

ICS

点击此处添加中国标准文献分类号

DB37

山东省地方标准

DB 37/ XXXXX—XXXX

老年人照护服务规范

点击此处添加标准英文译名

点击此处添加与国际标准一致性程度的标识

(征求意见稿)

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

山东省市场监督管理局 发布

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由山东省民政厅提出并归口。

本标准起草单位：

本标准起草人：

老年人照护服务规范

1 范围

本标准规定了老年人照护服务的人员要求、服务要求、服务质量控制。
本标准适用于山东省老年人照护服务工作。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

DB37/T 2893.2-2016 居家养老康复护理服务规范

3 生活照护

3.1 膳食服务

3.1.1 协助进食/水

3.1.1.1 频次要求

根据老人饮食习惯，进食每天3次~4次，24h宜饮水1500ml~2500ml。

3.1.1.2 服务准备

主要包括：

——工作人员准备：服装整洁、洗手；

——用物准备：食物、水、汤匙、筷子、吸管、毛巾或纸巾、餐桌等；

——环境准备：用餐环境安静、整洁、舒适、安全，且气氛轻松愉快。进食前应将餐桌上的多余物品收拾妥当，保证安全；

——老人准备：卧位舒适；协助洗手；进食前20min不做剧烈运动；如有义齿，在进餐前需佩戴好；如有餐前或餐中药物，需备好药物；询问老人是否需要如厕或使用便器。

3.1.1.3 服务流程

应按照以下流程：

——根据老人需要放置餐盘和食物；

——鼓励老人自行进食。一侧肢体功能障碍的老人进食时，指导其健侧手拿汤匙或筷子，协助其患侧手尽可能辅助碗盘，嘱其慢慢进食。锻炼其自理能力。对有视力障碍的，应告知食物的名称，将筷子或汤匙按患者喜好习惯放好，协助其进食；必要时给予喂食，喂食时食物尽量送到舌根部，每次食量适中（约1/3汤匙），速度适宜。喂汤、水时从唇边送入，待患者将食物完全吞咽后再喂下一口食物；

——进食结束后，协助老人漱口、清洁口腔；有活动义齿者协助将义齿取下、清洁。清洗碗筷、汤

匙，晾干备用；

——整理用物和床单位，桌椅摆放整齐，洗手；

——老人身体情况允许时，嘱其保持坐位或半卧位 30min。能下床活动者，扶助床旁稍作饭后散步，帮助消化吸收。

3.1.1.4 注意事项

主要包括：

——动作轻柔，防止食物翻倒和外溢；

——对有咀嚼和吞咽功能障碍的护理对象，应将食物切碎、搅拌并提供对应的食物；

——随时协助老人擦拭口周，维护其自尊；

——喂食过程注意观察老人反应，有呛咳时应暂时停止喂食，防止误吸，特别是有吞咽障碍的老人喂食时应尤其注意；

——进食时间不宜过长，如老人劳累可适当休息后再喂食；

——护理员应位于老人侧面，由下方将食物/水送入口中；

——喂食前应先协助老人进汤/水，并让老人有充分时间咀嚼吞服，防止呛噎。

3.1.2 鼻饲

3.1.2.1 频次要求

根据老人饮食习惯，每天4次~6次。

3.1.2.2 服务准备

主要包括：

——工作人员准备：服装整洁、洗手；

——用物准备：鼻饲液、灌注器、餐巾、碗、温开水、纱布、夹子或牛皮筋、别针等；

——环境准备：用餐环境安静、整洁、舒适、安全，且气氛轻松愉快。进食前应将餐桌上的多余物品收拾妥当，保证安全；

——老人准备：向老人解释服务事项，协助老人取半卧位。

3.1.2.3 服务流程

主要包括：

——将鼻饲液倒入干净的碗内，倒温开水，测试温度，以不烫手为宜；

——餐巾垫于鼻饲管末端下，打开包扎的纱布，用灌注器连接鼻饲管末端，回抽，如有胃液抽出，可确认其在胃内；

——先注入少量温开水，观察反应，再缓慢注入鼻饲液，最后注入少量（20ml）温开水冲洗鼻饲管；

——鼻饲结束，反折鼻饲管末端或塞紧管端，用纱布包好，夹子夹紧或牛皮筋扎紧，用别针固定于合适位置；

——安置老人取舒适体位，尽量能半坐卧位 30min。在记录本上记录鼻饲量和时间；

——整理用物，清洗灌注器。

3.1.2.4 注意事项

主要包括：

——每次鼻饲前应测试鼻饲液温度（38℃~40℃），可滴少量于前臂内侧皮肤，以不烫手为宜。严

防高温灌入而引起食道、胃粘膜损伤；

- 每次 200ml 左右，两次间隔时间不少于 2h。灌注前回抽时如发现胃内食物残留超过 150ml，可考虑延长时间间隔或者暂停鼻饲；
- 灌注器每次用后应清洗，每日煮沸消毒；
- 灌注速度应慢，避免快速灌入引起反射性呕吐。不应将药物与牛奶、茶水一起灌入，新鲜果汁和牛奶应分开注入；
- 每日口腔清洁两次，如有呕吐、鼻饲管堵塞、滑出等，及时联系护士，长期鼻饲者应请护士定期更换鼻饲管。

3.2 个人修饰

3.2.1 洗脸/擦脸

3.2.1.1 频次要求

每天2次。

3.2.1.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：脸盆、温水（水温 43℃~45℃）、干毛巾、护肤乳液；
- 环境准备：整洁、温湿度适宜；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，并告知老人取得理解与配合。

3.2.1.3 服务流程

主要包括：

- 擦洗面部：用温水沾湿毛巾并拧干，缠绕于操作者右手，依次擦拭患者前额、面颊、颈部及耳廓；
- 涂抹护肤油：洗净面部，取适量护肤油涂擦于面部及颈部。

3.2.1.4 注意事项

主要包括：

- 动作轻柔，防止水温过高烫伤皮肤；
- 时间不宜过长。

3.2.2 剃须

3.2.2.1 频次要求

每周1次。

3.2.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：湿毛巾、电动剃须刀，必要时备润肤油、剃须膏；
- 环境准备：整洁、温湿度适宜；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，并告知老人取得理解与配合。

3.2.2.3 服务流程

主要包括：

- 一手绷紧皮肤，一手打开电动剃须刀开关，以从左至右、从上至下的顺序剃须；
- 剃须完毕，用毛巾擦拭剃须部位，检查是否刮净，有无遗漏部位；
- 涂擦润肤油。

3.2.2.4 注意事项

主要包括：

- 剃须用具保持清洁；
- 涂剃须膏或用温热毛巾敷脸，软化胡须；
- 动作轻柔，防止刮伤皮肤；
- 定期消毒、更换剃须刀片，避免细菌滋生。

3.2.3 修剪指（趾）甲

3.2.3.1 频次要求

每周1次。

3.2.3.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：湿毛巾、指甲刀；
- 环境准备：整洁、温湿度适宜；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，并告知老人取得理解与配合。

3.2.3.3 服务流程

主要包括：

- 护理员在老人手（或足）下铺垫纸巾。左手握住老年人一只手（或足）的手指（脚趾），右手持指甲刀（弧形）；
- 逐一修剪。手指圆剪，脚趾平剪。修剪趾甲长度与指端平齐或稍短一些为宜；
- 锉平指（趾）甲边缘，用指甲锉逐一修理锉平指（趾）甲边缘毛刺。

3.2.3.4 注意事项

主要包括：

- 根据老人的病情、生活自理能力以及个人生活习惯等，适时进行护理，保持无长指（趾）甲；
- 选择合适的指甲刀。动作轻柔，防止皮肤破损；
- 修剪过程中，应注意指/趾甲的长度，不可过短。同时避免损伤甲床及周围皮肤；
- 如有灰指甲等，需要具有一定专业的人员进行处理。

3.2.4 洗手

3.2.4.1 频次要求

饭前、便后或者必要时。

3.2.4.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：盛有温水的水盆、毛巾，必要时备护肤油；
- 环境准备：温湿度适宜；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，并告知老人取得理解与配合。

3.2.4.3 服务流程

主要包括：

- 擦洗手部：用温水沾湿毛巾并拧干，缠绕于操作者右手，依次擦拭患者手心、手背、各手指，指尖及指缝，最后清洗腕部，也可温水泡洗；
- 涂抹护肤油：洗净手部，取适量护肤油涂擦于手部。

3.2.4.4 注意事项

主要包括：

- 动作轻柔，防止水温过高烫伤皮肤；
- 时间不宜过长。

3.2.5 洗脚

3.2.5.1 频次要求

每天1次。

3.2.5.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：盛有温水的水盆、护理垫、干毛巾、护肤油；
- 环境准备：关好门窗；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，并告知老人取得理解与配合。

3.2.5.3 服务流程

主要包括：

- 泡脚：协助老人屈膝，脚下铺护理垫，将温水盆放于脚下浸泡双脚，揉搓双脚，注意洗净趾缝；
- 整理用物：擦干双脚，撤去用物，用护肤油涂抹双脚。

3.2.5.4 注意事项

主要包括：

- 注意水温（水温 40℃～45℃），防止过冷或过热；
- 应使用单独的水盆和毛巾。

3.2.6 口腔清洁

3.2.6.1 频次要求

每天2次。

3.2.6.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：牙刷、牙膏、清水、手电筒、湿纸巾，必要时备润唇膏；

- 环境准备：整洁、温湿度适宜；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，并告知老人取得理解与配合。

3.2.6.3 服务流程

主要包括：

- 协助漱口，取适量牙膏涂于牙刷上，为老人刷洗牙刷各面；
- 再次协助老人漱口，清除口腔内所有泡沫后，使用湿纸巾擦拭干净；
- 使用润唇膏涂抹唇部。

3.2.6.4 注意事项

主要包括：

- 注意不应引起老人呛咳；
- 操作过程中，密切观察老人呼吸频率和节律；
- 若老人出现躁动或身体变化，应立刻暂停操作。

3.2.7 梳头

3.2.7.1 频次要求

每天1次。

3.2.7.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：梳子、护理垫；
- 环境准备：整洁、温湿度适宜；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，并告知老人取得理解与配合。

3.2.7.3 服务流程

主要包括：

- 老人枕下铺护理垫，将头发分左右两股，左手指缠绕左侧头发，从发梢开始逐步梳至发根；
- 同法梳理对侧头发。

3.2.7.4 注意事项

主要包括：

- 宜选择圆钝的梳子；
- 动作轻柔。

3.2.8 洗头

3.2.8.1 频次要求

每周1次。

3.2.8.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：洗发液、洗头器、盛污水水桶、盛有温水的量杯（水温 40℃~45℃）、干毛巾、

护理垫、梳子、棉球、吹风机；

——环境准备：关好门窗，调节室温 24℃～25℃；

——老人准备：协助老人取去枕平卧位，告知老人并取得理解与配合。

3.2.8.3 服务流程

主要包括：

——放置物品：老人枕下铺护理垫，洗头器放于护理垫上，污水桶放于地上；

——清洗头发：用棉球塞至老人耳道口，取温水淋湿头发，并使用洗发水揉洗头发及头皮，再用温水冲净泡沫；

——擦干头发：用干毛巾擦干头发，并撤去洗头用品，用吹风机吹干头发。

3.2.8.4 注意事项

主要包括：

——控制水温 40℃～45℃，用前臂内测试温；

——防止水流入眼睛及耳朵；

——由发际向头顶部用指腹揉搓头皮及头发，力量适中，避免抓伤头皮；

——注意观察老人面色、脉搏、呼吸，操作中适时询问，有异常时停止操作。

3.3 洗浴

3.3.1 擦浴

3.3.1.1 频次要求

每周1次。

3.3.1.2 服务准备

主要包括：

——用物准备：肥皂或沐浴液、脸盆、温水（水温 40℃～45℃）、毛巾、便盆、梳子、指甲刀、爽身粉、屏风、清洁衣裤；

——环境准备：关好门窗，调节室温 24℃～25℃；

——老人准备：协助老人取去枕平卧位，告知老人并取得理解与配合。

3.3.1.3 服务流程

主要包括：

——洗脸：大毛巾铺于枕上，按洗脸法清洁脸部、颈部；

——擦洗上肢：脱去老人衣袖，臂下铺浴巾，毛巾沾湿包裹于手上，擦洗肩部、腋下、上臂、前臂，在将手泡于脸盆热水中，洗净指缝，用臂下浴巾轻轻擦干。；

——擦洗胸部：棉被向下折叠，浴巾直接盖于胸、腹部，一手略掀起大毛巾，另一手裹擦洗毛巾，擦洗前胸、腹部，浴巾擦干，盖上棉被；

——擦洗背部：协助老人侧卧，将背部棉被向上折，暴露背、臀部，浴巾铺于背、臀下，手裹毛巾由骨骶部螺旋形向上至肩部擦洗全背，再擦洗臀部，浴巾擦干，更换清洁上衣；

——擦干下肢：脱下裤子，盖上棉被，下肢屈膝，下铺浴巾，手裹毛巾擦洗骶部、大腿、膝部、小腿。浴巾擦干；

——更换清洁裤子，安置老人，整理床单，整理用物。

3.3.1.4 注意事项

主要包括：

- 根据老人身体活动受限的不同情况为老人擦洗、翻身时，应注意保持脊柱平直，避免躯干扭曲；
- 清洁身体时应注意为老人保暖，随时观察水温，水温保持在合适温度；
- 擦洗身体时应掌握节力原则，防止老人坠床；
- 注意观察老人面色、脉搏、呼吸，操作中适时询问，有异常时停止操作。

3.3.2 沐浴

3.3.2.1 频次要求

每周1次。

3.3.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：肥皂或沐浴液、脸盆、温水（水温 40℃～45℃）、毛巾、便盆、数字、指甲刀、爽身粉、屏风、清洁衣裤；
- 环境准备：关好门窗，调节室温 24℃～25℃；
- 老人准备：协助老人取去枕平卧位，告知老人并取得理解与配合。

3.3.2.3 服务流程

主要包括：

- 协助老人脱去衣裤，扶老人坐在淋浴椅上；
- 征询水温，先协助老人洗头、洗脸，冲净；
- 冲湿全身，用溶液或浴皂依次涂擦耳后、颈部、双上肢、胸部、腹部、背臀部、会阴部、双下肢、双足，温水冲洗，关淋浴水龙头；
- 用浴巾擦干，协助穿衣裤；
- 送老人回床休息，整理用物，清理地面，送洗衣物。

3.3.2.4 注意事项

主要包括：

- 评估老人情况，选择合适的沐浴方式（淋浴或盆浴），当身体不适时不宜沐浴；
- 沐浴时间应适度；
- 避免空腹或饱餐时沐浴，忌突然蹲下或站立。沐浴过程中注意观察护理对象身体情况，发现异常及时处理，应防止烫伤、跌倒、着凉等不良事件的发生；
- 浴后适当饮水。

3.4 协助更衣

3.4.1 频次要求

每天2次。

3.4.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：清洁衣裤；
- 环境准备：关好门窗，调节室温 24℃～25℃；
- 老人准备：协助老人取舒适体位，告知老人并取得理解与配合。

3.4.3 服务流程

主要包括：

——更换开襟上衣：

- 掀开盖被，解开上衣纽扣，一手扶住老人肩部，另一手扶住髋部，协助老人翻身侧卧，脱去一侧衣袖(遇老人一侧肢体不灵活时，应卧于患侧，健侧在上，先脱健侧)；
- 取清洁开襟上衣穿好一侧(或患侧)的衣袖，其余部分(清洁的和被更换的上衣)平整地掖于老人身下；
- 协助老人取平卧位，从老人身下拉出清洁的和被更换的上衣。脱下被更换的上衣。穿好清洁上衣另一侧衣袖(或健侧)，扣好纽扣。

——更换套头上衣：

- 脱下套头衫：护理员将老人套头上衣的下端向上拉至胸部，一手托起老人头部，一手从背后向前脱下衣身部分。一手扶住老人肩部，一手拉住近侧袖口，脱下一侧衣袖，同法脱下另一侧衣袖；
- 穿上套头衫：辨别套头衫前后面，护理员一手从衣袖口处伸入至衣身开口处，握住老人手腕，将衣袖套入老人手臂，同法穿好另一侧。一手托起老人头部，一手握住衣身背部的下开口至领口部分，套入老人头部。护理员将老人套头衫衣身向下拉平，整理衣服至平整。

——更换裤子：

- 脱下裤子。护理员为老人松开裤带、裤扣。协助老人身体左倾，将裤子右侧部分向下拉至臀下，再协助老人身体右倾，将裤子左侧部分向下拉至臀下。护理员叮嘱能够配合的老人屈膝，两手分别拉住老人两侧裤腰部分向下褪至膝部，抬起一侧下肢，褪去一侧裤脚。用同样方法褪去另一侧裤脚；
- 穿上裤子。护理员取清洁裤子辨别正反面。左手从裤管口套入至裤腰开口，轻握老人脚踝，右手将裤管向老人大腿方向提拉。用同样的方法穿上另一条裤管。两手分别拉住两侧裤腰部分向上提拉至老人臀部。协助老人身体左倾，将右侧裤腰部分向上拉至腰部，再协助老人身体右倾，将裤子左侧部分向上拉至腰部。系好腰带，裤扣。

3.4.4 注意事项

主要包括：

- 了解老人的肢体功能，注意穿脱衣的顺序（先脱健侧，先穿患侧）；
- 保持肢体在功能位范围内活动，防止牵拉受损，防跌倒、坠地；
- 根据老人意愿及时更换衣物，必要时随时更换；
- 保护老人隐私。

3.5 小便护理

3.5.1 协助如厕

3.5.1.1 频次要求

需要时。

3.5.1.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：视老人情况准备便盆或尿壶，能下床者准备鞋、卫生纸；
- 环境准备：环境宽敞无障碍物，在床旁或床上排便时需用隔帘遮挡，请其他人员离开房间；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.5.1.3 服务流程

主要包括：

- 评估老人，确认是否可以坐起、下床、行走，根据老人情况及自理能力协助其采取床上、床旁或到厕所如厕；
- 选择适合的如厕方式：
 - 到厕所如厕：平稳慢步搀扶老人到厕所，协助放下便器坐垫，嘱老人坐稳；如有坐立不稳、虚弱等可能有跌倒风险时，护理员不应离开；如老人身体状况尚可，安排老人坐稳后，嘱其扶住扶手，护理员在门外等候；结束后扶老人站起、洗手，送至床位；
 - 床旁如厕：可选用移动坐便器或在椅子上放一便盆，协助老人脱下裤子，在便器上坐稳；男患者则需护理员将小便器递于老人或协助使用；如厕完毕，协助老人擦净、洗手；
 - 床上如厕：不能下床的老人，给予便盆或尿壶。便盆使用前用温水冲洗后擦拭干净，将扁平一端放于老人臀下，便后及时取出；如厕完毕，协助老人擦净、洗手。

3.5.1.4 注意事项

主要包括：

- 提醒老人在厕所如厕时只将厕所门虚掩，不能将门关闭；
- 床上使用便盆时，注意放入和取出时应将老人臀部抬高，不应拖、拉便器或坐盆时间过长导致老人臀部擦伤或压疮发生；
- 协助老人床旁如厕时，不能离开老人，应始终在旁搀扶。

3.5.2 诱导排尿

3.5.2.1 频次要求

需要时。

3.5.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：便盆、冲洗壶、温水、尿垫；
- 环境准备：关闭门窗，遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.5.2.3 服务流程

主要包括：

- 将便盆放于老人臀下，抬高床头，取合适卧位，嘱老人排尿；
- 渐进采用以下诱导方法促进排尿：
 - 用水壶滴水制造流水的声音，条件反射诱导老人排尿；
 - 取温水（40℃～45℃）慢慢的、小量的冲洗会阴诱导排尿；

- 轻轻按摩下腹部，力量适中，由轻到重、老人可以接受为原则，促进排尿；
- 取热水袋灌入 50℃ 以下的水，或用 50℃ 以下的热毛巾热敷老人的下腹部，反射性刺激膀胱收缩，促进排尿。

——排尿后即时倾倒，做好会阴部清洁，盖好盖被，收拾用物，必要时记录尿量。

3.5.2.4 注意事项

主要包括：

- 采取诱导排尿的时机和方法需得到医疗人员的确认，并在其指导下完成；
- 注意遮挡和保护老人隐私；
- 如仍不能排尿，及时告知医疗人员。

3.5.3 留置尿管护理

3.5.3.1 频次要求

每天1~2次。

3.5.3.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：橡胶手套、一次性小垫、一次性换药碗、棉球、碘伏溶液、污物桶 1 个
- 环境准备：安静、舒适，温湿度适宜，关闭门窗，遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.5.3.3 服务流程

主要包括：

- 洗手，备齐用物，携至床旁，查对床号、姓名，问候老人；
- 向老人解释操作目的和配合方法，取得合作；
- 拉上床幔或遮挡屏风，关闭门窗；
- 协助老人取仰卧位，松开衣裤，暴露会阴部，臀下垫一次性小垫；
- 观察会阴部清洁度，皮肤有无破损，炎症，有无分泌物过多
- 打开换药碗，准备生理盐水棉球；
- 戴手套，轻轻提起导尿管，沿导尿管口依次用碘伏棉球擦洗（擦洗顺序男性为：尿道口~龟头~冠状沟~阴茎~尿管（距尿道口 5cm 以上）；女性：为尿道口~阴道口~小阴唇~大阴唇~会阴~肛门~尿管。每擦洗一处需更换棉球。如老人有会阴部切口，也应轻轻擦净）。
- 擦洗完毕，撤下一次性小垫，摘手套；
- 为老人穿好衣裤；
- 再次核对，交代注意事项，协助老人取舒适体位；
- 整理床单位及用物。

3.5.3.4 注意事项

主要包括：

- 评估护理对象尿管留置时间、尿液颜色、性状、量，膀胱功能，有无尿频、尿急、腹痛等症状；
- 鼓励护理对象每日摄入足够的液体，以减少尿路感染和结石的发生；
- 定时更换集尿袋，定时排空尿袋，必要时记录尿量；

- 留置尿管期间，保持引流通畅，避免导尿管受压、扭曲、堵塞。妥善固定尿管及尿袋，尿袋的高度不能高于膀胱；
- 采用间歇性夹管方式，协助长期留置尿管的护理对象进行膀胱功能训练。夹闭导尿管，每 4h 开放 1 次，使膀胱定时充盈和排空，促进膀胱功能的恢复；
- 拔管后根据病情，鼓励护理对象多饮水，观察护理对象自主排尿及尿液情况，有排尿困难及时处理；
- 擦洗过程中注意询问老人感受，适时安慰鼓励老人。

3.6 大便护理

3.6.1 人工取便术

3.6.1.1 频次要求

需要时。

3.6.1.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：手套、尿垫、石蜡、便盆；
- 环境准备：关闭门窗，遮挡老人，温湿度适宜；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.6.1.3 服务流程

主要包括：

- 协助老人取侧卧位、蹲位或跪俯卧位，暴露臀部，臀下垫尿垫；
- 护理员戴手套，并在手套外层涂液体石蜡，用右手食指缓缓插入肛门，当触及大便硬结时，小心将大便挖出；
- 粪石取出后可能还会有软便排出，应备好便盆以便使用。

3.6.1.4 注意事项

主要包括：

- 操作时由浅入深，手法轻柔，注意保护隐私，操作过程中注意观察老人的神志、面色；
- 操作后及时做好老人肛周清洁；
- 操作后适当通风，但应避免对流风。

3.6.2 人工肛门便袋护理

3.6.2.1 频次要求

需要时。

3.6.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：造口袋、污物桶、必要时备造口护肤粉、防漏膏；
- 环境准备：关闭门窗，遮挡老人，温湿度适宜；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.6.2.3 服务流程

主要包括：

- 当便袋有渗漏或便袋内容物超过 1/3 时，应将便袋取下清洗，替换另一便袋；
- 协助老人取平卧位、半坐卧位或坐位，揭去原有的便袋，撕离时要一只手按着皮肤，另一只手由上往下撕，以免扯伤皮肤；
- 更换便袋前先用温水清洁造口及周围皮肤，不要使用酒精等刺激性强的外用药擦洗。用软纸轻轻擦干，确保皮肤干燥；
- 粘贴便袋时，先除去胶片外面的粘纸贴于造口位置，轻压便袋胶片环及其周围，使其与皮肤充分接触紧贴，防止渗漏，必要时应用防漏膏；
- 更换便袋后将便袋两旁的扣洞用腰带扣上，固定于老人腰间。

3.6.2.4 注意事项

主要包括：

- 更换造口袋时防止袋内容物排出污染伤口；
- 注意保护皮肤，防止皮肤损伤；
- 观察造口周围皮肤血运情况。

3.6.3 开塞露/直肠栓剂给药

3.6.3.1 频次要求

需要时。

3.6.3.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：开塞露、一次性垫巾、剪刀、卫生纸、便盆；
- 环境准备：关闭门窗，拉上窗幔，温湿度适宜，遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.6.3.3 服务流程

主要包括：

- 使用前将开塞露直管部尖端剪断，注意修剪管口，使其圆润，不会划伤或扎伤老人；
- 协助老人取左侧卧位，褪去内裤，膝盖弯曲，臀下垫尿垫；
- 护理员站在老人右侧，取卫生纸备用，用左手分开老人臀部，露出肛门；右手捏挤出开塞露球部内的药液少许，润滑管口及肛门，待开塞露直管部全部插入肛门内后，将球部药液全部挤净后拔出；
- 嘱老人尽量多坚持一些时间，使药液在肠腔内与粪便充分接触至粪便软化，同时药液可以刺激肠胃蠕动，促使粪便排出；
- 将便盆放于老人臀部下，待大便排出后及时清除粪便，清洁肛周皮肤，协助老人取舒适卧位。

3.6.3.4 注意事项

主要包括：

- 护理员应双手洗净并擦干，无长指甲或指环；
- 操作时动作轻柔，观察老人用药反应；

- 注意保暖，保护隐私；
- 如仍无法排便，采取人工取便术。

3.7 卧位状态翻身

3.7.1 压疮预防护理

3.7.1.1 频次要求

需要时。

3.7.1.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：软枕数个、必要时备气垫床减压贴；
- 环境准备：关闭门窗，温湿度适宜，遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.7.1.3 服务流程

主要包括：

- 松开被盖，放平床头、床尾支架；
- 老人仰卧，屈膝；
- 协助老人侧卧：护理员一手托老人颈肩部，另一手拖腰部，将老人上半身抬起、移向近侧；然后一手托腰部，一手托大腿，将老人的下半身抬起、移至近侧，拉起床档。护理员转至对侧，一手扶老人肩部，另一手扶髋部，将老人轻轻翻身至护理员侧；
- 观察老人背部皮肤，整理衣服；
- 在老人的背部、胸前各放一软枕，上侧腿略向前屈膝，两膝之间，垫以软枕。

3.7.1.4 注意事项

主要包括：

- 评估和确定老人发生压疮的危险程度；
- 采取预防措施：如定时翻身、气垫减压等。对需协助翻身的每 2h 翻身 1 次，特殊情况根据需要可适当增加翻身频次，掌握不同的翻身姿势（如一般翻身侧卧姿势及偏瘫者翻身侧卧姿势）；
- 保持老人皮肤清洁干燥，床单位整洁。

3.7.2 协助翻身扣背排痰

3.7.2.1 频次要求

需要时。

3.7.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：翻身垫；
- 环境准备：关闭门窗，温湿度适宜，遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.7.2.3 服务流程

主要包括：

- 翻身时，给予老人叩背，护理人员的手指并拢弯曲，拇指紧靠食指，手呈握杯状，以手腕力量有节律地叩击，每次叩击 10min 左右，促进排痰；
- 拍背原则：从下至上、从外至内，背部从第十肋间隙、胸部从第六肋间隙开始向上叩击至肩部，注意避开乳房及心前区，力度适宜密切观察护理对象，及时清除口腔分泌物。在移动的过程中，避免拖拉拽，妥善处理各种管路。

3.7.2.4 注意事项

主要包括：

- 根据护理对象不同的身体状况及护理要求，确定翻身的频次、体位、方式，选择合适的皮肤减压用具；
- 有活动性内出血、咯血、气胸、肋骨骨折、肺水肿、低气压、严重骨质疏松等，禁止背部叩击；
- 注意观察老人面色、脉搏、呼吸，操作中适时询问，有异常时停止操作。

3.8 协助移动

3.8.1 协助站立

3.8.1.1 频次要求

需要时。

3.8.1.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：软枕或体位垫；
- 环境准备：关闭门窗，温湿度适宜，遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.8.1.3 服务流程

主要包括：

- 从正面协助站立：护理人员面向老年人站立：
 - 在安全坐稳的基础上使老人腿向后回收并略分开；
 - 老人手臂扶在护理人员肩上或在护理人员颈后交叉相握；
 - 护理人员屈膝右伸到老人两腿间，抵住老人患侧膝部（形成良好固定）；
 - 两手臂环抱老人腰部并夹紧，使两人身体靠近；
 - 老人身体前倾靠于护理人员肩部；
 - 护理人员向上用力协助老人站起，轻轻向前搬正老人腰部并保持稳定姿态。
- 从侧面协助站立：护理人员立于老年人患侧：
 - 护理人员弯腰屈膝，一手扶住老年人腰部或者抓住腰带，另一手臂拖住老人患侧手臂；
 - 老人健足在后，患足在前，与护理人员同时用力，完成抬臀、伸膝至站立动作；
 - 调整老年人站立位中心，维持站立平衡。

3.8.1.4 注意事项

主要包括：

- 观察并询问老人身体状况，确定能否顺利站起；

- 如果移到椅子或轮椅车上，则需必要物品；
- 为老人穿好衣服和鞋袜。

3.8.2 协助行走

3.8.2.1 频次要求

需要时。

3.8.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：手杖，必要时准备保护腰带；
- 环境准备：环境宽敞、地面平坦、无积水；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.8.2.3 服务流程

主要包括：

- 护理人员站立于老年人患侧，一手从后方把手深入老人同侧腋窝下，拇指放在腋窝后，用手支托患者腋下，手背抵住胸部，起到固定作用；
- 护理人员另一手握住老人手；
- 移步：
 - 三点式：伸出手杖，先迈患足，再迈健足；
 - 两点式：同时伸出手杖和患足，再迈出健足。

3.8.2.4 注意事项

主要包括：

- 无论向哪一个方向移动，都应先移动手杖，调好重心后再移动脚步；
- 手杖与老人自行步调应协调，在没有完全适应使用手杖之前，应有护理人员或家属陪伴；
- 道路不平整的情况下，不宜使用手杖，移动距离较长时宜使用轮椅车。

3.8.3 协助上下楼

3.8.3.1 频次要求

需要时。

3.8.3.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：无特殊用物准备；
- 环境准备：环境宽敞、地面平坦、无积水；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

3.8.3.3 服务流程

主要包括：

- 协助上楼：
 - 老人站在楼梯边，健肢一侧手握住楼梯扶手；

- 健足先上一级；
- 然后将患足踏在同一级上；
- 如若使用手杖，按照健侧足～手杖～患侧足的顺序上台阶。

——协助下楼：

- 老人站在楼梯边，健肢一侧手握住楼梯扶手；
- 患足先下一级；
- 然后将健足踏在同一级上；
- 如若使用手杖，按照手杖～患侧足～健侧足的顺序下台阶。

3.8.3.4 注意事项

在上下楼梯前，应检查老人的裤脚长度。

4 医疗护理

4.1 药物管理

4.1.1 频次要求

需要时。

4.1.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：各种药物、药柜、清点登记交接等记录本；
- 环境准备：宽敞明亮，温湿度适宜；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

4.1.3 服务流程

主要包括：

- 药物接收：登记药物的种类、数量、效期以及交接人员名单等；
- 药物保管：保持药柜清洁干燥、避光通风；明确标识，分类保管；特殊药品按照说明书的储存要求保存；按照有效期先后顺序摆放；
- 药物发放：按照医嘱发放药品。

4.1.4 注意事项

主要包括：

- 设置专用药柜或者放置药物的专用容器，药品按规定储存区分且均在有效期内。药品有外包装，包装上标明护理对象的姓名、床号等。养老机构接收自带药品时应有接收登记，并由接收者及家属双方签名，精神类、镇静类等药品应专柜上锁保管；
- 按医嘱分发药品，特殊药物发放时送药到口或看服；
- 药柜或者放置药物的专用容器放置处环境整洁、通风、干燥且专人保管。

4.2 药物喂服

4.2.1 频次要求

需要时。

4.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：各种药物、药匙、小毛巾、发药盘、水杯、温水；
- 环境准备：宽敞明亮，整齐清洁；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

4.2.3 服务流程

主要包括：

- 评估老人的病情、过敏史、用药史、不良反应史。了解护理对象所服药物的作用、不良反应以及某些药物服用的特殊要求，如有疑问应核对无误后方可给药；
- 遵医嘱协助老人服药；
- 喂服前严格遵循查对制度，仔细核对姓名、药物名称、剂量、有效期、服用方法等；
- 尽量让老人取坐位或半坐卧位，先喝一小口水，协助老人将药物服下，药粒较多时分次服下，一般服药用水量以 50ml~100ml 温水为宜。
- 服药后维持坐位或半坐卧位 30min。

4.2.4 注意事项

主要包括：

- 为鼻饲老人给药时，应当将药物研碎溶解后由胃管注入；
- 服药时不可与茶水一起服用，服药时速度适宜，必要时碾碎喂服。
- 观察老人的服药效果及不良反应。

4.3 皮肤外用药涂擦

4.3.1 频次要求

需要时。

4.3.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：外用药物、棉签；
- 环境准备：环境宽敞，整齐清洁，温湿度适宜；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

4.3.3 服务流程

主要包括：

- 洗手；
- 根据用药部位选择合适体位，暴露患处；
- 用棉签蘸药膏均匀涂抹于患处，并告知老人尽量避免碰触患处。

4.3.4 注意事项

主要包括：

- 遵医嘱选择合适的外用药；
- 注意保护老人隐私；
- 涂药后应注意观察局部反应，用药后效果，及时向医护人员反馈。

4.4 物理降温

4.4.1 频次要求

需要时。

4.4.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：32℃~34℃温水一盆，内浸纱布或小毛巾2块，大毛巾、冰袋、热水袋、布套或小毛巾2块，屏风，体温计、体温记录单、笔，必要时备干净衣裤1套；
- 环境准备：关好门窗，调节室温24℃~25℃；遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

4.4.3 服务流程

主要包括：

- 携用物至老年人床旁，评估环境；
- 查对老年人信息；
- 了解老年人身体状况，向老年人解释操作目的；
- 检查冰袋、热水袋有无破损，擦干外壁，用布袋或小巾包裹；
- 打开老年人盖被，给老年人头部放冰袋，脚下置热水袋。每10min观察1次局部皮肤颜色，注意询问患者感受，有无皮肤苍白、青紫或麻木感等冻伤情况；
- 协助老年人露出擦拭部位，下垫大毛巾，拧干浸湿的小毛巾缠在手上成手套式，以离心方向边擦边按摩，其顺序如下：
 - 露出一侧上肢，自颈部沿上臂外侧擦至手背，自胸部经腋窝内侧至手心，同法擦拭另一上肢；使老年人侧卧，露出背部，自颈下擦拭全背部，至臀部，擦干后穿好上衣；
 - 露出一侧下肢，自髋部沿大腿的外侧擦至足背，自腹股沟的内侧擦至踝部，自股下经腘窝擦至足跟；同法擦拭另一下肢。
- 擦干后穿好裤子移去热水袋和冰袋，协助老年人盖好被子。擦拭过程中注意询问老年人感受；
- 协助老年人卧位舒适，整理用物，洗手，记录体温变化。

4.4.4 注意事项

主要包括：

- 评估老人病情、意识、局部组织灌注情况、皮肤情况、配合程度、有无酒精过敏史；
- 遵医嘱选择合适的物理降温方法（物理降温方法包括冰袋的使用、酒精擦浴、温水擦浴等）；
- 嘱老人在高热期间摄入足量的水分。实施物理降温时应观察局部血液循环和体温变化情况。重点观察老人皮肤状况，如护理对象发生皮肤苍白、青紫或者有麻木感时，应立即停止使用，防止冻伤发生；
- 擦浴时在拭腋窝、掌心、腹股沟、窝等血管丰富部位时，时间适当延长，以便更好散热。
- 物理降温时，应当避开老人的枕后、耳廓、心前区、腹部、阴囊（男性）及足底部位；
- 半小时后复测老人体温，并及时记录体温和病情的变化，告知家属，及时与医师沟通；如体温

已降至 38.5℃ 以下，应取下头部冰袋。

4.5 压疮伤口换药

4.5.1 频次要求

需要时。

4.5.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：：换药盒(内盛无菌钳 2 把、碘伏棉球、无菌纱布)、胶布、弯盘、清洁手套、快速手消毒液、必要时备屏风等；
- 环境准备：关闭门窗，温湿度适宜，遮挡老人；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

4.5.3 服务流程

主要包括：

- 携用物至床旁， 问候老人， 向老人解释换药的目的；
- 评估老人身体状况及合作程度， 评估伤口局部情况， 协助取合适体位， 暴露换药部位；
- 洗手， 检查物品， 备胶布；
- 打开换药盒， 戴手套， 取下外层敷料， 再用无菌钳取下内层敷料；
- 观察伤口的情况， 并告知老人伤口愈合情况；
- 碘伏棉球先消毒伤口， 再由清洁伤口中央向外做环形消毒三遍（消毒区域大于伤口范围 5cm， 且消毒范围不能超过上一遍）， 若为污染创面， 消毒顺序相反；
- 伤口周围碘伏待干后， 取大小适中的纱布(6 层~8 层)覆盖于伤口上， 纱布盖住伤口周围 5cm 左右， 一旦放置纱布， 切勿再移动；
- 胶布固定， 必要时用绷带协助固定敷料， 脱手套；
- 交待注意事项， 取舒适卧位；
- 整理床单位及用物， 洗手， 记录。

4.5.4 注意事项

主要包括：

- 根据老人的病情及压疮伤口局部情况准备用物， 并做好有效沟通及心理护理；
- 根据压疮伤口情况选择合适的伤口清洗液， 并注意无菌操作；
- 必要时根据实际情况， 进行伤口分泌物培养及药物敏感实验， 根据结果合理使用敷料；
- 根据压疮创面床、渗液的色质量等情况选择合适的敷料（如自溶性清创、肉芽生长、爬皮、渗液管理等）， 并进行外敷料的妥善固定；
- 根据压疮伤口的情况及所选敷料的特性确定， 伤口换药的间隔时间；
- 换药过程中注意老人的病情变化， 如有异常及时处理。

4.6 造口护理

4.6.1 频次要求

需要时。

4.6.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：橡胶手套 2 副、棉球、造口袋、造口度量表、治疗碗内盛温开水、血管钳、剪刀、必要时备造口护理粉、保护膜、防漏膏、各屏风（床幔）、污物桶、弯盘、快速手消毒液；
- 环境准备：房间温度适宜，尽量减少暴露，注意保暖和保护隐私；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

4.6.3 服务流程

主要包括：

- 评估老人的心理情况，做好有效沟通及心理护理；
- 协助患者取舒适卧位，必要时使用屏风遮挡；
- 评估老人的造口及周围皮肤情况，准备用物；
- 由上向下撕离已用的造口袋，并观察内容物；
- 用生理盐水或温水清洗造口及周围皮肤后，用纸巾或纱布擦干；
- 根据造口直径大小修剪造口底盘（大于造口实际尺寸 1mm~2mm）；
- 喷洒少许造口粉在造口周围，均匀涂抹，将多余造口粉末去除。必要时使用液体保护膜及防漏膏或条；
- 撕去粘贴面上的纸，按照造口位置由下而上将造口袋贴上，夹好便袋夹。嘱老人手心成空心状按压造口底盘处 5min~10min，使底盘黏贴牢固；
- 指导患者：
 - 向患者解释利用造口袋进行造口管理的重要性，强调患者学会操作的必要性；
 - 向患者介绍造口特点以减轻恐惧感，引导其尽快接受造口的现实而主动参与造口自我管理。

4.6.4 注意事项

主要包括：

- 有造口并发症的，按实际情况进行处理（如：使用凸面底板、安装造口腰带等）；
- 更换造口袋尽量选择在空腹或进食后 3h；
- 护理过程中注意向患者详细讲解操作步骤；
- 更换造口袋时应当防止袋内容物排出污染伤口；
- 撕离造口袋时注意保护皮肤，防止皮肤损伤；
- 贴造口袋前应当保证造口周围皮肤干燥；
- 造口袋裁剪时与实际造口方向相反，不规则造口要注意裁剪方向；
- 造口袋底盘与造口粘膜之间保持适当空隙（1mm~2mm），缝隙过大粪便刺激皮肤易引起皮炎，过小底盘边缘与粘膜摩擦将会导致不适甚至出血；
- 如使用造口辅助用品应当在使用前认真阅读产品说明书，如使用防漏膏应当按压底盘 15min~20min；
- 观察造口周围皮肤的血运情况，并定期手扩造口，防止造口狭窄。

5 保健康复

5.1 生命体征监测

5.1.1 频次要求

需要时。

5.1.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：方盘内盛体温计、纱布、TPR 记录单、笔、有秒针的表、血压计、听诊器、弯盘、快速手消毒液；
- 环境准备：房间温度适宜，尽量减少暴露；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

5.1.3 服务流程

主要包括：

- 携用物至老人床旁，评估环境；
- 问候了解老人身体状况，解释操作目的及配合方法，评估皮肤及肢体活动情况，询问有无吸烟、进食、运动、情绪变化等情况，询问大小便，讲解体温计的安全使用，取合适卧位；
- 洗手，检查听诊器、血压计，检查体温计无破损及刻度在 35℃ 以下；
- 协助解开衣扣，擦干腋下，将体温计水银端置腋窝深处紧贴皮肤夹紧，曲臂过胸。告知患者 5min~10 min 后取出；
- 脉搏测量：食指、中指、无名指的指腹平放于桡动脉搏动处，测试 30s，如有异常测 1 min；
- 呼吸测量：将手指按在桡动脉处，观察患者胸、腹部的起伏，数半分钟，如有异常，数 1 min；
- 血压测量：根据患者病情取坐位或平卧位，暴露一臂。伸直肘部，手掌向上外展 45°，打开血压计，垂直放妥，肱动脉应与血压计汞柱零点、心脏在同一水平上。排尽袖带内的空气，缠于上臂中部，松紧以放入一指为宜，下缘距肘窝 2cm~3cm。开启电子血压计开关，读取数据。
（水银血压计测量：开启水银槽开关。触摸肱动脉，带好听诊器，将听诊器胸件置于肱动脉搏动最明显处，用手固定。关气门并向袖带内充气，至肱动脉搏动音消失，再使其上升 20mmHg~30mmHg。松开气门匀速缓慢放气，保持测量者视线与血压计刻度平行，正确读出收缩压、舒张压的数值。测量毕，排尽袖带内空气，拧紧气门上螺旋帽，将血压计右倾 45°，关闭水银槽开关，盖上盒盖，平稳放置；
- 取出体温计并读数，体温计消毒备用；
- 协助患者取舒适卧位，告知患者测量结果，交待注意事项，将呼叫器放于患者可及位置；
- 整理床单位及用物；
- 查对，洗手，记录。

5.1.4 注意事项

主要包括：

- 体温：对老年痴呆、精神异常、意识不清、烦躁和不合作者，应采取恰当的测量方法或在床旁协助测量体温。体温计消毒方法符合要求。测腋温、口温、肛温时，应选择合适的体温计，并注意将体温计放置在正确的位置；
- 脉搏：一般老人可以测量 30s，脉搏异常的，测量 1min，避免在偏瘫侧、形成动静脉瘘侧肢体、术肢等部位测量脉搏；
- 呼吸：测量呼吸时老人取自然体位，观察胸部或腹部起伏，测量 30s。观察老人呼吸频率、节律、幅度和类型等情况；

——血压：长期观察血压的，做到四定：定时间、定部位、定体位、定血压计。

5.2 血糖监测

5.2.1 频次要求

需要时。

5.2.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：血糖仪、一次性采血针头、血糖试纸、75%酒精、棉签、治疗护理项目单、弯盘；
- 环境准备：宽敞明亮，温湿度适宜；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

5.2.3 服务流程

主要包括：

- 评估老人穿刺部位皮肤状况；
- 确认血糖仪的型号与试纸型号一致，正确安装采血针，确认监测血糖的时间（如空腹、餐后2h等）；
- 确认老人手指酒精消毒干透后实施采血，采血量充足，应使试纸试区完全变成红色；
- 将结果告知老人/家属，做好记录。

5.2.4 注意事项

对需要长期监测血糖的护理对象，穿刺部位应轮换，并指导护理对象血糖监测的方法。

5.3 吸氧

5.3.1 频次要求

需要时。

5.3.2 服务准备

主要包括：

- 用物准备：氧气表、治疗碗（内盛温开水）一次性吸氧装置；
- 环境准备：宽敞明亮，温湿度适宜、远离明火；
- 老人准备：告知老人并取得理解与配合。

5.3.3 服务流程

主要包括：

- 携用物至床旁，评估环境；
- 问候老人，向老人解释操作目的，取得合作，了解老人病情、意识、身体状况及缺氧情况；
- 评估患者鼻腔状况，包括既往有无鼻部疾患、鼻中隔偏曲等；
- 检查、安装氧气表；
- 检查并连接一次性吸氧装置，并连接一次性吸氧管；
- 打开氧流量开关，按医嘱正确调节氧气流量；
- 检查鼻导管是否通畅；

- 将鼻导管轻轻插入患者双侧鼻腔内；
- 固定导管牢固、美观、松紧度适宜；
- 作好记录，整理用物，观察用氧效果。

5.3.4 注意事项

主要包括：

- 评估老人病情、呼吸状态、缺氧程度、鼻腔情况。强调不能自行调节氧流量；
- 遵医嘱，选择合适的氧疗方法，调节合适的氧流量。密切观察老人氧气治疗的效果；
- 使用氧气时，应先调节氧流量后应用。停用氧气时，应先拔出导管或面罩，再关闭氧气开关；
- 使用氧气时，应注意环境安全。

5.4 康复训练

应按照DB37/T 2893.2-2016的要求，为老人提供康复训练。

6 安全照护

- 6.1 根据老人的病情、活动能力、环境等，做好坠床、跌倒、烫伤、误吸、误食、错服药物、出走、消极等意外的防护。
 - 6.2 根据老人的病情、活动能力需要使用保护用具保证其安全时，使用保护用具前应告知家属并征得同意。
 - 6.3 使用的保护用具松紧度适宜，老人肢体处于功能位，体位舒适。
 - 6.4 保护期间定时放松，及时了解观察老人的肢体血运状况。
 - 6.5 对老人进行安全教育，叮嘱注意自身安全，提高自我防范意识。
 - 6.6 指导老人或其家属根据安全要求，改造居家设施，消除不安全因素。
-