ ուշադրություն դարձնելով մատերի միջև եղած մաշկին:
25. Հեռացնել թասը և մոմլաթը:
26. Լվանալ մյուս ստորին վերջույթը նույն հաջորդականությամբ:
27. Ծածկել պացիենտի ոտքերը, օգնել նրան կողքի շրջվել՝ մեջքով դեպի Ձեզ (եթե նա ընդունակ չէ ինքնուրույն այդ անել, ապա կողաշրջումն իրականացնել բուժանձնակազմի ուժերով):
28. Սրբիչը պացիենտի մեջքի և հետույքի երկարությամբ փռել սավանի վրա:
29. Լվանալ, մաքրաջրել և լավ չորացնել պացիենտի պարանոցը, մեջքը և հետույքը՝ ուշադիր զննելով մաշկը՝ վնասումների, պառկելախոցային փոփոխությունների հայտնաբերման նպատակով:
30. Անհրաժեշտության դեպքում կարելի է պացիենտին հակառակ կողքին շրջելով կատարել միևնույն գործողությունները:
31. Մոմլաթը փռել պացիենտի հետույքի տակ, վրան դնել բժշկական պետքանոթը («судно» - նախընտրելի է պլաստիկից և նուրբ կառուցվածք ունեցող) և նրան շրջել մեջքի վրա:
32. Փոխել թասի միջի ջուրը:

**ՆՇՈՒՄ**. եթե հիվանդն ի վիճակի է ինքնուրույն լվանալ շեքի շրջանը, առաջարկեք նրան անել այդ՝ թողնելով միայնակ: Հակառակ դեպքում պետք է օժանդակել նրան կամ ողջ գործողությունը կատարել սեփական ուժերով:

**Կնոջ շեքի շրջանի խնամքը.**

1. Ծալել պացիենտի ոտքերը ծնկան հոդում և վերջույթներն իրարից հեռացնել:
2. Մոմլաթը փռել անկողնու վրա, շեքի տակ, մոմլաթի վրայից՝ անձեռոց դնել:
3. Հագնել խավավոր թաթմանը և այն օճառել:
4. Օճառել ցայլքը:
5. Մաքրաջրել ցայլքը:
6. Մաքրաջրել թաթմանը:
7. Միմյանցից հեռացնել մեծ ամոթաշրթերը (սեռական մեծ շուրթերը), թաթմանի մի կողմով լվանալ մեկ կողմի մեծ ամոթաշուրթը, այնուհետև՝ թաթմանի հակառակ կողմով մյուս ամոթաշուրթը (թաթմանի շարժման ուղղությունը պետք է լինի ցայլքից դեպի հետանցք):
8. Մաքրաջրել թաթմանը թասի ջրով:
9. Մեծ ամոթաշրթերը միմյանցից հեռացնել և լվանալ դրանց միջև ընկած շրջանը (փոքր ամոթաշրթեր, միզուկի արտաքին բացվածք, հեշտոցամուտք)՝ ցայլքից դեպի հետանցք ուղղությամբ:
10. Մաքրաջրել պացիենտի ցայլքը, մեծ ամոթաշրթերը, շեքը:
11. Լավ չորացնել վերը նշված հատվածները նույն հաջորդականությամբ:
12. Լվանալ, մաքրաջրել և լավ չորացնել պացիենտի հետանցքի շրջանը սեռական օրգաններից դեպի հետանցք ուղղությամբ:
13. Հեռացնել պետքանոթը, անձեռոցը և մոմլաթը:
14. Խավավոր թաթմանը թասի մեջ լվանալ (իսկ սպունգը՝ դեն նետել), թասի ջուրը թափել:
15. Պացիենտին ծածկել, թասը ողողել, ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
16. Համապատասխան գրառում կատարել:

**Տղամարդու շեքի շրջանի խնամքը.**

Նախապատրաստումը նույնն է, ինչ կին պացիենտի դեպքում:

*Հաշվի առնելով մեր հասարակությանը բնորոշ ազգային, մշակութային և ավանդապաշտական որոշ առանձնահատկությունները, նպատակահարմար է պահպանված գիտակցությամբ տղամարդ պացիենտների ինտիմ մարմնամասերի խնամքը և բուժական գործողություններն իրականացնել արական սեռի միջին բուժանձնակազմի (վերջիններիս առկայության և հասանելիության դեպքում) կողմից:*

1. Մեկ ձեռքով վերցնել առնանդամը, ետ քաշել թլիպը, շրջանաձև շարժումներով լվանալ առնանդամի գլխիկը օճառված թաթմանով, միզուկի արտաքին բացվածքից դեպի գլխիկի պսակը ուղղությամբ:
2. Հեռացնել օճառը թաթմանից, մաքրաջրել այն, որից հետո մաքրաջրել և անհատական սրբիչով (կամ անձեռոցով) լավ չորացնել առնադամի գլխիկը:
3. Թլիպը վերադարձնել իր բնականոն դիրքին, որից հետո առնանդամի մնացած մասերը լվանալ, մաքրաջրել և լավ չորացնել դեպի ցայլքը ուղղությամբ:
4. Ծալել պացիենտի ոտքերը ծնկան հոդում և իրարից հեռացնել:
5. Լվանալ, մաքրաջրել և անձեռոցով լավ չորացնել փոշտը:
6. Պացիենտին շրջել կողքի, մեջքով դեպի Ձեզ:
7. Լվանալ, մաքրաջրել և լավ չորացնել հետանցքի շրջանը:
8. Հեռացնել պետքանոթը, անձեռոցը և մոմլաթը:
9. Խավավոր թաթմանը լվանալ թասում (սպունգը դեն նետել):
10. Ջուրը թափել և թասը ողողել:
11. Պացիենտին ետ բերել մեջքի դիրքին, ծածկել:
12. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
13. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Մարմնի (հատկապես որոշ հատվածների՝ մաշկային ծալքեր, թևատակեր, աճուկներ, շեք) հիգիենիկ խնամք առավոտյան և երեկոյան, ինչպես նաև՝ ըստ կարիքի: Եթե հնարավոր է և հակացուցումներ չկան, ապա ամբողջ մարմնի ցնցուղ կամ լոգանք՝ նվազագույնը շաբաթը մեկ անգամ (կանգնած կամ նստած): Ձեռքերի լվացում օճառով՝ առավոտյան և երեկոյան, ուտելուց առաջ և հետո, բնական կարիքները հոգալուց հետո: Դեմքի լվացում՝ նվազագույնը առավոտյան և երեկոյան:

**ԴԵՄՔԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Չսափրված պացիենտը շրջապատի համար բավականին անփույթ և անխնամ տեսք ունի, իսկ ինքն իրեն շատ անհարմարավետ է զգում: Խոսքը վերաբերում է ոչ միայն տղամարդկանց, այլ նաև զառամյալ տարիքի կամ այլ պատճառով դեմքի առատ մազակալմամբ կանանց: Խնդիրը հեշտությամբ լուծվում է էլեկտրական կամ անվտանգ ածելիի օգնությամբ դեմքը սափրելով:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ոչ ստերիլ ձեռնոց, թասիկ ջրի համար, մոմլաթ, անձեռոցներ դեմքը լվանալու և կոմպրեսի համար, սրբիչ, անվտանգ ածելի, սափրման քսուք կամ փրփուր, սափրման վրձին, փրփուր պատրաստելու բաժակ, լոսյոն կամ 70% էթանոլ:

**ՆՇՈՒՄ**. նախքան սափրման պրոցեսը զննեք պացիենտի դեմքը խալերի կամ այլ գոյացությունների հայտնաբերման նպատակով, քանի որ վերջիններիս վնասումը կարող է հիվանդի համար վտանգավոր լինել:

Սափրվելուց հետո, մաշկի ամբողջականության խախտման դեպքում, սպիրտ պարունակող լոսյոնի կամ էթանոլի օգտագործումը կանխում է թարախակալումը և վարակային բարդությունները:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել և ձեռնոցներ հագնել:
2. Եթե հնարավոր է և չկան հակացուցումներ, պացիենտին կիսանստած դիրքի բերել:
3. Գլխի և պարանոցի տակ բարձեր դնելով առավելագույն հարմարավետություն ապահովել նրա համար:
4. Ծածկել պացիենտի կուրծքը մոմլաթով և անձեռոցով:
5. Թասի մեջ 40-45°C ջուր լցնել:
6. Մեծ անձեռոցը ընկղմել ջրի մեջ:
7. Հանել և քամել այն, որից հետո 5-10 րոպե տևողությամբ այն դնել պացիենտի դեմքին (այտերին և կզակին):

**ՆՇՈՒՄ**. կանանց սափրելիս դեմքին անձեռոց դնելու կարիք չկա:

1. Պատրաստել սափրման փրփուրը:
2. Փրփուրը վրձինով հավասարաչափ տարածել դեմքի մազածածկ մակերևույթին (կանանց փրփուր քսելու անհրաժեշտություն չկա, բավարար է միայն մազածածկ մասերը տաք ջրով թրջել):
3. Հիվանդին սափրել, մաշկը ածելիի շարժման ուղղությանը հակառակ կողմ ձգելով, հետևյալ հաջորդականությամբ՝ վերին շրթունքից վեր ընկած հատվածը, այտերը, ստորին շրթունքից ներքև ընկած հատվածը, պարանոցի շրջանը, կզակի շրջանը:
4. Սափրելուց հետո դեմքը մաքրել խոնավ անձեռոցով:
5. Չորացնել մաքուր, փափուկ անձեռոցով՝ թեթև հպումնային շարժումներով:
6. Հիվանդի դեմքը շփել լոսյոնով կամ էթանոլով (կանանց դեմքը լոսյոնից հետո պետք է սնուցող քսուքի բարակ շերտով պատել):
7. Հավաքել ածելին, անձեռոցները, ջրով թասիկը:
8. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
9. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Ըստ անհրաժեշտության, միջինը 2-3 օրը մեկ անգամ: Առանձնապես կարևոր է այն պացիենտների դեմքի մազածածկույթից ազատ լինելը, ովքեր ինտուբացված են և ներշնչափողային խողովակը կպչուն սպեղանիով պետք է դեմքին ամրացված լինի:

**ԳԼԽԻ ՄԱԶԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Պացիենտի անձնական հիգիենայի պահպանում, թեփոտման և ոջլակրության (պեդիկուլյոզի) կանխարգելում:

**ՆՇՈՒՄ**. ճաղատ պացիենտների գլխի խնամքն իրականացվում է համանման եղանակով:

**ՆՇՈՒՄ**. հնարավոր է մազերի կարճացման նպատակով վարսավիրի ընդգրկման կարիք առաջանա:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր և կրտսեր բուժքույր կամ սանիտարուհի:

Թաս և սափոր՝ 36-37°C ջերմաստիճանի ջրով, ոչ ստերիլ ձեռնոցներ, մոմլաթ, թաթման, անձեռոցներ, խավավոր երկու սրբիչ, անհատական սանր, օճառ կամ շամպուն, ոտնակի վրա ամրացված հատուկ այդ նպատակի համար պատրաստված կոնք (պացիենտի գլխամասում տեղադրվող և ներքևից լվացման ջրերը հեռացնող խողովակով), վերջինիս բացակայության դեպքում՝ դատարկ թաս, գլխաշոր:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել և ձեռնոցներ հագնել:
2. Նախապատրաստել անհրաժեշտ պարագաները:
3. Հեռացնել բարձը:
4. Մահճակալի գլխամասում տեղադրել հատուկ կոնքը կամ աթոռին դրված դատարկ թասը:
5. Ջրով լի անոթը դնել հարմահճակալային պահարանիկի կամ աթոռի վրա:
6. Պացիենտին զգուշությամբ վեր բարձրացնել դեպի մահճակալի գլխամասը, այնպես, որպեսզի գլուխը ծոծրակի մասով հենվի հատուկ կոնքին, իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում այն պետք է պահվի օգնականի կողմից:
7. Մոմլաթը փռել հիվանդի գլխի և ուսերի տակ (եթե հատուկ կոնք չկա):
8. Մոմլաթի եզրը պետք է իջած լինի աթոռին դրված դատարկ թասի մեջ:
9. Սրբիչներից մեկը գլանաձև փաթաթել և տեղադրել հիվանդի գլխի շուրջբոլորը:
10. Հիվանդի աչքերը ծածկել մյուս խավավոր սրբիչով:
11. Կանգնել պացիենտի գլխավերևում՝ ջրով լի թասի մոտ:
12. Սափորից ջուր լցնել և թրջել մազերը:
13. Չափավոր քանակով շամպուն լցնել և երկու ձեռքով լվանալ մազերը՝ գլխի մաշկը նրբորեն մերսելով:
14. Սափորի ջրով լավանալ-հեռացնել շամպունը:
15. Շատ աղտոտված լինելու դեպքում լվացումը շամպունով կարելի է կրկնել:
16. Բացել աչքերին դրված չոր խավավոր սրբիչը, զգուշորեն բարձրացնել հիվանդի գլուխը և մազերը լավ չորացնել:
17. Հեռացնել ջրի տարողությունները, թասերը (հատուկ կոնքը), թաց սրբիչը, մոմլաթը:
18. Եթե ստորին սավանը (ներքնակին գցված) թրջվել է, այն փոխարինել նորով:
19. Սանրել հիվանդի մազերը:

**ՆՇՈՒՄ**. անհատական սանրի բացակայության դեպքում կարելի է օգտագործել 70% էթանոլով 15 րոպե պարբերությամբ կրկնակի մշակված մեկ այլ սանր:

1. Անհրաժեշտության դեպքում գլխաշորով գլուխը կապել:
2. Հիվանդին հարմարավետ դիրքով պառկեցնել:
3. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
4. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Նվազագույնը շաբաթը մեկ անգամ: Կարիքի դեպքում՝ ավելի հաճախակի:

**ԵՂՈՒՆԳՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Հիվանդի անձնական հիգիենայի ապահովում: Եգունգների աղտոտման և հնարավոր վարակային բարդությունների կանխարգելում:

Եղունգները տարիքի հետ կարծրանում են, ուստի նախքան կտրելն անհրաժեշտ է դրանք որոշ ժամանակով ընկղմել տաք օճառաջրով թասի մեջ և փափկեցնել:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

36-37°C ջերմաստիճանի ջրով անոթ, հեղուկ օճառ, մկրատ, պոլիէթիլենային փաթեթ թափոնների համար, սրբիչներ՝ ձեռքերի և ոտքերի համար, անձեռոցներ՝ ձեռքերի և ոտքերի համար, խարտոցիկ, մոմլաթ, սնուցող քսուք, եղունգկտրիչ (ոտքերի մատերի համար), ոչ ստերիլ ձեռնոցներ:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

**Ձեռքերի եղունգների կտրումը (կատարվում է առաջին հերթին).**

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել և ձեռնոցներ հագնել:
2. Աթոռը դնել պառկած պացիենտի մահճակալի մոտ՝ աջ կամ ձախ կողմից:
3. Հարմահճակալային սեղանիկի վրա դասավորել անհրաժեշտ պարագաները:
4. Պացիենտին հարմարավետ կերպով դիրքավորել (թե՛ իր, թե՛ խնամք իրականացնողի համար):
5. Մոմլաթը գցել պացիենտի աջ դաստակի տակ:
6. Մոմլաթի վրա, դաստակի մոտ դնել գոլ ջրով լի թասը:
7. Հեղուկ օճառը լցնել ջրի մեջ:
8. Աջ դաստակը 3-4 րոպե տևողությամբ ընկղմել օճառաջրի մեջ:
9. Հանել դաստակը ջրից:
10. Չորացնել անձեռոցով:
11. Կտրել զգուշորեն, կոկիկ կերպով, սկսած առաջին մատից՝ թողնելով 1-2մմ երկարությամբ եղունգ:
12. Տեղափոխվել պացիենտի ձախ կողմը և գործողությունների նույն հաջորդականությամբ կտրել ձախ ձեռքի մատերի եղունգները:
13. Ցանկալի է դաստակի տակ սրբիչ տեղադրել, որպեսզի եղունգների կտորտանքն այսուայնկողմ չթռչի:
14. Մշակել պացիենտի երկու ձեռքերի եղունգները խարտոցիկով:
15. Տրորող շարժումներով սնուցող քսուք քսել մատերին՝ եղնգային ֆալանգից մինչև նախաբազուկ (ճաճանչ-դաստակային հոդ):

**Ոտքերի եղունգների կտրումը.**

1. Պացիենտին հարմարավետորեն պառկեցնել կամ կիսանստած դիրք տալ:
2. Ոտքերը մահճակալից իջեցնել (եթե հնարավոր է):
3. Եթե հնարավոր չէ, պացիենտի ոտքերը ծնկան հոդում ծալել, մահճակալի ոտնամասում, սավանի վրա մոմլաթ փռել, վրան դնել տաք ջրով լցված թասը
4. Գոլ ջրի մեջ հեղուկ օճառ ավելացնել և մեկ ոտնաթաթը 5 րոպեով ընկղմել պատրաստված օճառաջրի մեջ:
5. Հանել պացիենտի ոտնաթաթը ջրից:
6. Լավ չորացնել անձեռոցով:
7. Ոտնաթաթը դնել ոտքերի համար նախատեսված սրբիչի վրա:
8. Մինչ մշակվում են առաջին ոտքի եղունգները, մյուս ոտնաթաթն ընկղմել ջրի մեջ:
9. Կարճացնել եղունգները եղունգկտրիչով:
10. Մշակել խարտոցիկով:
11. Երկրորդ ոտնաթաթի եղունգները կտրել և մշակել նույն հաջորդականությամբ:
12. Տրորող շարժումներով ոտնաթաթերին սնուցող քսուք քսել մատերի եղնգային ֆալանգներից միչև սրունք-վեգային հոդը:
13. Դատարկել թասի միջի ջուրը:
14. Ողողել թասը:
15. Անձեռոցները և սրբիչները դնել պոլիէթիլենային փաթեթի մեջ:
16. Օճառով հոսող ջրի տակ լվանալ մկրատը, խարտոցիկը և եղունգկտրիչը:
17. Չորացնել վերջիններս և ախտահանել 70% էթանոլով:
18. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
19. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Շաբաթը մեկ անգամ, կարիքի դեպքում՝ ավելի հաճախակի:

**ԱԿԱՆՋՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Ականջախեցու և արտաքին լսողական անցուղու մաքրում:

Արտաքին լսողական անցուղում արտադրվում և կուտակվում է դեղնա-դարչնագույն ծծմբային զանգված, որը կարող է ժամանակի ընթացքում վերածվել ծծմբային խցանների՝ առաջ բերելով լսողության թուլություն, խշշոց ականջներում: Այդ ախտանիշները կարող են է՛լ ավելի ծանրացնել հիվանդի առանց այն էլ ոչ բարվոք վիճակը՝ նրան լրացուցիչ անհանգստություն պատճառելով:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Երկու լոբաձև թասիկ՝ մաքուր և օգտագործված պարագաների համար, ստերիլ բամբակյա կամ թանզիֆե բարակ տամպոններ («տուրունդաներ»), ջրածնի պերօքսիդի 3% լուծույթ, անձեռոցիկ՝տաք ջրով թրջած, սրբիչ, ձեռնոցներ:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Բամբակյա «տուրունդան» թրջել ջրածնի պերօքսիդի 3% լուծույթով (վերջինս լցնում են շշիկից՝ պահելով լոբաձև թասիկի վրա), թեթևակի քամել:
3. Պացիենտի գլուխը կողքի թեքել:
4. Մի ձեռքով նրա ականջախեցին քաշել վեր և ետ, իսկ մյուսով պտտական շարժումներով «տուրունդան» նրբորեն մտցնել արտաքին լսողական անցուղին: Շարունակելով պտտական շարժումները՝ մաքրել ծծմբային արտադրությունը:
5. Ականջախեցին մաքրել խոնավ անձեռոցով, այնուհետև սրբիչով չորացնել:
6. Նույն հաջորդականությամբ գործողությունը կրկնել մյուս ականջի հետ:
7. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ, չորացնել, գրառում կատարել:

**ՆՇՈՒՄ**. ջրածնի պերօքսիդի լուծույթի փոխարեն կարելի է վազելինի յուղ օգտագործել: Առողջ ականջների խնամքը ենթադրում է ականջախեցու և արտաքին լսողական անցուղու կանոնավոր լվացում տաք ջրով և օճառով: Ոչ մի դեպքում չի կարելի արտաքին լսողական անցուղին մաքրել սուր առարկաներով (լուցկու հատիկ, զոնդ)՝ խուսափելու համար թմբկաթաղանթի կամ անցուղու լորձաթաղանթի վնասումից: Գոյավորված ծծմբախցանները հեռացվում են քիթ-կոկորդ-ականջաբանի կողմից:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Օրական մեկ-երկու անգամ, եթե արտադրությունն ինտենսիվ է: Չափավոր արտադրության դեպքում՝ մի քանի օրը մեկ:

**ԱՉՔԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Աչքերի բորբոքային հիվանդությունների կանխարգելում: Ընդհանուր հիգիենիկ միջոցառում: Թարախային արտադրության հետևանքով թարթիչների և կոպերի «առավոտյան սոսնձման» վերացում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ, ստերիլ թանզիֆե տամպոններ (10-12 հատ) կամ խծուծներ, ստերիլ լոբաձև թասիկ (կամ՝ստերիլ բաժակ) ստերիլ տամպոնների/խծուծների համար, լոբաձև թասիկ՝ օգտագործված նյութերի համար, ստերիլ թանզիֆե անձեռոց (երկու հատ), կալիումի պերմանգանատի բաց վարդագույն երանգի կամ ֆուրացիլինի 1:5000 խտության լուծույթ:

**ՆՇՈՒՄ**. լոբաձև թասիկների փոխարեն կարելի է պոլիէթիլենային փաթեթներ կիրառել, համապատասխանաբար թե՛ ստերիլ, թե՛ ոչ ստերիլ:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Նախապատրաստել անհրաժեշտ պիտույքները՝ դասավորել հարմահճակալային սեղանիկին:
3. Ստերիլ թասիկի կամ բաժակի մեջ ոչ մեծ քանակությամբ անտիսեպտիկ լուծույթ լցնել:
4. Դրանում ընկղմել ստերիլ տամպոնները կամ խծուծները:
5. Պացիենտի գլխամասը կարելի է փոքր-ինչ բարձրացնել, գլուխը ետ գցել:
6. Թրջված խծուծը վերցնել թասիկից, թեթև քամել դոմինանտ ձեռքի առաջին և երկրորդ մատերով:
7. Եթե պացիենտն արթուն է, խնդրել նրան աչքերը փակել:
8. Սրբել թարթիչները աչքի ներսային անկյունից դեպի դրսային անկյուն ուղղությամբ:

**ՆՇՈՒՄ**. նախ՝ համեմատաբար մաքուր աչքը լվանալ:

1. Մեկ աչքի համար գործողությունը 4-5 անգամ կրկնել՝ խծուծները կամ տամպոններն ամեն անգամ փոխելով:
2. Կոպերն ու թարթիչները չորացնել ստերիլ անձեռոցով:
3. Նման հաջորդականությամբ մշակել մյուս աչքը՝ խստորեն պահպանելով ասեպտիկայի կանոնները, օգտագործելով նոր խծուծներ և նոր անձեռոց:
4. Դեն նետել օգտագործված նյութերը երկրորդ թասիկի կամ փաթեթի մեջ:
5. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
6. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Ամեն առավոտ, կարիքի դեպքում՝ ավելի հաճախակի:

**ՆՇՈՒՄ**. սրան զուգահեռ հաճախակի կիրառվում է նաև աչքերի բուժական խնամքը՝ հակաբորբոքիչ, հակաբակտերիալ դեղամիջոցների քսուքներով կամ լուծույթներով: Նախքան այդ դեղամիջոցների նշանակումն իրականացնելը անհրաժեշտ է կատարել աչքերի հիգիենիկ մաքրում-լվացում:

**ՔԹԻ ԽՈՌՈՉԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Քթային անցուղիների մաքրում կեղևներից, քթային շնչառության բարելավում, վարակի համար նպաստավոր պայմանների առաջացման կանխարգելում:

**ՆՇՈՒՄ**. պետք է հիշել, որ քթի խոռոչը բարդ կառուցվածք ունի (քթանցքներ, միջնապատ, խեցիներ՝ յուրաքանչյուր կողմից երեքական, անցուղիներ՝ ստորին, միջին և վերին, հարքթային ծոցեր, կարծր և փափուկ քիմք), ինչն անհրաժեշտ է հաշվի առնել միջամտություններ կատարելիս:

Պասիվ վիճակում գտնվող պացիենտների մոտ քթի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա կուտակված լորձը, փոշին, ժամանակին չհեռացվելով, վեր են ածվում կեղևների, որոնք դժվարացնում են շնչառությունը և հավելյալ անհարմարավետություն ստեղծում նրա համար: Ծանր հիվանդներն ինքնուրույն չեն կարող մաքրել այդ կուտակումները և ազատել քթի անցուղիները: Առավոտյան հիգիենիկ խնամքի ընթացքում պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնել քթի խոռոչին, մաքրել առաջացած կեղևները: Այս միջոցառումն առավել կարևոր է ինտուբացված, քթա-ստամոքսային խողովակ ունեցող պացիենտների պարագայում, երբ բարձր է վարակային և այլ բարդությունների զարգացման ռիսկը (մասնավորապես՝ խողովակի կողմից քթի խոռոչի լորձաթաղանթի երկարատև ճնշման հետևանքով պառկելախոցերի առաջացումը):

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Բամբակյա կամ նուրբ թանզիֆե «տուրունդաներ» (4-6 հատ), վազելինի կամ այլ հեղուկ յուղ (արևածաղկի, ձիթապտղի) կամ գլիցերին, ձեռնոցներ, լոբաձև երկու թասիկ՝ մաքուր և օգտագործած նյութերի համար:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Հիվանդի գլխամասին հնարավորինս բարձր դիրք տալ:
3. Նրա կրծքին սրբիչ փռել:
4. Եթե հնարավոր է, պացիենտի գլուխը փոքր-ինչ ետ գցել:
5. «Տուրունդաները» թրջել յուղի (ձեթի) մեջ, թեթևակի քամել:
6. Պտտական շարժումով «տուրունդան» նրբորեն մտցնել քթանցքներից մեկով դեպի քթային անցուղի (սովորաբար այն ինքնաբերաբար ստորին անցուղինէ մտնում):
7. «Տուրունդան» այնտեղ թողնել 1-3 րոպե:
8. Պտտական շարժումներով այն դանդաղորեն հեռացնել քթային անցուղուց՝ դուրս բերելով կեղևները և լորձը:
9. Եթե անհրաժեշտ է, կարելի է նույն քթանցքից մեկ անգամ ևս մուտք գործել և մաքրել անցուղին:
10. Մյուս կողմի քթային անցուղին մաքրելու նպատակով կատարել համանման գործողությունը հակառակ կողմից:
11. Առաջացած թափոնները լցնել համապատասխան թասիկի (կամ՝ պոլիէթիլենային փաթեթի) մեջ:
12. Սրբիչով սրբել հիվանդի քիթը և շրջակա մաշկը:
13. Պացիենտին հարմարավետ դիրքի բերել:
14. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
15. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Յուրաքանչյուր առավոտ, կամ՝ ըստ կարիքի ավելի հաճախակի:

**ՇԵՔԻ ՇՐՋԱՆԻ ԽՆԱՄՔԸ**

Այս գործողության որոշ դրույթներ նկարագրված են «Մարմնի ընդհանուր խնամք» բաժնում: Այստեղ մեկ անգամ ևս կխոսվի այդ մասին: Շեքի շրջանի խնամքը ենթադրում է այդ և հարակից շրջանների սիստեմատիկ լոգանք կամ լվացում:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Շեքի և հարակից շրջանների մաքրության պահպանում և վարակի կանխարգելում: Պացիենտի դյուրահարմարության ապահովում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ, փափուկ սպունգ կամ խավավոր թաթման, թաս՝ գոլ ջրով, ներծծող սավան (ծածկոց), մոմլաթ, թղթե անձեռոցներ, խավավոր սրբիչներ, հեղուկ օճառ, թանզիֆե անձեռոցներ, այլ պարագաներ՝ ըստ կարիքի:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Մահճակալը պատշաճ բարձրության բերել:
3. Ծածկոցը (վերմակը) հեռացնել պացիենտի շեքի շրջանից:
4. Մոմլաթը և վերջինիս վրա փռված ներծծող սավանը տեղադրել պացիենտի հետույքի տակ:
5. Կարելի է պացիենտի գլխամասը 30-40°-ով բարձրացնել, եթե հակացուցում չկա:
6. Օճառաջրով և սպունգով լվանալ պացիենտի ազդրերի ներսային մակերևույթները և աճուկային շրջանները:
7. Մաքրաջրել և չորացնել:

**Հաջորդ քայլը՝ սեռական օրգանների լվացման փուլն է:**

1. ***Կին պացիենտների մոտ.***

* Յուրաքանչյուր տեղամասի համար առանձին սպունգ օգտագործել:
* Ըստ կարիքի փոխել նաև թղթե անձեռոցները:
* Բացելով մեծ ամոթաշրթերը, լվանալ դրանք ցայլքից դեպի հետանցք ուղղությամբ:
* Լվանալ միջշրթային տարածությունը, մասնավորապես՝ միզուկի արտաքին բացվածը և հեշտոցամուտքը:
* Լավ մաքրաջրել և չորացնել:

1. ***Տղամարդ պացիենտների մոտ.***

* Նրբորեն բռնել պացիենտի առնանդամը:
* Շրջանաձև շարժումներով, սպունգով և օճառաջրով լվանալ առնանդամը՝ գլխիկի կողմից դեպի ցայլք:
* Չթլպատված տղամարդկանց մոտ նախքան առնանդամը լվանալը թլիպը զգուշորեն ետ տանել՝ մերկացնելով գլխիկը:
* Լվանալ և մաքրաջրել այն:
* Թլիպը ետ բերել իր նախնական դիրքին:
* Լվանալ և մաքրաջրել փոշտը:
* Լավ չորացնել լվացված հատվածները:

1. Առաջարկել պացիենտին կողքի շրջվել, նրա անկարողության դեպքում՝ օժանդակել կամ օգնականի միջնորդությամբ կողաշրջել:
2. Հեռացնել միմյանցից հետույքի աջ և ձախ կեսերը:
3. Մաքրել կղանքային զանգվածները, եթե առկա են:
4. Լվանալ հետանցքի շրջանը, լավ մաքրաջրել և չորացնել սրբիչով:
5. Տեղային քսուքների կիրառում, եթե բժիշկը նշանակել է:
6. Պացիենտին վերադարձնել հարմարավետ դիրքի:
7. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
8. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Նվազագույնը օրը մեկ անգամ, կարիքի դեպքում՝ ավելի հաճախակի:

**ԽՆԱՄՔԸ ՓՈՐԿԱՊՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Ապահովել աղիքների կանոնավոր դատարկումը, նպաստել պացիենտի ինքնազգացողության լավացմանը, կանխարգելել փորկապության հետևանքով զարգացող բարդությունները և հիվանդի դիսկոմֆորտը: Օպտիմալ տարբերակը աղիքների ամենօրյա դատարկումն է՝ ձևավորված կղանքային զանգվածի բավարար քանակի արտազատմամբ:

**ՆՇՈՒՄ**. այստեղ անդրադարձ կկատարվի աղիքների մեխանիկական դատարկման մեթոդներին: Դեղորայքային բուժումից կխոսվի ուղիղաղիքային մոմիկների ներդրման տեխնիկայի մասին, այլ տիպի թերապիա չի ներկայացվի:

**ՆՇՈՒՄ**. հաշվի առնելով գործողությունների բնույթը, անհրաժեշտ է պահպանել մեկուսացումը միջամտության ընթացքում, թե՛ պահպանված գիտակցությամբ պացիենտների, թե՛ նույն տարածքում գտնվող մյուս պացիենտների շահերը և անձնական արժանապատվությունը պաշտպանելու նպատակով:

**ՆՇՈՒՄ**. հնարավոր է պացիենտի հոգեբանական նախապատրաստության կարիք առաջանա (հաճախ պացիենտները թաքցնում են փորկապությունը կամ անհարմար են զգում դեֆեկացիայի ցանկության մասին խոսել):

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր, օգնական, սանիտարուհի:

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ, անձեռոցներ, պոլիէթիլենային գոգնոց, մոմլաթ կամ ներծծող նյութից պատրաստված ծածկոց, պետքանոթ (ցանկալի է ոչ մետաղական), վազելին կամ գլիցերին, օճառ, հիգիենայի պարագաներ, Էսմարխի անոթ կամ այլ անոթ (1,5-2 լիտր ծավալով), ջրային ջերմաչափ, սրբիչ: Այլ պարագաներ՝ ըստ կարիքի:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

**Լուծողական ազդեցությամբ մոմիկի ներդրումը.**

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. պահպանել դեղորայքային բուժման բոլոր կանոնները:

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Պացիենտին պառկեցնել ձախ կողքին, եթե հնարավոր չէ, ապա մեջքին:
3. Ոտքերը ծնկներում և կոնք-ազդրային հոդերում ծալել:
4. Բացել մոմիկի փաթեթը, սակայն, այն դեռևս չհանել միջից:
5. Պահպանված գիտակցությամբ պացիենտին առաջարկել թուլանալ:
6. Ձախ ձեռքի մատերով միմյանցից հեռացնել հետույքի աջ և ձախ կեսերը, աջ ձեռքի մատերով, դեղամիջոցի փաթեթը երկու կողմից սեղմելով, մոմիկը մտցնել հետանցքը (փաթեթը պետք է մնա ձեր ձեռքում):

**ՆՇՈՒՄ**. եթե մոմիկը փաթեթից դուրս գալուց հետո ոչ ամբողջովին է հայտնվել ուղիղ աղիքում, ապա պետք է աջ ձեռքի հինգերորդ մատի եղանգային ֆալանգով այն փոքր-ինչ առաջ հրել, մինչև անհետացումը: Եթե մոմիկն ընդհանրապես դուրս է ընկել, անհրաժեշտ է այն դեն նետել և նորը տեղադրել:

1. Պացիենտին հարմար դիրքի բերել:
2. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
3. Համապատասխան գրառում կատարել:
4. Հետևել պացիենտին՝ դեֆեկացիան արձանագրելու նպատակով: Հակառակ պարագայում (եթե առաջիկա մի քանի ժամում աղիքները չեն գործում) տեղեկացնել բժշկին:

**Մաքրող հոգնայի իրականացումը.**

**ՆՇՈՒՄ**. պետք է բացառել պացիենտի մոտ ուղիղաղիքային նորագոյացության կամ ստամքս-աղիքային արյունահոսության առկայությունը:

**ՆՇՈՒՄ**. սովորաբար, մաքրող հոգնայի ջրի ջերմաստիճանը պետք է լինի 20-25°C: Ատոնիկ փորկապության դեպքում՝ 12-14°C, իսկ սպաստիկ փորկապության դեպքում՝ 37-40°C:

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Ջրով լցված անոթը կախել պացիենտի մահճակալից մոտավորապես 1 մետր բարձրության վրա (հատակից մոտավորապես 1,5 մետր):
3. Հոգնայի ծայրակալը առատորեն մշակել վազելինով ներծծված ստերիլ անձեռոցով:
4. Ջրի ներմուծման համակարգը (խողովակը և ծայրակալը) Էսմարխի կամ ռետինե անոթից լցնել ջրով:
5. Համակարգից օդն ամբողջությամբ հեռացնել և փականը փակել:
6. Պացիենտին պառկեցնել ձախ կողքին (եթե հնարավոր չէ՝թողնել մեջքին), ոտքերը ծնկներում և կոնք-ազդրային հոդերում ծալել և փոքր-ինչ մոտեցնել որովայնին:
7. Հետույքի տակ մոմլաթ տեղադրել: Մոմլաթի վրա՝ մեծ չափսի անձեռոց կամ ներծծող նյութից պատրաստված ծածկոց:
8. Պահպանված գիտակցությամբ պացիենտին առաջարկել թուլացնել մկանները:
9. Ձախ ձեռքի մատերով հետույքի կեսերը միմյանցից հեռացնել:
10. Ծայրակալը զգուշորեն հետացքը մտցնել, նախ պորտի ուղղությամբ (3-4սմ), այնուհետև ողնաշարին զուգահեռ, ընդհանուր առմամբ 8-10սմ:
11. Բացել համակարգի փականը:
12. Առաջարկել պացիենտին շնչել որովայնով:
13. Ջուրն ուղիղ աղիք ներմուծելուց հետո փակել փականը:

**ՆՇՈՒՄ**. ջուրն ամբողջությամբ չլցնել, այլապես հնարավոր է օդի անցում ուղիղ աղիք:

1. Ծայրակալը զգուշորեն դուրս հանել ուղիղ աղիքից, հիգիենիկ անձեռոցով մշակել պացիենտի հետանցքի շրջանը:
2. Պացիենտին շրջել մեջքի վրա:
3. Գիտակցությունը պահպանված հիվանդին առաջարկել 10 րոպեի չափ մեջքին պառկած մնալ և պահել ջուրն ուղիղ աղիքում: Անգիտակից պացիենտների դեպքում՝ փորձել մատերով սեղմել և փակ պահել հետանցքը:
4. 10 րոպե անց՝ բարձրացնել հիվանդի կոնքը և պետքանոթը դնել հետույքի տակ:
5. Հոգնայի ծայրակալն անջատել խողովակից, օճառով լվանալ հոսող ջրի տակ:
6. Անձեռոցով չորացնել և ախտահանել:
7. Օգտագործված միանվագ կիրառման պարագաները դեն նետել:
8. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
9. Համապատասխան գրառում կատարել:
10. Հետևել աղիքների դատարկմանը:

**Յուղային հոգնայի իրականացումը.**

Նախապատրաստել այդ նպատակի համար կիրառվող ոչ ստերիլ տանձիկը, վազելին կամ գլիցերին, բուսական որևէ յուղ (200մլ), այլ պարագաներ՝ըստ կարիքի:

**ՆՇՈՒՄ**. գործնականում օգտագործման համար շատ հարմար են գործարանային արտադրության մեկանգամյա կիրառման պլաստիկ շշիկները (լցված աղիքների գալարակծկումները խթանող լուծույթով և համալրված հատուկ ծայրակալով)՝ «Fleet Enema», ինչը կարող է յուղային հոգնայի այլընտրանքը լինել:

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Հոգնայի լուծույթը (բուսական յուղը) ջրային բաղնիքի վրա տաքացնել մինչև 37-38°C:
3. Հավաքել տանձիկի մեջ:
4. Տանձիկի ծայրակալը մշակել վազելինով:
5. Պացիենտի հետույքի տակ մոմլաթ և ներծծող նյութից պատրաստված ծածկոց տեղադրել:
6. Նրան ձախ կողքի շրջել:
7. Ոտքերը ծնկներում և կոնք-ազդրային հոդերում ծալել և փոքր-ինչ մոտեցնել որովայնին:
8. Ձախ ձեռքի մատերով միմյանցից հեռացնել հետույքի աջ և ձախ կեսերը:
9. Ծայրակալը զգուշորեն հետացքը մտցնել, նախ պորտի ուղղությամբ (3-4սմ), այնուհետև ողնաշարին զուգահեռ, ընդհանուր առմամբ 10-12սմ:
10. Դանդաղորեն սեղմելով տանձիկը, պարունակությունը մղել դեպի ուղիղ աղիք:
11. Տանձիկը սեղմած վիճակում դուրս բերել ուղիղ աղիքից:
12. Հիգիենիկ անձեռոցով մշակել պացիենտի հետանցքի շրջանը:
13. Պացիենտի տակից հեռացնել մոմլաթը և ծածկոցը:
14. Հիվանդին վերադարձնել մեջքին պառկած դիրքին:
15. Մշակել տանձիկի ծայրակալը:
16. Անձեռոցով չորացնել և ախտահանել:
17. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
18. Համապատասխան գրառում կատարել:
19. Բացատրել պացիենտին մի քանի ժամ անկողնում պառկած մնալու անհրաժեշտությունը՝ յուղային զանգվածի դուրս թափվելը կանխելու նպատակով:
20. Հետևել աղիքների դատարկմանը:
21. Ակնկալվող արդյունքի բացակայության դեպքում տեղեկացնել բժշկին:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Պահպանել դեֆեկացիայի բնականոն հաճախությունը, ցանկալի է, որպեսզի աղիքներն ամեն օր գործեն:

**ՆՇՈՒՄ**. խորհուրդ է տրվում պացիենտների հետացքը զուգարանի թղթով չմաքրել, այլ դեֆեկացիայից հետո լվանալ օճառաջրով և սրբիչով չորացնել:

**ՀԱՎԵԼՅԱԼ ՆՇՈՒՄ**. առանձին թեմա է պացիենտների պատշաճ խնամքի և հիգիենայի իրականացումը լուծի դեպքում: Սրա վերաբերյալ բավարար տեղեկություն զետեղված է սույն ձեռնարկի այլ բաժիններում («Շեքի շրջանի խնամքը», «Պամպերսային խնամքը»):

**ՊԱՄՊԵՐՍԱՅԻՆ ԽՆԱՄՔԸ**

Անմիզապահությամբ, լուծով, անգիտակից վիճակում գտնվող, կոնքի օրգանների դիսֆունկցիայով պացիենտների խնամքը լավագույն ձևով իրականացվում է պամպերսների կիրառմամբ, ինչը թույլ է տալիս առավելագույն դյուրահարմարություն ստեղծել հիվանդ մարդու համար՝ բավարար և ընդունելի հիգիենիկ վիճակ ապահովելով, նպաստում է նաև նման կարգավիճակով հիվանդների մոտ բազմաթիվ բարդությունների կանխարգելմանը:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Անձնական հիգիենայի և դյուրահարմարության ապահովում, վարակի տարածման կանխարգելում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր և օգնական (ըստ կարիքի):

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ: Պամպերս: Այլ պարագաներ՝ ըստ կարիքի:

**ՆՇՈՒՄ**. մեծահասակների պամպերսի պատշաճ չափսն ընտրվում է պացիենտի գոտկատեղի շրջագծից ելնելով, այսպես՝ եթե երկարությունը 130սմ կամ ավելին է, ապա պամպերսի չափսը 4 է (շատ մեծ); 100-130սմ՝ պամպերսի չափսը 3 է (մեծ); 75-100սմ՝ պամպերսի չափսը 2 է (միջին); 55-75սմ՝ պամպերսի չափսը 1 է (փոքր) և 40-55սմ՝ պամպերսի չափսը 0 է (շատ փոքր):

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. **Պամպերսի ակտիվացում**. տվյալ պարագայի ֆունկցիոնալության խթանման նպատակով անհրաժեշտ է փաթեթից հանելուց հետո այն ուղղել, փոքր-ինչ ձգել, երկայնքով նրբորեն մեկ աջ, մեկ ձախ ոլորել (թաց շորը ձեռքերով ջրքամ անելու պես), մատերով փխրեցնել ներսում գտնվող ներծծող նյութը, բարձրացնել կողմնային պաշտպանիչ երիզները և պամպերսին անատոմիական ձև տալ:
3. Պացիենտին կողքի շրջել:
4. Որոշել պամպերսի հետույքային և որովայնային ճիշտ դիրքավորումը (որովայնային կողմում առկա են կպչուն հատվածներ`մակերևույթներ, իսկ հակառակ կողմում՝ կպչուն ժապավեններ):
5. Պամպերսը տեղադրել հետույքի տակ՝ գոտկային շրջանից սկսելով:
6. Շրջել պացիենտին մեջքի վրա, այնուհետև՝ հակառակ կողմ և ուղղել պամպերսն այնպես, որպեսզի այն ո՛չ շատ կիպ հպվի մաշկին, ո՛չ էլ ծալքեր առաջանան:
7. Պացիենտին վերադարձնել նախնական դիրքին՝ մեջքին:
8. Ոտքերը տարամիտելով պամպերսը բարձրացնել և տեղադրել շեքի և որովայնի շրջանում:
9. Պամպերսի ստորադիր (մեջք-հետույքային) մասը վերադիր (ցայլք-որովայնային) մասի վրա բերել:
10. Կպչուն ժապավեններով աջ ու ձախ կողքերից ամրացնել:
11. Պացիենտին հարմարավետ դիրքի բերել:
12. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
13. Համապատասխան գրառում կատարել:

**ՆՇՈՒՄ**. հնարավոր է պամպերս փոխելու ընթացքում շեքի և հետույքի շրջանի խնամքի կարիք առաջանա, պետք է պատրաստ լինել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Յուրաքանչյուր անգամ՝ շեքի խնամք իրականացնելիս, յուրաքանչյուր անգամ պամպերսն աղտոտվելիս, կամ՝ ըստ անհրաժեշտության:

**ՄԻԶԱՅԻՆ ԿԱԹԵՏՐԻ ԵՎ ՄԻԶՈՒԿԻ ԱՐՏԱՔԻՆ ԲԱՑՎԱԾՔԻ ՇՐՋԱՆԻ ԽՆԱՄՔԸ**

Այս գործողության որոշ դրույթներ արձանագրված են «Մարմնի ընդհանուր խնամք բաժնում», որտեղ նկարագրված է շեքի շրջանի հիգիենայի իրականացումը: Այստեղ ևս մեկ անգամ, սակայն, ավելի կոնկրետ կխոսվի միզային կաթետրի խնամքի մասին:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Ապահովել պացիենտի դյուրահարմարությունը և հիգիենիկ պահանջները, կանխարգելել միզուղիների վարակային և բորբոքային բարդությունները, ինչպես նաև՝ ներհիվանդանոցային վարակի զարգացումը և տարածումը:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ, մոմլաթ կամ ներծծող նյութից սավան («пеленка»), թանզիֆե ստերիլ անձեռոցներ և խծուծներ, հեղուկ օճառ, փափուկ սպունգ, թասիկ գոլ ջրի համար, թասիկ կամ փաթեթ թափոնների համար, որևէ անտիսեպտիկ լուծույթ (բետադինի 10% լուծույթ, կալիումի պերմանգանատի բաց վարդագույն լուծույթ, քլորհեքսիդինի 2-5% լուծույթ, ջրածնի պերօքսիդի 1,5% լուծույթ), սրբիչ (մեկանգամյա), մեծ ծավալով ներարկիչ, այլ պարագաներ՝ ըստ կարիքի:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Պացիենտի հետույքի տակ մոմլաթ կամ ներծծող սավան տեղադրել:
3. Նրան դիրքավորել՝ ոտքերը ծնկան հոդում ծալված և տարամիտված:
4. Լվանալ շեքի շրջանը օճառով և սպունգով:
5. Չորացնել սրբիչով:
6. Անձեռոցով և օճառով լվանալ, այնուհետև չորացնել միզային կաթետրի միզուկից դուրս գտնվող հատվածը 10սմ երկարությամբ:
7. Լվացված և չորացված հատվածը մշակել անտիսեպտիկ լուծույթով:
8. Զննել միզուկի արտաքին բացվածքը (կաթետրին հարող), այտուց, կարմրություն, վերք, արյունային կամ թարախային արտադրություն, որևէ այլ ախտահարում հայտնաբերելու նպատակով: Առկայության դեպքում՝ տեղեկացնել բժշկին:
9. Ստուգել՝ կաթետրի կողքից մեզի արտահոսք կա՞, թե՞ոչ:
10. Մշակել միզուկի արտաքին բացվածքի շրջանն անտիսեպտիկով թրջված անձեռոցով՝ կենտրոնից դեպի ծայրամաս ուղղությամբ:
11. Զննել նաև շեքի շրջանը ախտաբանական փոփոխությունների առկայությունը ստուգելու նպատակով:
12. Համոզվել, որ միզային կաթետրը ձգված չէ և կպչուն ժապավենով ամրացված է պացիենտի ազդրին:
13. Համոզվել, որ մեզընդունիչը հերմետիկորեն ամրացված է միզային կաթետրին և կախված մահճակալից՝ հիվանդի միզապարկից ավելի ցած:

**ՆՇՈՒՄ**. մեզընդունիչը հատակին չգցել:

1. Հեռացնել պացիենտի հետույքի տակ գտնվող մոմլաթը/ներծծող սավանը:
2. Հիվանդին հարմարավետ դիրքավորել:
3. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
4. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Միզային կաթետրի խնամքն իրականացվում է նվազագույնը օրը 2 անգամ, կարիքի դեպքում՝ ավելի հաճախակի:

**ՆՇՈՒՄ**. միզային կաթետրի պլանային փոխումը. **սիլիկոնային կաթետրները**՝ ամիսը մեկ անգամ, **լատեքսային կաթետրները**՝ շաբաթը մեկ անգամ, **սիլիկոնային արծաթապատ կաթետրները**՝ երեք ամիսը մեկ անգամ:

**ՆՇՈՒՄ**. մեզընդունիչը փոխվում է կաթետրի հետ միասին, կամ ավելի հաճախակի՝ ըստ անհրաժեշտության:

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. մշտական միզային կաթետրով պացիենտների վարույթային շեշտադրումներ՝

1. Ներհիվանդանոցային վարակի կանխարգելման նպատակով հսկել, որպեսզի մեզընդունիչը և միզային կաթետրը հերմետիկ կերպով միացված լինեն:
2. Վերջիններս միմյանցից անջատել միմիայն բժշկի ցուցումով, խիստ ասեպտիկ պայմաններում, երբ անհրաժեշտ է միզային կաթետրը լվանալ:
3. Միզային կաթետրի լվացումն իրականացնել միայն վերջինիս խցանման կասկածի դեպքում:
4. Կաթետրի լվացումն իրականացնել բացարձակ ասեպտիկ պայմաններում:

**ԷՊԻՑԻՍՏՈՍՏՈՄԱՅԻ ԽՆԱՄՔԸ**

Բնականոն ճանապարհով արտահոսքի անհնարինության դեպքում կարիք է առաջանում մեզի «էվակուացիան» ապահովել վերցայլքային շրջանում վիրահատական եղանակով արտաքին միջավայրի և միզապարկի միջև արհեստական անցուղի ստեղծելու միջոցով, որը կոչվում է էպիցիստոստոմա: Այդ թունելի մեջ, սովորաբար, մանժետով համալրված Ֆոլեյի միզային կաթետր կամ հատուկ կառուցվածք ունեցող Պեցցեր-Մալեկոյի կաթետր է ներդրվում: Կաթետրը կարող է մշտապես միացված լինել մեզընդունիչին կամ փակ վիճակում պահվել և պարբերաբար բացվել:

**ՆՇՈՒՄ**. էպիցիստոստոմայի կաթետրի փոխումը կատարում է բժիշկը, ոչ ավելի հազվադեպ, քան ամիսը մեկ անգամ, կամ ավելի հաճախակի՝ ըստ անհրաժեշտության:

**ՆՇՈՒՄ**. մեզընդունիչը փոխվում է կաթետրի հետ միասին, կամ ավելի հաճախակի՝ ըստ անհրաժեշտության:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Էպիցիստոստոմայի շրջակա մաշկի ախտաբանական փոփոխությունների և վարակային բարդությունների կանխարգելում, մեզի անխոչնդոտ արտահոսքի ապահովում, պացիենտի անձնական դյուրահարմարության ապահովում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ձեռնոցներ՝ ստերիլ և ոչ ստերիլ, լոբաձև թասիկներ, ստերիլ անձեռոցներ և խծուծներ, անտիսեպտիկ լուծույթ, օրինակ՝ բետադին 10%, ստերիլ պինցետ և մկրատ, այլ պարագաներ՝ ըստ կարիքի:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Հեռացնել հին վիրակապը:
3. Զննել մաշկը, խուղակի վիճակը:
4. Եթե կան ախտաբանական փոփոխություններ, մեզի արտահոսք խուղակի կողքից կամ այլ խնդիրներ՝ տեղեկացնել բժշկին, որպեսզի նա ևս զննի:
5. Կաթետրի մշակում անտիսեպտիկով՝ մուտքից 10սմ երկարությամբ:

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. ուշադիր լինել՝ կաթետրը երբեք ձգված չպետք է լինի:

1. Նոր վիրակապի տեղադրում՝ ստերիլ մկրատով ստերիլ անձեռոցներից երկու «վարտիք» պատրաստել և միմյանց հանդիպակաց դնել կաթետրի երկու կողմից:
2. Ամրացնել կպչուն սպեղանիով:
3. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
4. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Վիրակապի փոխում և մաշկի զննում՝ օրական մեկ անգամ, կամ ավելի հաճախակի, եթե կա ցուցում:

**ՊԱՌԿԵԼԱԽՈՑԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ (ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ)**

Ծանր հիվանդի խնամքն ավելի դյուրին է իրականացնել, երբ նա լիովին մերկ է, քանզի որևէ տիպի հագուստը (հատկապես վերջինիս ծալքերը և կարերը), անկողնու սպիտակեղենի անհարթությունները, ինչպես նաև հավանական խոնավությունը (քրտնարտադրություն, մեզի արտահոսք, փսխում, վերքային արտադրություն) նպաստում են **շփաբորբերի և պառկելախոցերի** առաջացմանը:

Հյուսվածքների մեխանիկական վնասման և դեֆորմացիայի դեպքում, երբ առկա է նաև ճնշման գործադրում տվյալ հատվածի վրա և արյան շրջանառության խանգարում, ի հայտ են գալիս պառկելախոցերը: Դրանք կարող են տեղակայված լինել ոչ միայն մարմնի ստորադիր (մահճակալին հպվող) մակերեսների վրա, այլև ցանկացած տեղում, որտեղ երկարատև ճնշման հետևանքով հյուսվածքներում այս կամ այն աստիճանի իշեմիկ փոփոխություններ են զարգանում: Այդ ախտահարումները բնորոշվում են մաշկի և ստորադիր հյուսվածքների ու ստրուկտուրաների ընդգրկմամբ և արտահայտվում են տարբեր կերպ՝ վերնամաշկի կարմրությունից մինչև ենթամաշկի, մկանների,կապանների, ջլերի, նույնիսկ, ոսկրերի մեռուկացում:

Պառկած (և ոչ բավարար շարժվող կամ անշարժ) պացիենտների մոտ պառկելախոցերի առաջացման հիմնական շրջաններն են. սրբոսկրի, պոչուկի, նստաթմբերի, կրունկների, թիակների, ծոծրակի և արմունկների (վերկոճերի), որտեղ ստորադիր ոսկրային ստրուկտուրաները մաշկին մոտ են գտնվում:

Նստած դիրքում գտնվողերի մոտ պառկելախոցեր հիմնականում առաջանում են նստաթմբերի, ոտնաթաթերի և թիակների շրջանում:

Կողքի և որովայնի վրա պառկած դիրքերում՝ ականջների, ուսերի, ազդոսկրի մեծ տամբիոնի, մեծ և փոքր ոլոքների հեռակա հոդագլխիկների (կոճերի), կողոսկրերի, ծնկոսկրերի, զստոսկրերի կատարների շրջաններում:

Պառկելախոցի առաջացման հիմքում առանձնացվում են երեք հիմնական գործոն՝ ճնշումը, տեղաշարժող ուժը և շփումը:

**Ճնշումը**՝ սեփական մարմնի ծանրության ներքո հյուսվածքները, որոնք գտնվում են ոսկրերի և հենման մակերևույթի (մահճակալ, աթոռ և այլն) միջև, սեղմման մեջ են հայտնվում, ինչը բերում է իշեմիայի զարգացման: Արյան շրջանառության լիակատար և 2 ժամ անընդմեջ բացակայությունը հանգեցնում է հյուսվածքների մեռուկացման: Ճնշմանը հավելյալ կերպով նպաստում են անկողնու կոշտ սպիտակեղենը, հիվանդի հագուստը, կիպ ամրացված վիրակապերը:

**Տեղաշարժող ուժը**՝ նման վնասում լինում է, երբ պացիենտի մարմինը անկողնում ներքև կամ վերև, աջ կամ ձախ է սահում, ինչը հանգեցնում է հյուսվածքների ստրուկտուրաների իրար նկատմամբ տեղաշարժին և արյան շրջանառության խանգարմանը (այս առումով խորհուրդ է տրվում տեղաշարժերն իրականացնել պացիենտի մարմինն ամբողջովին անկողնու մակերևույթից պոկելով):

**Շփումը՝** տեղաշարժող ուժի բաղկացուցիչն է: Այն հանգեցնում է վերնամաշկի շերտազատմանը և մակերևույթի խոցոտմանը: Շփման անբարենպաստ հետևանքն ավելի ցայտուն է արտահայտվում մաշկի **խոնավության** պարագայում (մեզ, քրտինք և այլն), երբ պացիենտը պառկած է արհեստական նյութից պատրաստված, խոնավությունը վատ ներծծող սավանի կամ անմիջապես մոմլաթի վրա:

Անշուշտ, պառկելախոցերի առաջացման հարցում կարևոր են նաև պացիենտի տարիքը, սեռը, կենտրոնական նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ վիճակը և այլն:

Մաշկի հիպերեմիան սկսվող պառկելախոցի նախանշանն է: Դա է պատճառը, որ ռիսկի գործոններ ունեցող պացիենտների ողջ մարմնի ամենօրյա զննումը խնամքի կարևորագույն պայմաններից մեկն է: Այն թույլ է տալիս հայտնաբերել մաշկի կարմրությունը և անմիջապես պառկելախոցի կանխարգելման գործընթաց ձեռնարկել:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Պառկելախոցերի կանխարգելում, առկա պառկելախոցերի բուժում, պացիենտի մոտ վարակային բարդությունների և ներհիվանդանոցային վարակի կանխարգելում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր, օգնական/օգնականներ:

Մարմնի հիգիենայի պարագաներ (տե՛ս, համապատասխան բաժիններում):

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

**Պառկելախոցերի կանխարգելումը.**

1. Երկու ժամը մեկ անգամ պացիենտի դիրքը փոխել, յուրաքանչուր դիրքում թողնել մինչև երկու ժամ (ոչ ավելի երկարատև):

**ՆՇՈՒՄ**. հսկողության նպատակով խորհուրդ է տրվում դիրքափոխումները նշել հիվանդի մոտ գտնվող (պատին ամրացված) ժամանակացույցի վրա կամ խնամքի թերթիկում (եթե առկա է), իսկ դրանց բացակայության դեպքում՝ ընթացիկ թերթիկում:

1. Ցանկալի է գտնել տվյալ պացիենտի համար ամենահարմարավետ դիրքը, երբ մարմնի ծանրությունն առավելագույնս հավասարաչափ է տեղաբաշխվում (այդ նպատակով կարելի է տարբեր բարձեր կիրառել), և փորձել այնպես անել, որպեսզի ամեն մի մարմնամասի վրա նվազագույն ճնշում գործադրվի:
2. Պացիենտի մարմնի խոցելի հատվածները ձերծ պահել շփումից և ճնշումից:
3. Անհրաժեշտ է այդ հատվածների հանդեպ առավել խստորեն պահպանել հիգիենայի կանոնները:
4. Լվանալիս հեղուկ օճառ և փափուկ թաթման կամ նուրբ սպունգ օգտագործել:
5. Լվանալուց հետո մանրակրկիտ կերպով չորացնել և քսուքով պատել (եթե մաշկը չորանում է):
6. Խրախուսել պացիենտի ակտիվությունը (եթե հնարավոր է՝ նստեցնել, քայլեցնել):
7. Հնարավորինս կրճատել նույն դիրքում գտնվելու ժամանակահատվածները (հատկապես պառկելախոցերի առաջացմանը նպաստող դիրքում):
8. Անշարժ պացիենտների սիստեմատիկ դիրքափոխություն՝ շուրջօրյա, երկու ժամը մեկ անգամ:
9. Յուրաքանչյուր տեղաշարժման դեպքում զննել պացիենտի պառկելախոցի և շփաբորբի զարգացման իմաստով վտանգավոր շրջանների, առանձնապես փոսությունների ու ծալքերի մաշկը:
10. Անկողնու վիճակի հսկողություն՝ փշրանքների մաքրում, սպիտակեղենի ծալքերի հարթեցում:
11. Բացառել պացիենտի և մահճակալի կոշտ մասերի (օր.՝ կողաճաղեր, թիկնակներ) հպումը:
12. Չկիրառել ռետինե օղակներ և տակդիրներ, դրանք նպաստում են պառկելախոցերի տարածմանը (ավելի են մեծացնում ճնշումը արդեն իսկ ճնշված շրջանների վրա):
13. Դիրքափոխման ընթացքում ստուգել ճնշման կետերի մաշկի վիճակը:
14. Հետևել պացիենտի անձնական հիգիենայի պահպանմանը, ամեն առավոտ և երեկո լվանալ, լավ չորացնել և անտիսեպտիկով մշակել պառկելախոցի առաջացման հակում ունեցող մարմնամասերը:
15. Անկողնու սպիտակեղենը պետք է մաքուր և չոր լինի:
16. Հետևել, որպեսզի աղիքները կանոնավոր կերպով գործեն:
17. Կանխարգելել և բուժել անմիզապահությունը և ակամա դեֆեկացիան ու լուծը:
18. Հետևել պացիենտի սնուցմանը՝ սնունդը պետք է լինի դյուրամարս և բալանսավորված:
19. Չմոռանալ սննդային հավելումների մասին՝ վիտամիններ, միկրոտարրեր, էլեկտրոլիտներ:
20. Պետք է հիշել, որ անեմիան ևս պառկելախոցերի առաջացմանը նպաստող գործոններից է՝ կանխարգելել և բուժել սակավարյունությունը:

**ՆՇՈՒՄ**. **հակապառկելախոցային ներքնակների** կիրառումը կարող է նվազեցնել ախտահարման հավանականությունը, սակայն, չի փոխարինում լիարժեք խնամքի կանոնավոր իրականացմանը (մասնավորապես՝ դիրքային փոփոխություններին):

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Ողջ մարմնի մաշկի զննում՝ նվազագույնը օրը մեկ անգամ:

Արդեն առկա պառկելախոցի մշակում՝ համաձայն բժշկական ցուցումների և հրահանգների:

**Պառկելախոցերի տեղակայման սխեմատիկ պատկերումը**

Նպատակահարմար է պացիենտի մարմնին առկա պառկելախոցային մակերևույթների տեղադրությունը և ախտահարման աստիճանը (համապատասխան ստորև բերված սանդղակին) սխեմատիկորեն նշել մարդու մարմնի ուրվագծային պատկերների վրա (առաջային, հետին, աջ և ձախ կողմնային), ինչը թույլ կտա տեսնել ախտաբանական պրոցեսի տարածվածությունը, խորությունը և դինամիկան:

**Պառկելախոցերի գնահատման սանդղակը**

**I աստիճանը** սահմանափակվում է վերնամաշկով: Մաշկի ամբողջականությունը խախտված չէ: Դիտվում է կայուն հիպերեմիա, որը ճնշման վերացումից հետո չի անցնում: Առաջին աստիճանի պառկելախոցերի բուժման համար անհրաժեշտ է ախտահարված մաշկն օրական մի քանի անգամ մշակել որևէ անտիսեպտիկի լուծույթով և քսուքով:

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. պառկելախոցային մակերևույթները չի կարելի կալիումի պերմանգանատի լուծույթով մշակել, քանի որ մաշկի վրա կեղևի գոյավորումը կարող է հանգեցնել վերջինիս տակ բորբոքային և վարակային պրոցեսների զարգացմանը:

**II աստիճանը** բնորոշվում է մաշկային ծածկույթի ամբողջականության խախտմամբ և ոչ խորը, մակերեսային ախտահարմամբ՝ անցումով բուն մաշկին: Կայուն հիպերեմիան պահպանվում է: Տեղի է ունենում վերնամաշկի շերտազատում: Խորհուրդ է տրվում մշակել ջրածնի պերօքսիդի 3% լուծույթով և վերքային մակերեսը պատել հակաբիոտիկի քսուքով: Եթե առկա են մեռուկացած հյուսվածքներ՝ անհրաժեշտ է դրանք հեռացնել:

**ՆՇՈՒՄ**. առաջին և երկրորդ աստիճանի պառկելախոցերը բուժվում են կոնսերվատիվ եղանակով՝ հնարավոր է նաև բուժքրոջ կողմից:

**III աստիճանին** բնորոշ է մաշկային ծածկույթի (վերնամաշկ, բուն մաշկ) լիակատար քայքայումը և վերացումը, պրոցեսի խորացումը մինչև ստորադիր փափուկ հյուսվածքներ և ստրուկտուրաներ (մասնավորապես՝ փակեղներ և մկաններ):

**IV աստիճանի** դեպքումի հայտ է գալիս բոլոր փափուկ հյուսվածքների ախտահարում, խոռոչների ձևավորում՝ ջլերի, մկանների, ոսկրերի ընդգրկմամբ (երևում են վերքի մեջ):

**ՆՇՈՒՄ**. երրորդ և չորրորդ աստիճանի պառկելախոցերը բուժվում են վիրաբուժական մեթոդների կիրառմամբ՝ վիրաբույժի կողմից:

**Պառկելախոցերի բուժումը կատարվում է ախտահարման աստիճանին համապատասխան**:

**Պառկելախոցի շրջանի վիրակապությունը.**

Նախապատրաստել. ոչ ստերիլ և ստերիլ ձեռնոցներ, թանզիֆե անձեռոցներ, ջրածնի պերօքսիդի 3% լուծույթ, բետադինի 10% կամ քլորհեքսիդինի 0,5% լուծույթ, ստերիլ պինցետ, մկրատ, մոմլաթ կամ ներծծող տակդիր-լաթ, այլ պարագաներ ըստ անհրաժեշտության:

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Պացիենտին հարմարավետ դիրքավորել:
3. Բացել պառկելախոցի շրջանը:
4. Մոմլաթը կամ ներծծող նյութից պատրաստված ծածկոցը (վերջինիս կիրառումն ավելի նպատակահարմար է) տեղադրել ախտահարված օջախի տակ, սավանի վրա:
5. Հեռացնել հին վիրակապը:
6. Գնահատել վերքի և շրջակա մաշկի վիճակը:
7. Պինցետով վերցնել ստերիլ անձեռոցը, առատորեն թրջել ջրածնի պերօքսիդի 3% լուծույթով:
8. Նուրբ հպումնային շարժումներով մշակել վերքային մակերեսը և խոռոչը:
9. Օգտագործված առձեռոցը դեն նետել:
10. Վերցնել երկրորդը, նուրբ հպումնային շարժումներով չորացնել վերքային մակերեսը և խոռոչը:
11. Դեն նետել այն:
12. Վերցնել նոր ստերիլ անձեռոց, առատորեն թրջել բետադինի 10% կամ քլորհեքսիդինի 0,5% լուծույթով:
13. Մշակել վերքի շրջակա մաշկը:
14. Անձեռոցը դեն նետել:
15. Հաջորդ անձեռոցը պինցետով վերցնել, տեղադրել մյուս ձեռքի ափի մեջ՝ մեկ մատով այն ֆիքսելով:
16. Անձեռոցին բավարար քանակությամբ հակաբիոտիկային քսուք լցնել:
17. Անձեռոցը ծայրերից բռնել և, քսուքը դեպի վերքային մակերեսը, տեղադրել պառկելախոցի վրա:
18. Պինցետով չոր, ստերիլ անձեռոց վերցնել:
19. Տեղադրել քսուքով անձեռոցի վրա:
20. Կպչուն սպեղանիով բոլոր կողմերից ամրացել:
21. Հեռացնել մոմլաթը կամ ներծծող ծածկոցը:
22. Պացիենտին հարմարավետ դիրքի բերել:
23. Հեռացնել օգտագործված պարագաները:
24. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
25. Համապատասխան գրառում կատարել:

**ՆՇՈՒՄ**. վիրակապել կանոնավոր կերպով, օրական մեկ անգամ: Եթե վերքը կրնկի կամ արմնկային շրջանում է՝ վիրակապն ամրացնել բինտով:

**ԴԻՐՔԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆ (ՇՐՋՈՒՄՆԵՐ)**

Ադեկվատ գիտակցություն ունեցող և ինքնուրույն շարժվելու ընդունակ պացիենտների դիրքի փոփոխությունները կատարվում են նրա ընդգրկմամբ և օգնությամբ, ինչը բավականին հեշտացնում է միջամտության իրականացումը: Իսկ անգիտակից կամ անշարժ վիճակում գտնվող պացիենտի համար բուժանձնակազմն ինքը պետք է ապահովի առավելագույն ֆիզիոլոգիական դիրքը, գերադասելի է հետևյալը՝ անկողնում կիսանստած, ոտքերը փոքր-ինչ ծալված կոնք-ազդրային և ծնկան հոդերում, ոտնաթաթերը՝ սրունք-վեգային հոդերում 90°-ով ծալված և հենված, որպեսզի դեպի ներքև տեղաշարժ չլինի, արմունկների տակ փոքրիկ բարձեր դրված:

**ՆՇՈՒՄ**. վերնամաշկի վնասման և պառկելախոցերի առաջացման կանխարգելման նպատակով կարևոր է պացիենտի դիրքը փոխելիս նրան ոչ թե քաշել-սահեցնել սպիտակեղենի վրայով, այլ պոկել-բարձրացնել ստորադիր սավանից և հետո միայն տեղաշարժել: Անհրաժեշտ է երկու կամ ավելի անձով կատարել նման տեղաշարժերը: Բավականին արդյունավետ է դաստակներն, ափային մակերևույթներով դեպի վեր, ամբողջովին պացիենտի տակ մտցնելով նրան սավանից բարձրացրած իրականացնել տեղաշարժը (ամբարձիչի պես):

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. միշտ հիշեք ձեր անձնական անվտանգության կանոնների և առողջության պահպանման մասին՝ օպտիմալացնելով ծանրաբեռնվածությունը ողնաշարի, հոդերի, կապանների և մկանների վրա, ինչպես նաև բավարար թվով աշխատակից ընդգրկելով ֆիզիկական ուժ պահանջող բոլոր գործառույթներում:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Պացիենտի հարմարավետության ապահովում: Դիրքի հետ կապված բարդությունների, այդ թվում՝ պառկելախոցերի կանխարգելում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր և օգնական/օգնականներ:

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ: Լրացուցիչ բարձեր, փափուկ նյութից (օրինակ՝ սպունգից) պատրաստված տարբեր տրամագծի և երկարության գլաններ: Այլ պարագաներ՝ ըստ կարիքի:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

**Հիվանդի տեղաշարժ դեպի վեր.**

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Պացիենտին բերել մեջքի վրա պառկած դիրքի:
3. Հեռացնել բարձը և ծածկոցը (վերմակը):
4. Մահճակալի գլխամասում բարձ դնել, որպեսզի վեր տանելիս պացիենտը գլուխով պատահաբար չդիպչի մահճակալի թիկնակին:
5. Գիտակցություն ունեցող պացիենտին առաջարկել կրծքի վրա դաստակներով գրկել սեփական արմունկները:
6. Անձնակազմի առաջին անդամի գործողությունները՝ կանգնել հիվանդի իրանի վերին մասին մոտ, գլխին ավելի մոտ գտնվող ձեռքը մտցնել պարանոցի և ուսգոտու տակ:
7. Շարունակել այդ ձեռքի առաջխաղացումը դեպի հակառակ կողմի ուսը:
8. Մյուս ձեռքով գրկել պացիենտի մոտակա ձեռքը՝ նախաբազուկը և բազուկը:
9. Անձնակազմի երկրորդ անդամի գործողությունները՝ նույն կողմից կանգնել պացիենտի իրանի ստորին հատվածի մոտ:
10. Ձեռքերը մտցնել նրա գոտկատեղի և ազդրերի տակ:
11. Գիտակցություն ունեցող պացիենտին առաջարկել ծնկան հոդում ոտքերը ծալել՝ առանց ներբանները մահճակալից պոկելու:
12. Պացիենտի պարանոցը ծալել՝ կզակը կրծքին մոտ բերելով, ինչը փոքրացնում է դիմադրությունը և բարձրացնում նրա շարժունակությունը:
13. Խնդրել նրան՝ «մե՛կ, երկու՛, ԵՐԵ՛Ք» հաշվարկով կրունկներով հրվելով մահճակալից, օգնել բուժքույրերին մարմինը դեպի գլխամաս տեղաշարժելուն:

**ՆՇՈՒՄ**. անգիտակից կամ անշարժ պացիենտի տեղաշարժն իրականացվում է բացառապես բուժաշխատողերի ուժերով: Ծանր հիվանդների տեղաշարժի համար հնարավոր է ևս մի քանի անձի ներգրավման կարիք առաջանա:

1. Մահճակալի գլխամասի մոտ գտնվող օգնականին՝ բարձրացնել հիվանդի գլուխը և կրծքավանդակը, որպեսզի մյուս օգնականը բարձը դնի գլխի տակ:
2. Հիվանդին հարմարավետ դիրքի բերել:
3. Ծածկել վերմակով:
4. Վստահ լինել, որ պացիենտն իրեն լավ է զգում:
5. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
6. Համապատասխան գրառում կատարել:

**ՊԱՌԿԵԼԱԽՈՑԵՐԻ ԱՌԱՋԱՑՈՒՄԸ ԿԱՆԽԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ 2 ԺԱՄԸ ՄԵԿ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԴԻՐՔԸ ՓՈԽԵԼ՝ ՄԵՋՔԻՆ ՊԱՌԿԱԾ ԴԻՐՔԻՑ ԲԵՐԵԼ ԿՈՂՔԻՆ ՊԱՌԿԱԾ ԴԻՐՔԻ, ԸՆԴ ՈՐՈՒՄ, ՄԵԿ ԱՆԳԱՄ ԱՋ ԿՈՂՔԻՆ, ՀԱՋՈՐԴ ԱՆԳԱՄ՝ ՁԱԽ ԿՈՂՔԻՆ:**

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. հիվանդի դիրքի փոփոխությունները (շրջումները) կատարել միայն հակացուցումների բացակայության դեպքում:

**Հիվանդի կողաշրջում.**

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. **Եթե անհրաժեշտ է պացիենտին շրջել աջ կողքին**. կանգնել նրա աջ կողմից, ծալել ձախ ոտքը ծնկան հոդում և ձախ ոտնաթաթը տեղադրել աջ ծնկափոսում:
3. Մեկ ձեռքը տեղադրել պացիենտի ձախ ազդրի վրա, մյուս ձեռքը՝ ձախ ուսի վրա:
4. Պացիենտին շրջել դեպի աջ՝ ձախ ազդրը որպես լծակ օգտագործելով:
5. Բարձը հիվանդի գլխի և պարանոցի տակ տեղադրել այնպես, որպեսզի հնարավորինս նվազեցվի պարանոցի կողմնային թեքումը և մկանների լարումը:
6. Պացիենտի երկու ձեռքերին չափավոր ծալված դիրք տալ, այդ դեպքում «վերևում» գտնվող ձեռքը պետք է գտնվի գլխի և ուսի մակարդակին, իսկ «ներքևում» գտնվողը՝ գլխի տակի բարձի վրա:
7. «Վերևում» գտնվող ձեռքի տակ բարձ դնել:
8. Մեջքի կողմից՝ մեջքի տակ ծալված բարձ կամ գլանաձ և փաթաթված վերմակ դնել, մասամբ հիվանդի տակ մտցնելով, նրա դիրքին կայունություն հաղորդելու նպատակով:
9. «Վերևում» գտնվող փոքր-ինչ ծալված ստորին վերջույթի տակ բարձ/բարձեր տեղադրել՝ աճուկային շրջանից մինչև ոտնաթաթ (ծնկան հոդի և կոճերի շրջանի պառկելախոցի և վերջույթի գերտարածման կանխարգելում):
10. «Ներքևում» գտնվող ոտնաթաթի համար հենարան ապահովել (90° անկյան տակ), ինչը նպատակ ունի կանխել վերջինիս «կախ ընկնելը»:
11. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
12. Համապատասխան գրառում կատարել:

**Պացիենտին կողմնային դիրքից հեշտությամբ կարելի է որովայնին պառկած դիրքի բերել.**

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Հիվանդի գլխի տակից բարձը հեռացնել:
3. «Ներքևում» գտնվող ձեռքը արմնկային հոդում տարածել և կիպ հպել իրանին ողջ երկարությամբ:
4. Այդ ձեռքի դաստակը «ներքևում» գտնվող ազդրի տակ դնելով պացիենտին շրջել երեսնիվայր՝ որովայնի վրա:
5. Պացիենտին տեղաշարժել դեպի մահճակալի մեջտեղը:
6. Հիվանդի գլուխը կողքի թեքել և տակը ցածր բարձ դնել (այդ կերպ կթուլանա պարանոցային ողերի ծալումը կամ գերտարածումը, ավելի հանգիստ կլինեն այդ շրջանի մկանները):
7. Փոքրիկ բարձ դնել որովայնի տակ, ստոծանուց փոքր-ինչ վար, ինչը ավելի հարմարավետ կդարձնի գոտկային ողերի դիրքը և կնվազեցնի այդ շրջանի մկանների լարվածությունը, կնվազի նաև ճնշումը կրծքավանդակի վրա:
8. Պացիենտի ձեռքերն արմնկային հոդում ծալել:
9. Այնուհետև, ձեռքերը վեր բարձրացնել, այնպես, որպեսզի դաստակները գլխի մոտ գտնվեն:
10. Սրունքների և սրունք-վեգային հոդերի տակ բարձիկներ կամ գլանիկներ տեղադրել, որպեսզի կանխվի վերջիններից «կախ ընկնելը» և ոտնաթաթի պտույտը:
11. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
12. Համապատասխան գրառում կատարել:

**Անցում փորին պառկած դիրքից Սիմսի դիրքին: Սա միջանկյալ դիրք է «փորին պառկածի» և «կողքին պառկածի միջև», այս դիրքը երբեմն անվանում են նաև «կողքի կամ կողմնային ապահով դիրք», որը կիրառվում է գիտակցության բացակայությամբ, սակայն, ինքնուրույն շնչառություն ունեցող տուժածների (կամ հիվանդների) մոտ, երբ անհրաժեշտ է մշտապես բաց պահել վերին շնչուղիները, կանխել փսխման զանգվածով վերջիններիս խցանումը (ինչպես նաև ասպիրացիան):**

1. Հեռացնել բարձը պացիենտի որովայնի տակից:
2. «Վերևի» ոտքը ծնկան հոդում ծալել:
3. Բարձը տեղադրել ծալված «վերևի» ոտքի տակ:
4. Մեկ այլ բարձ տեղադրել արմնկային հոդում 90°-ով ծալված «վերևի» ձեռքի տակ:
5. Ծալված «ներքևի» ձեռքը տարածել և գրեթե ուղիղ վիճակում տեղադրել անկողնու վրա:
6. Ապահովել «ներքևի» ոտքի (որը գրեթե ուղիղ վիճակում է) 90°-ի տակ գտնվող ոտնաթաթի կայուն հենումը:
7. Գլուխը պետք է լինի բարձի վրա, դեմքով դեպի «վերևի» ձեռքը:
8. Երկու ոտքերի արանքում (հատկապես «վերևի» ոտքի ծնկան հոդի տակ) երկար բարձ տեղադրել, որպեսզի վերջիններս ոսկրային կետերով միմյանց չհպվեն:

**ՆՇՈՒՄ**. այս քայլերը հնարավորություն են տալիս պահպանել մարմնի ճիշտ բիոմեխանիկան, ինչպես նաև նվազեցնել պառկելախոցերի առաջացման ռիսկը:

**Անցում Սիմսի դիրքից մեջքին պառկած դիրքի.**

1. Կանգնել դեմքով դեպի պացիենտի դեմքը:
2. Պացիենտի ձեռքի և ծնկան հոդի տակից բարձերը հանել:
3. «Վերևի» ձեռքն ուղղել և տեղադրել իրանի երկարությամբ:
4. «Վերևի» ոտքը դնել «ներքևի» ոտքի վրա:
5. Ուղղել և ափով ազդրին հպել պացիենտի «ներքևի» ձեռքը:
6. Բարձրացնել պացիենտի իրանի «վերևի» կեսը՝ ձեզնից հեռու հրելով նրան բերել կողքի դիրքի:
7. Ավելի ուղղել և իրանի տակ մտցնել «ներքևի» ձեռքը:
8. Պացիենտին զգուշորեն և նրբորեն շրջել մեջքի վրա:
9. Նրան հարմար դիրքավորել՝ տեղադրելով բարձեր և գլաններ հոդերի տակ, ճնշման տեսակետից խոցելի ոսկրային կետերում (մեջքի վրա դիրքի վերաբերյալ նշված է վերը):
10. Հարդարել սավանը՝ երկու կողմից միաժամանակ ձգելով և հարթեցնելով:
11. Ծածկել հիվանդին:
12. Ձեռնոցները հանել, լվանալ ձեռքերը օճառով, չորացնել:
13. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Անշարժ պացիենտներին՝ «մեջք - կողք - մեջք - մյուս կողք …» դիրքափոխումը պետք է կատարել շուրջօրյա, երկու ժամը մեկ անգամ, յուրաքանչյուր նոր դիրքում թողնել մինչև երկու ժամ:

Որովայնային կամ Սիմսի դիրքերն իրականացնել բժշկի նշանակմամբ, եթե հակացուցումներ չկան:

**ՆՇՈՒՄ**. հակացուցումների բացակայության դեպքում և հնարավորության սահմաններում, եթե պացիենտի կլինիկական վիճակը թույլ է տալիս, նրա տարբեր օրգան-համակարգերի վրա բարերար ներգործություն կարող է ունենալ պարբերաբար նստած դիրք տալը (աթոռին կամ բազկաթոռին)՝ բնականաբար, անվտանգության կանոնների պարտադիր պահպանման պայմանով:

**ԿՈՆՏՐԱԿՏՈՒՐԱՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ (ՊԱՍԻՎ ՇԱՐԺՈՒՄՆԵՐ)**

Կոնտրակտուրան՝ հոդի շարժումների սահմանափակումը կամ վերացումն է, որը կարող է հետևանք լինել ինչպես այդ շրջանի բազմաբնույթ վնասվածքների, այնպես էլ երկարատև անշարժության: Կոնտրակտուրան իր հերթին հանգեցնում է տվյալ հոդի շարժումներն ապահովող մկանների հիպոտրոֆիայի կամ, նույնիսկ, ատրոֆիայի: Եթե պացիենտը կարող է ակտիվ շարժումներ կատարել, ապա անհրաժեշտ է նրան ոգևորել և օժանդակել: Իսկ եթե պացիենտն ինչ-ինչ պատճառով անընդունակ է ակտիվ շարժումների (նյարդա-մկանային ախտահարումներ, ինսուլտ, անգիտակից վիճակ), ապա այդ կարևորագույն գործընթացը ևս պետք է դառնա խնամք իրականացնողերի հոգածության առարկան և կանոնավոր կերպով իրականացվի ի թիվս խնամքի մնացած բաղադրիչների:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Պասիվ շարժումների նպատակը հոդերի շրջանում անշարժության և մկանների ատրոֆիայի կանխարգելումն է: Շատ կարևոր է նաև կոնտրակտուրայի հետևանքով ցավային համախտանիշի զարգացման կանխարգելումը:

Արդեն զարգացած կարկամության դեպքում հնարավոր է աստիճանաբար վերականգնել անշարժ հոդի շարժունակությունը նույնիսկ ամբողջ ծավալով. այս պարագայում հաջողության գրավականը սիստեմատիկորեն և համառորեն իրականացվող ֆիզիոթերապիան և կինեզոթերապիան են՝ խնամքի մյուս գործողությունների պարտադիր կատարման պայմաններում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր կամ ֆիզիոթերապիայի (կինեզոթերապիայի) մասնագետ:

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ: Այլ պարագաներ՝ ըստ անհրաժեշտության:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

Տվյալ միջամտության նեղ մասնագիտական մանրամասներին չենք անդրադառնա: Ընդհանուր գծերով կներկայացնենք անգիտակից վիճակում գտնվող և անշարժ պացիենտների հետ կատարվող պասիվ շարժումները, որոնք հնարավոր է և անհրաժեշտ է կատարել ամենօրյա խնամքի շրջանակում:

1. Պետք է փորձել «աշխատեցնել» մարմնի բոլոր հոդերը՝ թե՛ խոշոր, թե՛ մանր:
2. Նպատակահարմար է այդ վարժությունները կատարել հիվանդի մեջքային դիրքում, հատկապես խոշոր հոդերի համար (կոնք-ազդրային, ծնկան, ուսային, արմնկային):
3. Մանր հոդերի (սրունք-վեգային, ճաճանչ-դաստակային, վերին և ստորին վերջույթների միջֆալանգային) պասիվ շարժումները կարելի է կատարել պացիենտի ցանկացած դիրքում:
4. Չմոռանալ նաև՝ ողնաշարի միջողային հոդերի շարժումների կարևորության մասին (պացիենտի դիրքափոխության ընթացքում ողնաշարն այս կամ այն չափով ընդգրկվում է շարժումների մեջ):
5. Զգուշություն է պետք ցուցաբերել ողնաշարի պարանոցային հատվածի շարժումների ընթացքում:
6. Չմոռանալ ստորին ծնոտի պասիվ շարժումների անհրաժեշտության մասին ևս:
7. Պասիվ շարժումներին զուգահեռ պետք է նաև լարված մկանների նուրբ մերսում կատարել:

**ՆՇՈՒՄ**. պասիվ շարժումներն իրականացվում են խնամքի մյուս գործողությունների գործելակարգին թելադրվող պահանջների պահպանմամբ՝ ձեռնոցների կրում, կատարված գործողության գրանցում և այլն:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Օրը մի քանի անգամ: Գիշերը կարելի է դադար տալ:

**ԱՆԿՈՂՆՈՒ ՍՊԻՏԱԿԵՂԵՆԻ ՓՈԽՈՒՄԸ**

Կդիտարկենք գործողություններն այն իրավիճակում, երբ պացիենտը լիովին անշարժ է, այսինքն՝ գործողության ընթացքում նրա կողմից ոչ մի օժանդակություն չի ցուցաբերվում: Հաճախ նման հիվանդների մոտ առկա է նաև գիտակցության այս կամ այն աստիճանի ընկճում կամ բացակայություն:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Մաքուր և հարմարավետ անկողնու ապահովում պացիենտի համար: Մաքուր միջավայր ստեղծելով՝ վարակային բարդությունների ռիսկի նվազեցում: Պառկելախոցերի առաջացման համար նպաստավոր պայմանների զարգացման կանխարգելում կամ նվազեցում (սպիտակեղենի ծալքերի և ճնշման կետերի վերացում):

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր և օգնական: Մեծ կշռով հիվանդների դեպքում հնարավոր է ևս մեկ լրացուցիչ օգնականի կարիք զգացվի: Օգնականի/օգնականների դերում կարող են լինել բուժքույրեր, բուժակներ, կրտսեր բուժքույրեր, սանիտարուհիներ, բժիշկներ:

Անկողնային սպիտակեղենի մեկ թարմ հավաքածու՝ բարձի երես, սավան, ծածկոց (վերմակ և ծրար), աղտոտված սպիտակեղենի հավաքման պարկ, ձեռնոցներ: Հարկավոր է պատրաստ լինել նաև պացիենտի հետ կատարվող որևէ հիգիենիկ միջամտության (մաքրում, լվացում, պամպերսի փոխում կամ այլ):

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Ստուգել և վստահ լինել, որ անկողնում որևէ օտար առարկա չկա և հիվանդին միացված լարերը, գծերը, շնչական և դրենաժային խողովակներն ամրացված չեն սավանին կամ բարձի երեսին:
3. Մահճակալը հորիզոնական դիրքի բերել:
4. Իջեցնել մահճակալի ապահովության կողաճաղերը (եթե բարձրացված էին):
5. Ծրարի միջից հանել վերմակը և պացիենտին գործողության ընթացքում ծածկել միայն ծրարով կամ այլ սավանով:
6. Որքան հնարավոր է, պացիենտին մոտեցնել մահճակալի եզրերից մեկին, այդ կողմից մոտենալ և զգուշորեն նրան շրջել դեմքով դեպի Ձեզ, մոտավորապես 90°-ով (կողմը կախված է հիվանդի միացումներից՝ ներարկման գծեր, մոնիտորինգի լարեր, շնչական և դրենաժային խողովակներ):

**ՆՇՈՒՄ**. շրջման ընթացքում պաշտպանել գլուխը և պարանոցը կտրուկ շարժումներից: Ուշադիր լինել՝ վերջույթները պետք է հարմարավետ դիրքում գտնվեն:

**ՆՇՈՒՄ**. միջամտության ողջ ընթացքում պացիենտը դեմքի կողմից մշտապես պետք է բուժքրոջ կամ օգնականի կողմից ֆիքսված լինի, իսկ մեջքի կողմում գտնվող մնացած անձինք մյուս գործողությունները կատարեն:

**ՆՇՈՒՄ**. միջամտության ընթացքում հետևել հիվանդի ընդհանուր վիճակին, մոնիտորին արտացոլված կենսացուցանիշներին:

**ՆՇՈՒՄ**. նպատակահարմար է այս միջամտության ընթացքում զննել պացիենտին բոլոր կողմերից հնարավոր մաշկային փոփոխությունները հայտնաբերելու նպատակով:

1. Հանել բարձը գլխի տակից, բարձի երեսը նետել աղտոտված սպիտակեղենի պարկ, նոր երես հագցնել:
2. Աղտոտված սավանը հիվանդի մեջքի կողմից երկարությամբ գլանաձև փաթաթելով հավաքել մարմնին հնարավորինս մոտ:
3. Երկարությամբ կրկնակի ծալված (կամ երկարությամբ գլանաձև փաթաթված) մաքուր սավանը տեղադրել մահճակալի ազատ կեսում:
4. Սավանի մի եզրը, պացիենտի հակառակ կողմում, երկարությամբ մտցնել ներքնակի տակ:
5. Սավանը ողջ երկարությամբ մոտեցնել պացիենտի մարմնին:
6. Պացիենտին զգուշորեն (կրկին՝ պահպանելով մարմնի հանդեպ գլխի և պարանոցի հնարավորինս անշարժ դիրքը) շրջել և պառկեցնել մաքուր սավանի փռված կեսի վրա:
7. Մաքուր սավանի կողմից մեկ կամ երկու հոգով պացիենտին դեպի իրենց կողմը թեքելով մյուս կողմից հեռացնել աղտոտված սավանը և ձգելով փռել մաքուրը:
8. Աղտոտված սավանը նետել պարկի մեջ:
9. Մաքուր սավանի եզրը ողջ երկարությամբ մտցնել ներքնակի տակ;
10. Բոլոր կողմերից միաժամանակ ձգելով սավանը հարթեցնել:

**ՆՇՈՒՄ**. պացիենտի տակ գտնվող մասերում սավանը չպետք է ծալքեր և կոշտություններ ունենա՝ մաշկի վնասումը կանխելու նպատակով:

1. Վերմակը մտցնել մաքուր ծրարի մեջ, ծածկել պացիենտին, միաժամանակ աղտոտված ծրարը հեռացնել և նետել պարկը:

**ՆՇՈՒՄ**. ըստ անհրաժեշտության (եթե աղտոտման հավանականությունը մեծ է, օրինակ՝ լուծի կամ ակամա դեֆեկացիայի դեպքում), բացի պամպերսից պացիենտի հետույքի տակ կարելի է համապատասխան չափսի ներծծող տակդիր-լաթ տեղադրել:

1. Հիվանդին հարմարավետ դիրքի բերել, եթե անհրաժեշտ է, տեղաշարժել դեպի մահճակալի գլխամաս:
2. Աղտոտված սպիտակեղենի հետ շփված կոշտ մակեսեսներն ախտահանել:
3. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
4. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Օրը մեկ անգամ, կամ ավելի հաճախակի՝ ըստ կարիքի:

**ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Բերանի խոռոչի, լեզվի, ատամների մաքրում փառից, լորձից, միկրոօրգանիզմներից, սննդի մնացորդներից, վարակի կանխարգելում:

Փառը բաղկացած է լորձից, էպիթելային բջիջներից, նեխման փուլում գտնվող սննդի մնացորդներից և մանրէներից: Այս ամենի կուտակումը հանգեցնում է բերանի խոռոչի բորբոքային և նեխման պրոցեսների, ուղեկցվում է տհաճ հոտով: Սրա հետ կապված դիսկոմֆորտը պատճառ է հանդիսանում ախորժակի իջեցման, ինքնազգացողության վատթարացման:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ոչ ստերիլ ձեռնոցներ, բամբակյա կամ թանզիֆե խծուծներ (բավարար քանակով), թանզիֆե անձեռոցներ, պինցետ և շպատել, երկու լոբաձև թասիկ՝ մաքուր և օգտագործված անձեռոցների և խծուծների համար, կալիումի պերմանգանատի բաց վարդագույն երանգի, կամ նատրիումի բիկարբոնատի 2%, կամ նատրիումի քլորիդի 0,9%, կամ ջրածնի պերօքսիդի 3% (որի մեկ ճաշի գդալը լցնում են մեկ բաժակ ջրի մեջ), կամ ֆուրացիլինի 1:5000 խտության լուծույթ, Ժանեի կամ 60մլ ծավալով ներարկիչ (բերանի խոռոչի ողողման համար), գլիցերին կամ վազելինի յուղ, արտածծիչ համակարգ:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

**Ներկայացնենք գիտակցությունը պահպանված և որոշակիորեն համագործակցող պացիենտի հետ կատարվող աշխատանքը.**

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Մահճակալի գլխամասը բարձրացնել կամ պացիենտի գլխի տակ բարձեր դնել:
3. Կուրծքը ծածկել սրբիչով:
4. Խնդրել հիվանդին իր ձեռքերով բռնել և կզակին մոտ պահել լոբաձև թասիկը (եթե նա ի վիճակի չէ, այդ կատարում է օգնականը):
5. Պինցետով վերցնել խծուծն այնպես, որպեսզի գործիքի սուր ծայրերն ընկղմված լինեն փափուկ նյութի (բամբակի կամ թանզիֆի) մեջ:
6. Խծուծը թրջել կալիումի պերմանգանատի կամ առաջարկված լուծույթներից որևէ մեկով:
7. Պացիենտին խնդրել, որպեսզի բերանը լայն բացի:
8. Ձախ ձեռքն առնել շպատելը, մտցնել բերանը և պացիենտի այտը ներսի կողմից հեռացնել ատամներից:
9. Խծուծով մաքրել վերին և ստորին ծնոտների տվյալ կեսի ատամների կողմնային, վերին և ստորին մակերեսները: Խծուծները հաճախակի փոխել (մեկ խծուծը 2-3 ատամի համար) վարակի փոխանցումը մեկ ատամից մյուսին կանխելու նպատակով:

**ՆՇՈՒՄ**. ատամների մաքրումը սկսել վերին ծնոտից:

1. Նույն կերպ իրականացնել մյուս կողմի վերին և ստորին ծնոտների ատամների սանացիան:
2. Այնուհետև, պացիենտին առաջարկել բերանը ողողել եռացրած գոլ ջրով կամ կալիումի պերմանգանատի բաց վարդագույն լուծույթով:
3. Եթե պացիենտը չի կարողանում ինքնուրույն բերանը ողողել, ապա անհրաժեշտ է դա կատարել հետևյալ հերթականությամբ՝ օգտագործելով մեծ ծավալով ներարկիչ.

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. նախապես ստուգել արտածծիչի աշխատունակությունը:

* Գլուխը բարձրացնել՝ հեղուկի անցումը շնչուղիներ կանխելու համար;
* Գլուխը կողքի թեքել;
* Այտի տակ սրբիչ գցել, բերանի անկյան տակ լոբաձև թասիկ տեղադրել;
* Ներակիչը լցնել նշված անտիսեպտիկ լուծույթներից որևէ մեկով;
* Խնդրել պացիենտին (և/կամ օժանդակել նրան) բերանը բացել;
* Հակառակ կողմի այտը ներսի կողմից լվանալ ներարկիչից շիթով տրվող ախտահանիչ լուծույթով;
* Տեղափոխվել մահճակալի հակառակ կողմը, կատարել նույն գործողությունը մյուս այտի հետ՝ պացիենտի գլուխն այս անգամ հակառակ կողմ թեքելով:
* Ողողման հեղուկն ամբողջությամբ բերանի խոռոչից հեռացնելու համար արտածծման համակարգն է օգտագործվում (շարժական վակուում սարք կամ կենտրոնացված վակուում, արտածծման խողովակ, արտածծման կաթետր, լվացման հեղուկի հավաքման անոթ):

1. Լեզվի վրա փառ նկատելիս խնդրել հիվանդին լեզուն դուրս բերել: Ձախ ձեռքի մատերով, անձեռոցի օգնությամբ բռնել լեզվի ծայրը: Աջ ձեռքով, շպատելի օգնությամբ փառը մաքրել: Այնուհետև, պինցետով վերցնել անտիսեպտիկ լուծույթով թրջված խծուծը և մշակել լեզվի մարմնի վերին-առաջային մակերեսը (այն կոչվում է լեզվի մեջք): Մեկ այլ խծուծով չափավոր քանակի գլիցերին կամ վազելինային յուղ քսել լեզվի մարմնի վերին-առաջային մակերեսին:
2. Եթե պացիենտի շրթունքներին կամ բերանի անկյուններում ճաքեր են նկատվում, ապա այդ շրջանը ևս մշակվում է գլիցերինով կամ վազելինային յուղով:

**ՆՇՈՒՄ**. որպեսզի բերանի միկրոֆլորան տոլերանտ (հանդուրժող) չդառնա անտիսեպտիկի հանդեպ, խորհուրդ է տրվում պարբերաբար այն փոխել:

**ՆՇՈՒՄ**. կարելի է բերանի խոռոչի վերջնական ողողման կամ ընթացիկ հիգիենիկ նպատակով պատրաստի լուծույթներ օգտագործել («Listerine», «Colgate», «Oral-B», «Reach» և այլն), որոնք անտիսեպտիկ ազդեցություն ունեն, ինչպես նաև հաճելի համազգացողություն են ապահովում:

1. Պացիենտին հարմարավետ դիրքի բերել:
2. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
3. Համապատասխան գրառում կատարել:

**ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿ**. ջուր տալ հիվանդին, խնդրել նրան ողողել և թափել թասիկի մեջ: Ատամի խոզանակը կամ սպունգից պատրաստված ատամմաքրիչը թրջել, ատամի մածուկ քսել վրան և հաջորդաբար մաքրել վերին ծնոտի, այնուհետև ստորին ծնոտի ատամները բոլոր կողմերից: Ատամները պետք է մաքրել լնդերից դեպի ատամի պսակ ուղղությամբ, նախ թշային և քմային/լեզվային մակերեսները, այնուհետև՝ ծամիչ մակերեսները: Խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր ծնոտի ատամնաշարը բաժանել չորս սեգմենտի (ամեն սեգմենտում 4-ական ատամ) և դրանք մաքրել առանձին-առանձին: Ատամներից հետո անցնել լեզվի մաքրմանը: Օգնել հիվանդին ողողել բերանի խոռոչը և թափել ողողման ջուրը:

**ՆՇՈՒՄ**. նախընտրելի է ծանր, երկարատև պառկած պացիենտների բերանի խոռոչի խնամքն իրականացնել անտիսեպտիկ լուծույթների պարտադիր կիրառումով (բերանի խոռոչը մանրէներով «ամենահարուստ» տեղն է):

**Բերանի խոռոչի խնամքը անգիտակից պացիենտի մոտ**

1. Նախապատրաստել անհրաժեշտ պարագաները՝ ոչ ստերիլ ձեռնոցներ, թանզիֆե անձեռոցներ, բաժակ կամ գավաթ, սպունգային ատամմաքրիչ, երկու սրբիչ, լոբաձև թասիկ՝ լվացուկների հավաքման համար, օգտագործված նյութերը հավաքելու փաթեթ կամ թասիկ, կպչուն սպեղանի, մկրատ, փայտյա շպատել, գավաթ, վերը նշված անտիսեպտիկ լուծույթներից որևէ մեկը:
2. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
3. Ստուգել արտածծման համակարգի աշխատունակությունը և արտածծման համար նախատեսված պարագաների առկայությունը: Հավաքել համակարգը՝ այն պետք է միշտ պատրաստ լինի անմիջապես արտածծում իրականացնելուն:
4. Փայտյա շպատելի վրա անձեռոց փաթաթել և ֆիքսել կպչուն սպեղանիով:
5. Բաժակի կամ գավաթի մեջ բերանի խոռոչի մշակման նպատակով օգտագործվող անտիսեպտիկ լուծույթ լցնել:
6. Պացիենտին կողքի շրջել, այնպես, որպեսզի նրա դեմքը գտնվի բարձի եզրին:
7. Բացել սրբիչը և փռել հիվանդի գլխի տակ:

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. անգիտակից պացիենտի հետ իրականացվող դիրքային փոփոխությունները պետք է կատարվեն առավելագույնս զգուշորեն, հատկապես պարանոցի և գլխի շրջանում: Շրջումների ընթացքում բուժքույրը պետք է պացիենտի գլուխը և պարանոցը անշարժացնի՝ թեքումները կատարի իրանի հետ զուգընթաց, առանց կտրուկ շարժումների, սահուն և նրբորեն:

1. Երկրորդ սրբիչով ծածկել պացիենտի կուրծքը:
2. Լոբաձև թասիկը տեղադրել կզակի տակ:
3. Առանց ուժ գործադրելու, նրբորեն բացել հիվանդի բերանը, ձախ ձեռքի 1-ին, 2-րդ և 3-րդ մատերը մտցնել ներս և վերին ու ստորին ծնոտներն իրարից հեռացնել:
4. Ատամների արանքը դնել նախապատրաստված փայտյա շպատելը, որպեսզի բերանը բաց մնա:
5. Ցուցամատին անձեռոց փաթաթել, այն բութ մատով պահելով թրջել անտիսեպտիկ լուծույթով:
6. Մշակել քիմքը, այտերի ներսային մակերեսները, լնդերը, լեզուն, շրթունքները:

**ՆՇՈՒՄ**. անձեռոցները հաճախակի փոխել:

1. Օգտագործված անձեռոցները նետել թափոնների համար նախատեսված փաթեթի կամ թասիկի մեջ:
2. Ատամները մաքրել առանց ատամի մածուկի, օգտագործել սպունգային ատամմաքրիչ:
3. Ողողել բերանի խոռոչը ջրով՝ օգտագործելով մեծ ծավալի ներարկիչ:
4. Բերանի խոռոչից արտածծիչով հեռացնել կուտակված հեղուկը:
5. Չորացնել պացիենտի այտերը, շրթունքները:
6. Շրթունքներին վազելինային յուղ կամ գլիցերին քսել:

**ՆՇՈՒՄ**. պետք է բացառել շրթունքների չորացումը, այն կարող է հանգեցնել վերքերի առաջացման և վարակի ներթափանցման:

1. Հեռացնել սրբիչները:
2. Պացիենտին հարմարավետ կերպով դիրքավորել (բերել նախկին դիրքին):
3. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
4. Համապատասխան գրառում կատարել:

**Դնովի (շարժական) ատամնապրոթեզների խնամքը.**

Նախապատրաստական փուլը. անհրաժեշտ պարագաները՝ ինչպես նշված է վերը, հավելյալ՝ ատամնապրոթեզի համար նախատեսված անոթ կամ տուփիկ:

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Խնդրել պացիենտին գլուխը թեքել:
3. Սրբիչով ծածկել հիվանդի կուրծքը և պարանոցը:
4. Թասիկը դնել կզակի տակ, սրբիչի վրա:
5. Խնդրել հիվանդին մի ձեռքով բռնել թասիկը, մյուսով՝ ջրով բաժակը և ողողել բերանը:
6. Խնդրել նրան հանել ատամնապրոթեզը կամ ատամնապրոթեզները և դնել լոբաձև թասիկի մեջ:
7. Լվանալ դրանք հոսող ջրի տակ, խոզանակով և ատամի մածուկով:
8. Մաքրաջրել և չորացնել:
9. Դնել նախապես լվացված և չորացված համապատասխան անոթի կամ տուփիկի մեջ :

**ՆՇՈՒՄ**. անգիտակից պացիենտի շարժական ատամնապրոթեզներն ի սկզբանե հեռացվում են:

**Եթե պացիենտն ինքնուրույն չի կարողանում հեռացնել ատամնապրոթեզը**.

1. Նախապատրաստական գործողությունները՝ վերը նշվածի պես:
2. Ձեռքի առաջին և երկրորդ մատերով, անձեռոցի օգնությամբ բռնել պրոթեզը և տատանողական շարժումներով զգուշությամբ դուրս քաշել:
3. Դնել լոբաձև թասիկի մեջ:
4. Ողողել պացիենտի բերանը:
5. Հանված պրոթեզի բոլոր մակերեսները հոսող գոլ ջրով, ատամի խոզանակով և ատամի մածուկով մանրակրկիտ կերպով լվանալ:
6. Մաքրաջրել հոսող սառը ջրով և՛ պրոթեզները, և՛ համապատասխան անոթը կամ տուփիկը:
7. Չորացնել և՛ մեկը, և՛ մյուսն անձեռոցով:
8. Պրոթեզները տեղադրել անոթի կամ տուփիկի մեջ:
9. Հետագայում՝ օգնել պացիենտին դնել պրոթեզները, եթե նա ինքնուրույն չի կարողանում դա անել:
10. Պացիենտին հարմարավետ կերպով դիրքավորել (բերել նախկին դիրքին):
11. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
12. Համապատասխան գրառում կատարել:

**ՆՇՈՒՄ**. եթե պացիենտը չի ցանկանում պրոթեզը կրել, ապա այն լվանում, չորացնում և թողնում են համապատասխան անոթի կամ տուփիկի մեջ:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

**Բերանի խոռոչի մշակումը**՝ գիտակցությունը պահպանված հիվանդների մոտ՝ օրը երկու անգամ:

Անգիտակից պացիենտների մոտ՝ 2 ժամը մեկ, շուրջօրյա:

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. անգիտակից հիվանդները ոչ միայն ընդունակ չեն ատամները մաքրել կամ բերանը ողողել, այլև բերանը բացել կամ փակել, չեն կարողանում թուքը կուլ տալ, և դա է 2 ժամ պարբերությամբ կամ ավելի հաճախակի սանացիա իրականացնելու հիմնավորումը:

**Բերանի ողողում՝** վերը նշված անտիսեպտիկ կամ հիգիենիկ լուծույթներով յուրաքանչյուր սնունդ ընդունելուց և փսխումից հետո:

**Ատամների մաքրում**՝ առավոտյան և երեկոյան:

**Միջատամնային տարածության մաքրում**՝ օրը մեկ անգամ, ցանկալի է երեկոյան:

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇՈՒՄ**. արյունահոսական ռիսկ ունեցող, հակամակարդիչներ, հակաագրեգանտ դեղամիջոցներ ստացող պացիենտների բերանի խոռոչի սանացիան պետք է կատարել ոչ թե խոզանակով, այլ փափուկ սպունգային մաքրիչով, ատամնաթել ոչ մի դեպքում չի թույլատրվում օգտագործել, բոլոր գործողություններն իրականացնել հնարավորինս ատրամվատիկ եղանակով:

**ՆՇՈՒՄ**. ուշադիր զննել հատկապես անգիտակից պացիենտների (ովքեր գանգատվել չեն կարողանում) բերանի խոռոչը, լնդերը և ատամները, բորբոքային կամ այլ ախտահարում նկատելիս անմիջապես տեղեկացնել բժշկին՝ հնարավոր է ստոմատոլոգիական միջամտության կարիք լինի:

**ՏՐԱԽԵՈՍՏՈՄԻԿ ԽՈՂՈՎԱԿԻ ԵՎ ՇՐՋԱԿԱ ՄԱՇԿԻ ԽՆԱՄՔԸ**

Տրախեոստոման արտաքին միջավայրի և շնչափողի միջև արհեստականորեն ստեղծված խուղակ է, ինչը նպատակ ունի ապահովել բնականոն ճանապարհով շնչելու անընդունակ պացիենտների թոքերի օդափոխությունը: Տրախեոտոմիան և տրախեոստոմիկ խողովակի տեղադրումը շատ հաճախակի կատարում են թոքերի երկարաձգված արհեստական օդափոխություն պահանջող պացիենտների մոտ՝ նրա բերանի խոռոչը բերան-շնչափողային խողովակից ազատելու համար, հիգիենայի իրականացումն ավելի հեշտացնելու և բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը և օրգանները վնասումներից պաշտպանելու նպատակով: Տրախեոստոմիկ խողովակ ոչ հազվադեպ կարող է տեղադրվել նաև անգիտակից պացիենտներին, ովքեր, ճիշտ է, բավարար շնչում են, սակայն, ընդունակ չեն ինքնուրույն հեռացնել խորխը: Այս դեպքում խողովակը միակ ուղին է տրախեոբրոնխեալ ծառից խորխի արտածծում և շնչափողի սանացիա կատարելու համար:

Տրախեոստոմիկ խողովակը բաղկացած է երեք հիմնական մասից՝ արտաքին կանյուլա, ներքին կանյուլա և օբտուրատոր: Օբտուրատորը կիրառվում է միայն արտաքին կանյուլան տրախեստոմիկ անքով մտցնելիս:

Տրախեոստոմիկ խողովակները լինում են մետաղական և պլաստիկ նյութից: Երկարաձգված դեպքերում առավել կիրառելի են պլաստիկ խողովակները, որոնք կարող են համալրված լինել մանժետով, ունենալ ներքին կանյուլա, կամ՝ առանց դրանց: Խնամքի լավագույն իրականացման և պացիենտի անվտանգության ապահովման տեսակետից նպատակահարմար է մանժետով և ներքին կանյուլայով համալրված տրախեոստոմիկ խողովակների կիրառումը:

**ՆՇՈՒՄ**. մանժետով համալրված տրախեոստոմիկ խողովակների մանժետի փչման-թուլացման ռեժիմը և ներմանժետային ճնշման հսկողությունն իրականացվում են համաձայն Կենտրոնում ընդունված գործելակերպային դրույթների:

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Տրախեոստոմիկ խողովակի անցանելիության ապահովում՝ պարբերաբար խորխից, լորձից և այլ արտադրությունից մաքրելու միջոցով, ինչպես նաև՝ խողովակի և շրջակա մաշկի բավարար սանիտարական վիճակի ապահովում, վարակի կանխարգելում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Անտիսեպտիկ լուծույթ (ջրածնի պերօքսիդի 1,5% լուծույթ, ֆուրացիլինի 1:5000 խտության լուծույթ կամ այլ), ցինկի քսուք, նատրիումի բիկարբոնատի 2-4% լուծույթ, վազելինային կամ որևէ ստերիլ բուսական յուղ, ստերիլ խծուծներ, ստերիլ անձեռոցներ, ստերիլ պինցետ, տրախեոստոմիկ խողովակի լրացուցիչ նմանատիպ հավաքածու, օբտուրատոր (**պարտադիր է**), լրացուցիչ ներքին կանյուլա (**պարտադիր է**), շպատել, լոբաձև թասիկներ, ստերիլ մկրատ, արտածծման համակարգ, խողովակը պարանոցին ամրացնելու կապիչ (քուղ), արտածծման ստերիլ կաթետր, գլանաձև խոզանակ՝ ներքին կանյուլայի լուսանցքը մաքրելու համար, 60մլ ծավալով ներարկիչ, այլ պարագաներ՝ ըստ անհրաժեշտության:

**ՆՇՈՒՄ.** տրախեոստոմիկ խողովակի սանացիայի և շտապ փոխարինելու համար անհրաժեշտ բոլոր պարագաները (այդ թվում՝ տրախեոստոմիկ խողովակի մեկ լրացուցիչ հավաքածուն) պետք է գտնվեն հիվանդի մահճակալի մոտ: Հազալիս կամ այլ պատճառով տրախեոստոմիկ խողովակի հանկարծակի դուրս գալու պարագայում բժիշկը (կամ հմուտ բուժքույրը) շտապ կարգով նոր կանյուլա է տեղադրում:

**ՆՇՈՒՄ**. յուրաքանչյուր բժշկական հիմնարկ ինքն է մշակում տրախեոստոմիկ խողովակի խնամքի վերաբերյալ գործելակերպային իր քաղաքականությունը:

**ՆՇՈՒՄ**. ստերիլ անձեռոցում փաթաթված ևս մեկ ներքին կանյուլա պետք է մշտապես գտնվի հիվանդի գլխամասին մոտ, հասանելի և տեսանելի տեղում:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Հիվանդի գլխամասը բարձրացնել 35-45°-ով (եթե հակացուցումներ չկան):
3. Յուրաքանչյուր 2-3 ժամը մեկ անգամ տրախեոստոմիկ խողովակի մեջ լցնել մի քանի կաթիլ ստերիլ բուսական յուղ կամ նատրիումի բիկարբոնատի 2-4% լուծույթ, որպեսզի այն չչորանա և թանձրացած լորձով չխցանվի:

**ՆՇՈՒՄ**. տրախեոստոմիկ խողով ունեցող և ինքնուրույն շնչառությամբ պացիենտները, հնարավորության դեպքում, պետք է ապահովված լինեն ներշնչվող օդի խոնավացուցիչով և տաքացուցիչով: Առաջարկվում է կիրառել հատուկ ֆիլտրեր («արհեստական քիթ»), ներշնչվող օդը փոշեզերծելու և խոնավությունը պահպանելու նպատակով: Ֆիլտրի բացակայության դեպքում պարտադիր է տրախեոստոմիկ խողովակն արտաքինից ծածկել երկշերտ թանզիֆե խոնավ անձեռոցով, այն մշտապես ցողել, որպեսզի չչորանա, բացի այդ՝ անհրաժեշտ է անձեռոցը պարբերաբար փոխել:

1. Նոր կապիչ դնել հիվանդի մոտ գտնվող սեղանիկին: Երբեք առանց լրացուցիչ քուղ ունենալու հինը չարձակել կամ չկտրել:
2. Անհրաժեշտության դեպքում արտածծել խորխը:
3. Հեռացնել աղտոտված կապիչը:
4. Հեռացնել խողովակի աղտոտված վիրակապը:
5. Գնահատել վերքի և մաշկի վիճակը՝ կարմրություն, այտուցվածություն, վնասվածք, արտադրություն: Վերջիններիս առկայության դեպքում տեղեկացնել բժշկին և նշել գրառման մեջ:
6. Տրախեոստոմիկ անցքի շրջակա մաշկը մաքրել ջրածնի պերօքսիդի 1,5% կամ ֆուրացիլինի 1:5000 խտությամբ լուծույթով թրջած անձեռոցով, կենտրոնից ծայրամաս ուղղությամբ (մշակել երկու անգամ):

**ՆՇՈՒՄ**. ջրածնի պերօքսիդը կարող է գրգռիչ ազդեցություն ունենալ շնչափողի լորձաթաղանթի վրա, խուսափել լուծույթի ներթափանցումից:

1. Թողնել մաշկն ինքնուրույն չորանա:
2. Երկու ստերիլ անձեռոց ստերիլ մկրատով մեջտեղից մինչև կենտրոն (կիսով չափ) վարտիքի ձևով կտրել և ներքևից ու վերևից տեղադրել տրախեոստոմիկ խողովակի շուրջը՝ անմիջապես **ամրացման կողերիզի** տակ: Կարելի է մաշկն անտիսեպտիկ քսուքով մշակել (համաձայն բժշկի նշանակման):

**ՆՇՈՒՄ**. անձեռոցի կտրվածքի տեղում գոյացած թավիկների վերքից ներս անցնելու կանխարգելման նպատակով, կարելի է արդեն պատրաստի, ստերիլ փաթեթում գտնվող, նիստից դեպի անձեռոցի կենտրոն կտրվածքով (կտրուճով) ծածկիչներ կիրառել, կամ՝ ուղղանկյունաձև երեք անձեռոց միմյանց նկատմամբ 120° տակ տեղադրել տրախեոստոմիկ խողովակի շուրջը (կողերիզի տակ):

1. Կապել նոր քուղը:

**ՆՇՈՒՄ**. կապիչի անվտանգ ձգվածությունը պետք է թույլ տա ազատորեն քուղի և պարանոցի արանքը երկու միջաձիգ մատ մտցնել:

1. **Ներքին կանյուլայի խնամքը**

**ՆՇՈՒՄ.** իրականացնել հնարավորինս ստերիլ պայմաններում:

**ՆՇՈՒՄ.** եթե հիվանդը արհեստական օդափոխության սարքով է շնչում, գործողության ընթացքում անհրաժեշտ է մեկ այլ ներքին կանյուլա տեղադրել, որը կարող է միացվել շնչական կոնտուրին կամ «AMBU»-ի պարկին:

* Հեռացնել ներքին կանյուլան:
* Այն հոսող ջրի տակ (նպատակահարմար է 40-45°C ջերմաստիճան ունեցող), խոզանակի օգնությամբ, ներսից և դրսից մանրակրկիտ կերպով մաքրել լորձից, խորխից, կեղևներից:
* Տեղադրել ջրածնի պերօքսիդի 1,5% լուծույթի մեջ 10 րոպեով:
* Հանել ոչ ստերիլ ձեռնոցները, լվանալ և չորացնել ձեռքերը:
* Ստերիլ ձեռնոց հագնել (կարելի է մեկ ձեռքին):
* Հանել ներքին կանյուլան՝ բռնելով մոտակա ծայրից (**ամրացման կողերիզից**):
* Լավ մաքրաջրել ստերիլ ջրով կամ նատրիումի քլորիդի 0,9% լուծույթով՝ հետևյալ մեթոդներից որևէ մեկով. կանյուլան ողողելով ստելիլ թասիկում, կամ օդում պահելով և մաքրաջրման հեղուկը վերևից վրան լցնելով:

**ՆՇՈՒՄ**. ջրածնի պերօքսիդը կարող է գրգռիչ ազդեցություն ունենալ շնչափողի լորձաթաղանթի վրա, խուսափել լուծույթի ներթափանցումից:

* Մաքրաջրված ներքին կանյուլան ջանասիրաբար թափահարել (**ԱՆՁԵՌՈՑՈՎ ՉՉՈՐԱՑՆԵ՛Լ**), մինչև ջրի կաթիլներն ամբողջովին թափվեն:
* Վերատեղադրել տրախեոստոմիկ խողովակի մեջ:

**ՆՇՈՒՄ**. եթե գործողության ընթացքում երկրորդ ներքին կանյուլան է տեղադրվել, ապա հանվածը դրվում է ստերիլ անձեռոցի մեջ և պահվում հիվանդի գլխամասին մոտ, հասանելի և տեսանելի տեղում:

1. **Արտադրության արտածծումը շնչափողից.**

* Իրականացվում է՝ պահպանելով շնչափողի արտածծմանը և սանացիային վերաբերող բոլոր կանոնները և գործելակերպային դրույթները:
* **Առաջարկվում է կատարել մակերեսային արտածծում**: **Խոր արտածծում իրականացնել միայն ցուցումներով:**
* **Առաջարկվում է շնչափող ստերիլ հեղուկ լցնելը սովորական կարգ չհամարել**, **այլ կատարել միայն ցուցումներով**:

1. Հեռացնել օգտագործված պարագաները, թափոնները դեն նետել, խոզանակները լվանալ և ախտահանել:

**ՆՇՈՒՄ**. խոզանակի փոխարեն կարելի է մեկանգամյա սպունգային մաքրիչ օգտագործել, որից հետո՝ դեն նետել:

1. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
2. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Սովորաբար 8 ժամը մեկ անգամ, կարիքի դեպքում՝ ավելի հաճախակի:

**ԳԱՍՏՐՈՍՏՈՄԱՅԻ ԽՆԱՄՔԸ**

Գաստրոստոման վիրահատական մեթոդով որովայնի առաջային պատին ստեղծված, ստամոքսի խոռոչի և արտաքին միջավայրի միջև հաղորդակցություն ստեղծող խողովակ է: Այն կիրառվում է բնականոն ուղիով ուտելու և խմելու անհնարինության դեպքում՝ պացիենտին սնելու, հեղուկներ մատակարարելու և դեղամիջոցներ տալու նպատակով: Սովորաբար սնունդը տրվում է հավասար չափաբաժիններով, օրական 4-6 անգամ: Նպատակահարմար է գիշերային ժամերին չկերակրել:

Խողովակը մաշկին է ամրացվում հանգուցակարերով: Այդ խողովակը կարող է լինել կարճ և երկար: Կարճ խողովակի դեպքում գաստրոստոմայի արտաքին անցքի վրա դրված վիրակապի աղտոտման հավանականությունը կերակրման ընթացքում մեծ է, ուստի վերջինիս փոխումը պետք է կատարվի յուրաքանչյուր կերակրումից հետո: Իսկ երկար խողովակի դեպքում կերակրումը (սննդային խառնուրդի ներմուծումը) կատարվում է խուղակից բավականաչափ հեռավորության վրա, ինչը վիրակապն աղտոտումից զերծ է պահում և թույլ է տալիս այն փոխել օրական մեկ անգամ, կամ՝ ավելի հաճախակի (ըստ անհրաժեշտության):

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Գաստրոստոմայի ներդրման տեղի մաշկի վիճակի գնահատում, խնամք, մացերացիայի և այլ ախտաբանական փոփոխությունների և վարակի կանխարգելում, խողովակի անցանելիության ապահովում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ձեռնոցներ, ստերիլ անձեռոցներ և խծուծներ, լոբաձև թասիկներ՝մաքուր և աղտոտված պարագաների և նյութերի համար, ստերիլ պինցետ, ստերիլ մկրատ, ստերիլ շպատել, ջրածնի պերօքսիդի 3%, ֆուրացիլինի 1:5000 խտության կամ բետադինի 10% լուծույթ, բետադինի կամ ցինկի քսուք, մեծ ծավալով ներարկիչ, կպչուն սպեղանի:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Պինցետով անտիսեպտիկով թրջված ստերիլ խծուծներով երկու անգամ մշակել խողովակի շրջակա մաշկը: Չորացնել ստերիլ անձեռոցով:
3. Խողովակի շրջակա մաշկին շպատելով անտիսեպտիկ քսուք քսել՝ մեկուսացման նպատակով:
4. Ստերիլ անձեռոցներից ստերիլ մկրատով երկու «վարտիք» պատրաստել և մեկը մյուսի դիմաց տեղադրել խողովակի երկու կողմից:
5. Ամրացնել կպչուն սպեղանիով:
6. Խողովակի լուսանցքում մանրէաների աճի կանխարգելման նպատակով խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր կերակրումից հետո այն լվանալ մարմնի ջերմաստիճանի եռացրած ջրով:
7. Դժվարանցանելիության կամ խցանման դեպքում կարելի է մեծ ծավալի ներարկիչի օգնությամբ խողովակը բացելու փորձ կատարել: Անհաջողության կամ որևէ այլ խնդրի առաջացման (ենթադրենք՝ խուղակի միջից գաստրոստոմիկ խողովակի արտանկման) դեպքում անմիջապես տեղեկացնել բժշկին:
8. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
9. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Սովորաբար՝ երկար խողովակի դեպքում մշակել օրական մեկ անգամ, կարճի դեպքում՝ յուրաքանչյուր կերակրումից հետո:

**ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԶՈՆԴԱՅԻՆ ՆԵՐՄՈՒԾՈՒՄԸ, ՔԹԱ-ՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԽՈՂՈՎԱԿԻ ԵՎ ՇՐՋԱԿԱ ՄԱՇԿԻ ԽՆԱՄՔԸ**

***ՆՊԱՏԱԿԸ***

Հիվանդին նշանակված դեղորայքային բուժման ապահովում, զոնդի ներդրման տեղի շրջակա մաշկի և լորձաթաղանթի վնասման և հնարավոր բարդությունների կանխարգելում:

***ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԸ, ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՊԱՐԱԳԱՆԵՐԸ***

Բուժքույր:

Ձեռնոցներ, մեծ ծավալով ներարկիչ՝ սնունդ և դեղամիջոցներ ներմուծելու համար, կպչուն սպեղանի, սրբիչ և այլ՝ ըստ անհրաժեշտության:

**ՆՇՈՒՄ**. կերակրելուց հետո նվազագույնը 30 րոպե հիվանդի մահճակալի գլխամասը բարձր պահել՝ ստամոքսից կերակրախյուսի բավարար էվակուացիան ապահովելու նպատակով:

***ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՅԼ ԱՌ ՔԱՅԼ***

1. Լվանալ ձեռքերն օճառով, չորացնել, ձեռնոցներ հագնել:
2. Ստուգել բժշկի նշանակումը կերակրման ռեժիմի վերաբերյալ:
3. Մահճակալի գլխամասը 30-45 աստիճանով բարձրացնել, եթե հակացուցված չէ:
4. Զոնդի մոտակա ծայրի տակ սրբիչ կամ թասիկ դնել:
5. Անոթի վիճակում ներմուծում պահանջող դեղամիջոց տալուց 30 րոպե առաջ էնտերալ սնուցումը դադարեցնել և վերսկսել պրեպարատը տալուց 30 րոպե անց:
6. Զոնդով հնարավոր է ներմուծել միայն հեղուկ դեղաձևերը, այն էլ, ոչ բոլորը: Որոշ սուսպենզիաներ անհրաժեշտ է ջրով կրկնակի նոսրացնել, որպեսզի հնարավոր լինի առանց դժվարության խողովակով անց կացնել:
7. Դեղամիջոց տալուց առաջ և հետո զոնդը լվանալ 15-30մլ ծավալով մաքուր կամ թորած ջրով:
8. Մաքուր ջուրը լավագույն լուծիչն է էնտերալ սնուցման փոշիների և դեղամիջոցների համար:
9. Հեղուկ դեղաձևերը նոսրացնել առնվազն 30մլ ջրով՝ օսմոլյարությունը նվազեցնելու նպատակով:
10. Դեղամիջոցները չխառնել սննդային լուծույթներին:
11. Դեղահաբերը պետք է փշրվեն, փոշիացվեն, լուծվեն 20-30մլ ջրում, որից հետո ներմուծվեն:

**ՆՇՈՒՄ**. եթե փոշին չի լուծվում, այն պետք է զգուշությամբ լցնել խողովակի մեջ և, 30-40մլ մաքուր ջուրը ճնշման տակ ներմուծելով, ստամոքս ուղարկել:

1. Փոշեզանգվածով լցոնված ժելատինային ամուր պատիճները պետք է զգուշությամբ բացել, պարունակությունը լուծել ջրում:
2. Ժելատինային փափուկ պատիճները (հեղուկ պարունակող) պետք է ծակել, պարունակությունը դատարկել 15-30մլ ջրի մեջ և ներմուծել:
3. Յուրաքանչյուր դեղամիջոց պետք է ներմուծվի առանձին, ֆիզիկական և քիմիական անհամատեղելիության հետևանքով զարգացող անցանկալի ռեակցիաներից խուսափելու նպատակով: Դեղամիջոցի ներմուծումից հետո զոնդը պետք է լվացվի 15-20մլ մաքուր կամ թորած ջրով:
4. Զոնդի շուրջը եղած մաշկը պետք է մաքուր լինի:
5. Յուրաքանչյուր անգամ սնունդ կամ դեղամիջոց տալուց առաջ պետք է ձեռքերը լվանալ և նոր ձեռնոց հագնել:
6. Նվազագույնը օրը մեկ անգամ զննել զոնդի արտաքին տեսքը, քթի լորձաթաղանթը և շրջակա մաշկը:
7. Փոփոխությունների դեպքում (այտուց, կարմրություն, արյունահոսություն, արյան զեղում) տեղեկացնել բժշկին:
8. Առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել խողովակի կողմից հյուսվածքների երկարատև ճնշման հետևանքով քթի լորձաթաղանթի վրա պառկելախոցերի առաջացման հավանականությանը:

**ՆՇՈՒՄ**. բարդությունները և պացիենտի դիսկոմֆորտը նվազեցնելու նպատակով առաջարկվում է ներդնել բուժական պահանջներին բավարարող ամենաբարակ տրամագծով և ամենափափուկ նյութից պատրաստված խողովակը:

1. Հնարավորինս սահմանափակել զոնդի տեղաշարժը՝ ապահով կերպով այն ամրացնելով: Անհրաժեշտ խորությունը պահպանելու նպատակով զոնդի վրա, քթանցքի մակարդակին անջրալույծ մարկերով նշում կատարել:

**ՆՇՈՒՄ**. սովորաբար, մեծահասակների մոտ քթաստամոքսային խողովակի օպտիմալ և բավարար խորություն է համարվում 55-60 սանտիմետրը:

1. Կպչուն սպեղանին փոխելիս հինը զգուշությամբ հեռացնել, մաշկը մաքրել գոլ ջրով և փափուկ սպունգով, մշակել հյուսվածքները չգրգռող անտիսեպտիկով, չորացնել, ամրացնել նորը:
2. Չօգտագործվող խողովակի դրսային ծայրն ամրացնել այնպես, որպեսզի չանհանգստացնի պացիենտին, չսահմանափակի նրա շարժումները և պատահաբար տեղաշարժվելիս դուրս չգա կամ չվնասի հիվանդին:
3. Ձեռնոցները հանել, ձեռքերը լվանալ և չորացնել:
4. Համապատասխան գրառում կատարել:

***ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ***

Խնամք և ամրացնող ժապավենի փոխում՝ օրական 1-2 անգամ, կամ ըստ կարիքի:

Քթա-ստամոքսային խողովակը փոխվում է շաբաթը մեկ անգամ, ընդ որում ամեն անգամ նորը ներ է դրվում մյուս քթանցքից: Ըստ ցուցումների այն կարող է փոխվել ավելի հաճախակի կամ ավելի հազվադեպ:

***Ձեռնարկը կազմելիս օգտվել ենք հետևյալ աղբյուրներից.***

1. *Nursing Procedures And Interventions, Textbook For Bachelor's And Master's Degree Programmes, Prague, 2014*
2. *Fundamental Of Nursing, Procedure Manual for PCL course - Japan International CooperationAgency (JICA)Nepal Office, 2008*
3. *Textbook Of Basic Nursing, 5th Edition, C.B.Rosdahl – Lippincott Company, 1991*
4. *Алгоритмы выполнения сестринских манипуляций в терапии. Учебное пособие для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Сестринское дело» – Краснодар, «Компания Грейд-Принт», 2017*
5. *Техника выполнения манипуляций для преподавателей и студентов, Дисциплина «Основы сестринского дела», Специальность «Сестринское дело», Томск, 2007*
6. *Алгоритмы манипуляций сестринского ухода, И.В. Островская, Н.В. Широкова, Г.И. Морозова, Москва, «ГЭОТАР-Медия», 2020*
7. [*Новейший справочник медицинской сестры*](https://med-tutorial.ru/m-lib/b/book/137854578)*, Технологии выполнения медицинских процедур, Н.Н.Савельев, Москва, Издательская группа «ACT», 2016*

**ՎԵՐՋԱԲԱՆ**

*Ձեզ ներկայացված այս գրքույկը սոմատիկ պաթոլոգիաներով տառապող, երկարատև պառկած մեծահասակ պացիենտների հիգիենիկ և բուժական խնամքի, մեր կարծիքով, առավել կարևոր տարրերը մեկտեղելու, խնամք իրականացնող բուժանձնակազմին ուսուցանելու և առօրյա աշխատանքային ուղեցույց ստեղծելու առաջին փորձն է:*

*Խորին շնորհակալություն ենք հայտնում ամոքիչ («պալիատիվ») խնամքի մասնագետ, բուժքույր Մարիա Ալեքսանդրովային, ով սիրով և պատրաստակամորեն անչափ կարևոր մասնագիտական խորհրդատվություն մատուցեց մեզ, ինչպես նաև պլանավորված դասընթացի\* շրջանակում իր փորձն ու գիտելիքները փոխանցեց մեր բուժքույրերին և բուժակներին:*

*Կարծում ենք այս ամենը մեծապես կօգնի պացիենտների բուժքույրական վարույթում խնամքային միջոցառումների ավելի պատշաճ կատարմանը և կնպաստի բուժական գործընթացի արդյունավետության բարձրացմանը:*

*Երախտագիտությամբ կընդունվեն և անպայմանորեն հաշվի կառնվեն ձեռնարկի և դասավանդման վերաբերյալ բոլոր կարծիքներն ու առաջարկությունները, որոնք, վստահաբար, կօգտագործվեն տվյալ թեմային նվիրված հետագա անդրադարձներում՝ տպագիր նյութի և ուսուցման ձևաչափի կատարելագործման նպատակով:*

*Կարեն Խաչիյան*

*29-ը օգոստոսի 2022թ.*

*\* Հաշվի առնելով Կենտրոնի բուժքույրերի մեծ թիվը, ինչպես նաև ուսումնական խմբերում մասնակիցների օպտիմալ քանակի հետ կապված սահմանափակումը, որոշվել է դասավանդումն իրականացնել փուլային կարգով՝ ըստ ծառայությունների և բաժանմունքների, այնպես, որպեսզի պացիենտի խնամք իրականացնող յուրաքանչյուր աշխատակից պարտադիր կերպով մասնակցի այդ գործընթացին և ձեռք բերի և/կամ ամրապնդի իր գիտելիքներն ու գործնական հմտությունները հիվանդի խնամքի բնագավառում:*

ՆՇՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_