

Proceduri privind igiena și confortul pacientului

1.1 Schimbarea lenjeriei de pat fără pacient

Scop

- asigurarea igienei și confortului pacientului;
- îndepărtarea lenjeriei murdare/folosite sau pătată cu sânge, secreții, dejecții.

Materiale necesare

- lenjerie curată;
- sac pentru colectarea lenjeriei murdare;
- mănuși de cauciuc (pentru lenjeria pătată cu dejecții).

Efectuarea procedurii

- se strânge lenjeria murdară în sacul de colectare;
- se spală mâinile, se pun mănuși;
- se întinde cearceaful de pat foarte bine pentru a nu rămâne cute și se fixează la colțurile saltelei în formă de plic; dacă cearceaful nu are dimensiuni corespunzătoare fixarea se face la partea dinspre picioarele pacientului;
- se schimbă fața de pernă și cearceaful plic.

Încheierea procedurii

- se îndepartează lenjeria murdară, se depozitează în saci speciali;
- se îndepartează mănușile de cauciuc;
- se spală mâinile.

1.2 Schimbarea lenjeriei de pat cu pacientul imobilizat

Schimbarea lenjeriei se va efectua întotdeauna după toaleta pacientului. La schimbarea lenjeriei trebuie să participe două persoane iar alegerea metodei de schimbare a lenjeriei de pat, se face în funcție de poziția în care poate fi așezat pacientul (limitele sale de mobilizare).

Scop

- asigurarea igienei și confortului pacientului;
- evitarea complicațiilor la pacientul imobilizat.

Materiale necesare

- lenjerie curată;
- sac pentru colectarea lenjeriei murdare;
- mănuși de unică folosință.

Efectuarea procedurii:

Este în funcție de starea pacientului și de posibilitatea de a fi mișcat.

Asistentul medical stabilește metoda după culegerea datelor referitoare la capacitatea pacientului de a se ridica sau nu în poziția șezând.

Pentru realizarea schimbării lenjeriei este nevoie de ajutor.

a) La pacientul care se poate ridica:

Cearceaful de pat se rulează pe dimensiunea mică.

- se spală mâinile, se îmbracă mănuși;
- pacientul rămâne acoperit cu cearceaful folosit sau cu alt pled;
- se degajă cearceaful murdar de sub saltea;
- se ridică pacientul în poziția șezând fiind susținut cu câte o mână de cele două persoane care realizează procedura următoare:
- cu cealaltă mână se rulează cearceaful murdar și se derulează cu grijă cel curat până aproape de pacient;
- se schimbă fața de pernă, se așează perna pe pat;
- pacientul este culcat în decubit dorsal și este rugat dacă poate, sau este ajutat să-și ridice regiunea fesieră;
- se continuă rularea cearceafului murdar spre picioarele pacientului și derularea celui curat;
- se ridică apoi membrele inferioare continuând rularea și derularea;
- cearceaful murdar se introduce în sac, cearceaful curat se întinde bine și se fixează la colțuri.

b) La pacientul care rămâne în decubit :

Cearceaful de pat se rulează pe dimensiunea mare.

- se spală mâinile, se îmbracă mănuși;
- cearceaful plic se schimbă și împreună cu pledul se împachetează în armonică;
- se degajă cearceaful murdar de sub saltea;
- se întoarce pacientul în decubit lateral și se trage perna spre marginea patului;
- cearceaful murdar se rulează până lângă pacient;
- cearceaful curat așezat de-a lungul patului se derulează până aproape de cel murdar;
- pacientul de întoarce în decubit dorsal apoi în decubit lateral pe partea opusă;
- se continuă derularea cearceafului murdar și derularea celui curat;
- cearceaful murdar se pune în sacul colector;
- pacientul este readus în decubit dorsal;
- cearceaful curat se întinde și se fixează.

Schimbarea cearceafului plic (cu pătura în interior)

- este nevoie de participarea a două persoane;
- se așează cearceaful cu pătura (împăturit în armonică) deasupra pacientului astfel încât marginea liberă de dedesubt să fie sub bărbia pacientului, iar cea de deasupra spre picioarele pacientului;
- cele două persoane se poziționează de o parte și de alta a patului, prind colțul cearceafului curat cu mâna dinspre capul pacientului, și cu cealaltă mână colțul cearceafului murdar;
- cu o mișcare rapidă se întinde cearceaful curat și se îndepărtează cel murdar.

Încheierea procedurii

- lenjeria murdară se colectează în saci;
- se îndepărtează mănușile, se spală mâinile.

Observații

Aleza și mușamaua pot fi schimbate după aceleași metode ținând cont de posibilitatea de schimbare a poziției pacientului.

1.3 Schimbarea lenjeriei de corp a pacientului imobilizat la pat :

Scop

- menținerea stării de igienă și confort;
- menținerea/creșterea demnității pacientului;
- prevenirea escarelor de decubit.

Procedura ține seamă de tipul de îmbrăcăminte (pijama, cămașă de noapte) și de starea pacientului. Se obțin informații despre posibilitățile de imobilizare.

Schimbarea pijamalei

- se explică pacientului cum poate colabora și se apreciază în același timp resursele acestuia;
- se spală mâinile, se îmbracă mănuși.

Dezbrăcarea bluzei murdare și îmbrăcarea celei curate

- se descheie nasturii;
- se ridică pacientul în poziția șezând și se îndepărtează bluza murdară;
- se rulează pe rând fiecare mânecă a bluzei curate și se îmbracă fiecare membru superior;
- pacientul este așezat în decubit, se întinde bluza și se încheie nasturii;
- dacă pacientul nu se poate ridica, se întoarce în decubit lateral, se dezbracă și se îmbracă partea accesibilă după care pacientul se întoarce pe cealaltă parte și se procedează la fel rulând pe rând mânecile bluzei;
- la sfârșit, pacientul este adus în decubit dorsal, se întinde bluza și se încheie nasturii.

Îmbrăcarea și dezbrăcarea pantalonilor

- se menajează pudorea pacientului;
- se ridică regiunea lombosacrală, se trag pantalonii jos;
- se ridică membrele inferioare și se continuă dezbrăcarea;
- se rulează pantalonii curați și se îmbracă pe rând fiecare membru inferior, după care se ridică regiunea fesieră și se trag în sus spre mijloc.

Observații

În toate cazurile descrise

- se verifică punctele de sprijin și se anunță orice modificare premergătoare escarelor;
- se pudrează cu talc punctele de sprijin;
- se verifică dacă la terminarea procedurii, lenjeria este bine întinsă și dacă pacientul exprimă stare de confort.

Schimbarea cămășii de noapte

Se apreciază capacitatea pacientei de a participa la efectuarea procedurii.

Dacă pacienta se poate ridica în poziție șezând se procedează astfel:

- se ridică întâi regiunea fesieră și se trage ușor cămașa murdară;
- se strânge (rulează) cămașa murdară de la spate și se trece peste cap dezbrăcând membrele superioare;
- se rulează fiecare mânecă a cămășii curate și se îmbracă fiecare membru superior după care cămașa este trecută peste cap și întinsă până aproape de șezutul pacientei;
- se așează în decubit, se ridică regiunea fesieră și se întinde bine cămașa.

Dacă pacienta nu se poate ridica:

Pentru dezbrăcare :

- se întoarce pacienta pe o parte și pe alta, strângând de fiecare dată cămașa până aproape de axilă;
- pacienta în decubit dorsal se ridică ușor și se trage cămașa peste cap; Pentru îmbrăcare
- se rulează cămașa de la poale, se ridică ușor capul se și trece cămașa peste cap;
- se rulează fiecare mânecă și se îmbracă pe rând membrele superioare;
- se întoarce apoi pacienta pe o parte și pe alta întinzând cu grijă cămașa;
- se întinde bine cămașa;
- se întinde și se fixează cearceaful.

Observații

La schimbarea lenjeriei de corp și pat se ține cont de constrângerile fizice: leziuni ale membrelor, aparate gipsate, perfuzii montate.

Partea vătămată se dezbracă ultima și se îmbracă prima.

Asistentul medical trebuie să fie prezent la schimbarea lenjeriei pacientului cu perfuzii sau la care prin planul terapeutic mișcarea este limitată/interzisă.

La pacientul inconștient este de preferat ca partea inferioară a corpului să nu fie îmbrăcată.

Dacă pacientul prezintă dureri la mobilizare sau după proceduri se poate administra calmant.

1.4 Toaleta pacientului imobilizat la pat

Se realizează intervenții pentru igiena zilnică și după caz baia pe regiuni corporale.

Scop

- menținerea igienei tegumentului;
- menținerea stării de confort a pacientului;
- prevenirea leziunilor cutanate;
- activarea circulației.

Principii generale

- se apreciază prin culegerea datelor, starea pacientului pentru a evalua resursele, de ce/cât/ce fel de ajutor are nevoie, limitele în care poate fi mobilizat;
- se asigură intimitatea, se respectă pudora pacientului;
- se asigură temperatura corespunzătoare mediului ambiant pentru a nu crea disconfort;
- materialele se pregătesc și se aleg în funcție de procedură și sunt așezate în apropiere;
- se respectă o anumită ordine a spălării regiunilor astfel încât să permită descoperirea, spălarea și acoperirea zonei fără să creeze disconfort;
- după efectuarea îngrijirilor igienice corporale și schimbarea lenjeriei, pacientul va fi așezat într-o poziție cât mai comodă;
- fiecare zonă se umezește, se săpunește, se clătește și se șterge, după care se învelește;
- se lucrează cu blândețe și atenție dacă pacientul are constrângeri fizice (aparat gipsat, pansament, perfuzie).

Materiale necesare

Materialele se pregătesc în funcție de scop de tipul de îngrijire: baia la pat, toaleta și îngrijirea unei regiuni.

Pentru toaleta completă la pat se pregătesc:

- materiale pentru protecție: mușama, aleză, cearșaf, prosop de baie;
- materiale pentru spălat: cană cu apă caldă și rece, lighean, trei mănuși de toaleta de culori diferite, 3 prosoape de culori diferite, forfecuță și pilă pentru unghii, piepten, alcool, săpun neutru, mănuși de unică folosință, alcool mentolat, talc;
- materiale pentru toaleta cavității bucale: periuță, pastă, pahar;
- materiale pentru toaleta organelor genitale: ploscă, pense, post-tampon, tampoane;
- lenjerie curată de corp și pat;
- sac pentru lenjeria murdară.

Ordinea spălării

- fața și gâtul;
- partea anterioară a toracelui, membrele superioare, abdomenul, partea posterioară a toracelui și regiunea fesieră, membrele inferioare organele genitale;

Mănușile de baie și cele 3 prosoape de culori diferite, se schimbă astfel: primul pentru față și gât, al doilea pentru trunchi și membre, al treilea pentru organele genitale.

Pregătirea pacientului

- se discută cu pacientul și se 'împart sarcinile' stabilind contribuția acestuia;
- se stabilește orarul efectuării toaletei în funcție de activitatea din secție (servirea mesei, investigații, orarul tratamentului).

Efectuarea procedurii

Se dezbracă pe rând fiecare regiune și se insistă în anumite zone după cum urmează:

- la față și gât : se începe cu ochii, se insistă cu mișcări circulare în zona periorală și perinazală, se insistă la ureche în cute și regiunea retroauriculară;
- se schimbă mănuașă;
- pe partea anterioară a toracelui se insistă în axile, la femei în pliurile submamare;
- la membrele superioare, spălarea se face cu mișcări lungi și circulare începând de la articulația pumnului spre umăr pentru a stimula circulația de întoarcere. Se insistă la spațiile interdigitale și se taie unghiile;
- la nivelul abdomenului se insistă la nivelul pliurilor inghinale unde apar ușor iritații, la nivelul ombilicului care poate fi murdar;
- pe partea posterioară, cu pacientul așezat în decubit lateral, se insistă în plica interfesieră;
- se controlează punctele de sprijin, se fricționează ușor cu alcool mentolat și se pudrează cu talc;
- se readuce pacientul în decubit dorsal și se continuă cu spălarea membrelor inferioare insistând la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea plicii inghinale, în regiunea tendonului lui Ahile și călcâiului; picioarele se introduc într-un lighean cu apă pentru a tăia mai ușor unghiile;
- toaleta organelor genitale se face cu pacientul în poziție ginecologică folosind pense posttampon sau mănuași de unică folosință. Direcția de spălare este dinspre partea anterioară spre cea posterioară. Pacientul se poate spăla singur dacă starea îi permite fiind instruit cum să procedeze corect. La sfârșit pacientul este ridicat în poziție șezând (dacă se poate) sau întors în decubit lateral pentru igiena gurii. Îngrijirea se încheie cu pieptanarea părului.

Îngrijirea ochilor

Scop

- prevenirea infecțiilor și îndepărtarea secrețiilor;
- menținerea ochiului umed la pacientul cu paralizie, în exoftalmie.

Materiale necesare

- ser fiziologic, soluție de acid boric;
- soluție de vitamina A;
- sticlură cu picurator;
- lacrimi artificiale, unguent oftalmic recomandat de medic;
- comprese sterile;
- mănuași sterile;
- tăviță renală;
- prosop, material impermeabil.

Pregătirea pacientului

Pacientul poate fi colaborant, conștient sau comatos.

Pacientul conștient se informează și i se explică derularea procedurii.

Îngrijirea se poate realiza în cadrul toaletei zilnice sau, după caz, independent.

Pacientul se așează în decubit cu capul ușor întors spre ochiul care va fi primul spălat.

Efectuarea procedurii

- se spală mâinile;
- se îmbracă mănuași sterile;
- se îndepartează secrețiile sau crustele ștergând ușor de la comisura externă spre cea internă folosind un tampon steril îmbibat în ser fiziologic;

- pentru fiecare ștergere se folosește un tampon nou;
- manevrele se repetă pentru celălalt ochi;
- se instilează lacrimi artificiale sau se aplică unguent oftalmic. În cazul pacientului comatos
- se urmează aceeași pași, asistentul medical deschizând pleoapele și aplicând pe fiecare ochi câte o compresă sterilă;
- se instilează în sacul conjunctival câte o picătură de vitamina A de două ori pe zi;
- lipsa clipirii impune instilarea lacrimilor artificiale.

În cazul pacientului cu boala BASEDOW se recomandă:

- purtarea ochelarilor fumurii pentru reducerea intensității luminii, protecția împotriva vântului și a curenților, permite camuflarea exoftamiei;
- pacientul este sfătuit să doarmă cu capul mai sus (două perne) ceea ce permite reducerea edemului palpebral;
- pentru menținerea umidității corneei se aplică comprese îmbibate în ser fiziologic.

Îngrijirea mucoasei nazale

Scop/indicații

- menținerea permeabilității căilor respiratorii superioare;
- prevenirea leziunilor în infecții nazale, leziuni de presiune determinate de sondă pentru oxigen, pentru evacuarea sucului gastric sau pentru alimentație.

Materiale necesare

- tampoane sterile;
- ser fiziologic;
- vaselină;
- apă oxigenată diluată;
- tăviță renală;
- mănuși de cauciuc.

Pregătirea pacientului

- se informează pacientul;
- se explică modul de derulare a procedurii;
- este așezat în decubit sau pe scaun, cu capul deflectat și ușor întors într-o parte.

Efectuarea procedurii

- se curăță fosele nazale cu tampoane umezite cu ser fiziologic, se îndepărtează crustele;
- pentru fiecare nară se folosește de fiecare dată alt tampon;
- crustele se pot îndepărta prin lubrifiere cu vaselină;
- dacă sonda este montată se procedează astfel:
- se dezlipește plasturele de pe nas și față;
- se retrage sonda 5-6 cm și se curăță urmele de bandă adezivă;
- se schimbă poziția sondei și se fixează din nou;
- când sonda se schimbă, se repune după o pauză de 6-8 ore.

Îngrijirea urechilor

Scop

- menținerea stării de igienă a conductului auditiv extern;
- îndepărtarea depozitelor de cerumen sau a celor patologice;
- aplicarea unor tratamente.

Materiale necesare

- tampoane cu vată;
- taviță renală;
- soluție de bicarbonat de sodiu;
- mănuși de baie;
- prosop.

Pregătirea pacientului

- se informează și este rugat să colaboreze;
- se culeg date în legătură cu eventualele tratamente locale care trebuie aplicate.

Efectuarea procedurii

- se curăță conductul auditiv extern cu un tampon uscat, efectuând cu blândețe mișcări de rotație;
- se observă eventualele iritații sau secreții;
- se curăță pavilionul urechii cu mănușa de bumbac;
- la sfârșit dacă pacientul agreează, se pune un tampon de vată;
- dacă pacientul are indicație de tratament acesta se efectuează conform recomandărilor.

Îngrijirea cavității bucale

La pacientul conștient

Scop

- evaluarea stării de sănătate orală;
- îndepărtarea gustului și mirosului neplăcut al cavității bucale;
- promovarea confortului.
- se informează pacientul;
- se apreciază resursele fizice pentru a stabili modul de colaborare;
- se așează într-o poziție adecvată stării generale:
- șezând cu un prosop în jurul gâtului;
- decubit lateral cu capul ușor ridicat sprijinit pe o pernă protejată cu prosop.

Efectuarea procedurii

- se dă pacientului periuța, pasta și paharul cu apă;
- se susține tăvița renală sub bărbia pacientului sau aproape de fața acestuia;
- se sfătuiește pacientul să perie suprafața externă a dinților începând din partea stângă apoi la centru și apoi partea dreaptă;
- se perie apoi suprafața coroanelor și suprafața internă a dinților;
- perierea se face în sens vertical 2-3 minute;
- se invită pacientul să-și clătească cu multă apă și la sfârșit cu apă de gură;
- dacă pacientul este în decubit se oferă o cană cu cioc sau un tub de sucțiune.

La pacientul comatos

Se evaluează starea acestuia, se apreciază dacă are reflex de deglutiție.

Materiale necesare

- periuță personală;
- pastă de dinți;
- prosop;
- tampoane pe porttampon;
- deschizător de gură;

- comprese de tifon sterile;
- apă de gură, glicerină boraxată 2%, glicerină cu stamicin;
- spatulă linguală;
- taviță renală;
- mănuși de unică folosință;
- vaselină pentru buze;
- seringi pentru aspirarea lichidului.

Pregătirea pacientului

- se așează pacientul în decubit lateral, toracele ușor ridicat; dacă nu este posibil se întoarce capul într-o parte.

Efectuarea procedurii

- se spală mâinile, se îmbracă mănuși,
- se protejează perna cu un prosop și se așează alături tavița renală și siringa pentru aspirație,
- se fixează maxilarele cu ajutorul deschizătorului de gură;
- se perie suprafața externă dinților folosind o cantitate mică de pastă;
- se aspiră lichidul cu siringa;
- se folosește o spatulă linguală și tampoane pentru îndepărtarea obrajilor și buzelor în vederea curățării mucoase bucale;

Materiale necesare

- periuță de dinți personală;
- pastă de dinți;
- pahar cu apă pentru spălare;
- pahar de apă pentru proteză;
- taviță renală pentru colectare apă;
- ață dentară;
- șervețele de hârtie, prosop, mușama;
- apă de gură;
- tampoane, prosoape;
- tavă pentru materiale.

Pregătirea pacientului

- se curăță suprafața internă a dinților folosind tampoane cu glicerină boraxată sau cu glicerină cu stamicin dacă există candida;
- se observă foarte bine aspectul gingiilor, dinților și limbii;
- se stabilesc îngrijiri ulterioare în funcție de constatări.

Observații

Dacă pacientul nu are reflex de deglutiție se renunță la pastă și periuță existând risc de aspirație pe căile respiratorii.

Îngrijirea protezei

Scop

- Menținerea igienei protezei și a cavității bucale. Materiale necesare
- pahar mat;
- periuță;
- pastă de dinți;
- mănuși de unică folosință.

Efectuarea procedurii

- pacientul conștient este rugat să-și scoată proteza să o curețe și să o pună într-un pahar propriu, mat, netransparent;
- la pacientul inconștient îngrijirea se face de către altă persoană;
- se îmbracă mănușile de unică folosință;
- se prinde proteza cu o compresă de tifon și se îndepărtează;
- se spală proteza cu periuța și pasta pacientului;
- se pune proteza într-un pahar curat, mat;
- se redă proteza pacientului când își recapătă starea de conștiență;
- înainte de montarea protezei se clătește gura cu apă curată.

Îngrijirea părului

Scop

- menținerea igienei
- menținerea stării de bine a pacientului
- păstrarea demnității pacientului

a) Îngrijirea zilnică prin pieptănare Materiale necesare:

- pieptene/perie;
- pânză sau prosop pentru protecție.

Efectuarea procedurii

- se face de către pacient, dacă poate sau de către altă persoană;
- părul se împarte în şuvițe și se pieptănă de la vârf spre rădăcină;
- părul lung se împletește (recomandare);

b) Spălarea părului

Se poate face în mai multe moduri:

- în pat - spatele pacientului fiind sprijinit de salteaua rulantă, ligheanul sprijinit pe somieră;
- în pat - pacientul fiind orientat spre marginea patului, în decubit dorsal orientat oblic
- pe scaun - două scaune cu spătar puse cu spătarele apropiate, pe unul stă pacientul pe celălalt se sprijină ligheanul;
- pe scaun lângă lavoar - cu fața sau cu spatele în funcție de starea generală a pacientului.

Materiale necesare

- lighean, găleată pentru colectarea apei folosite;
- vas cu apă caldă;
- termometru de baie;
- săpun lichid șampon;
- mușama și aleză;
- prosoape;
- uscător de păr;
- perie, pieptăn;
- paravan;
- mănuși de unică folosință.

Pregătirea pacientului

- se evaluează starea pacientului pentru a se stabili modul potrivit;
- se informează pacientul privind manevrele ce se vor face.

Efectuarea procedurii

Cu pacientul în poziție șezând, e scaun sau la lavoar

- se protejează lenjeria pacientului cu material impermeabil;
- părul se umezește, se șamponează;
- se masează ușor pielea capului cu pulpa degetelor;
- părul se clătește/limpezește până la îndepărtarea totală a șamponului;
- se acoperă capul cu un prosop uscat, cald;
- părul se usucă cu uscătorul.

Cu pacientul în pat

- se protejează patul cu material impermeabil;
- capătul liber al mușamalei se rulează din ambele părți și se introduce în lighean sau găleată;
- mușama se acoperă cu aleză;
- părul se umezește, se șamponează;
- se masează ușor pielea capului cu pulpa degetelor;
- părul se clătește/limpezește până la îndepărtarea totală a șamponului;
- se acoperă capul cu un prosop uscat, cald;
- părul se usucă cu uscătorul.

1.5 Schimbarea poziției pacientului imobilizat, dinamic

Scop

asigurarea confortului pacientului;

- ☐ prevenirea complicațiilor favorizate de imobilizare (escare, tromboze, încetinirea tranzitului).

Materiale necesare

- ☐ perne;
- ☐ suluri din patură, din alte materiale textile; ☐ sprijinitor pentru picioare, saci de nisip.

Pregătirea pacientului

- ☐ se informează pacientul;
- ☐ se evaluează resursele pacientului și capacitatea acestuia de a participa la procedură.

Efectuarea procedurii

Se realizează de 1-2 persoane, una având rol de coordonator.

a) Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral

- ☐ persoana care face schimbarea se așează de partea patului spre care se întoarce pacientul; ☐ se pliază pătura spre partea opusă pentru a realiza un sul de sprijinire;
- ☐ se prinde umărul pacientului, se ridică și se sprijină cu pătura;
- ☐ se sprijină apoi toracele pacientului cu o mână, și cu mâna dinspre picioarele acestuia se rotează bazinul și membrele inferioare;
- ☐ membrul inferior de deasupra se flectează, cel de dedesubt rămâne întins; ☐ se pune o pernă sub genunchiul superior;
- ☐ se sprijină spatele cu pătura făcută sul; ☐ se reasează patul, se întinde lenjeria; ☐ se acoperă pacientul.

b) Schimbarea poziției din decubit lateral în decubit dorsal

- ☐ persoana care face schimbarea se așează de partea patului spre care este întors pacientul; ☐ se îndepărtează perna de sub genunchi și sulul din patură;
- ☐ se așează pacientul cu mișcări blânde în decubit dorsal;
- ☐ se introduc sub regiunea lombară și sub genunchi pernițe mici sau materiale textile împăturite pentru a respecta curbura fiziologică a coloanei și pentru a evita hiperextensia membrilor;
- ☐ se reasează patul, se întinde lenjeria; ☐ se acoperă pacientul.

c) Schimbarea poziției din decubit dorsal în poziție șezând

De către o singură persoană

- ☐ se dezvelește pacientul până la mijloc;
- ☐ persoana se așează în fața pacientului, acesta fiind rugat să întoarcă privirea într-o parte; ☐ se prinde pacientul de sub axile și se sprijină capul de antebraț;
- ☐ pacientul este rugat să se sprijine pe tălpi și să se ridice ușor la comandă; ☐ se trage spre capul patului;
- ☐ se sprijină spatele cu perne;
- ☐ se fixează genunchii cu un sul și tălpile cu un sprijinitor. De către două persoane cele două persoane se așează de o parte și de alta a patului față în față;
- ☐ brațele dinspre capul pacientului se încrucișează pe spatele acestuia, cealaltă mână se introduce în axilă;
- ☐ una dintre persoane comandă mișcarea;
- ☐ pacientul este tras spre capul patului și se fixează poziția.

d) Schimbarea poziției din poziție șezând în decubit dorsal

Reașezarea pacientului în decubit dorsal din poziția șezând se face de către două persoane. ☐ cele două persoane se așează de o parte și de alta a patului față în față;

- ☐ una dintre persoane comandă mișcarea;
- ☐ se îndepărtează obiectele de sprijin de sub genunchi și din dreptul tălpile;
- ☐ brațele dinspre capul pacientului se încrucișează pe spatele acestuia, cealaltă mână se introduce în axilă;
- ☐ cu o mișcare atentă pacientul este tras până ajunge în decubit dorsal, cu capul sprijinit pe pernă;
- ☐ se fixează sulurile de sprijin sub regiunea lombară și genunchi; ☐ se reașează patul, se întinde lenjeria;
- ☐ se acoperă pacientul.

e) Readucerea pacienților alunecați din poziție semișezând sau șezând

- ☐ pacientul este rugat să se sprijine pe tălpi;
- ☐ se prinde de sub axile și se trage ușor spre capul patului;
- ☐ dacă activează două persoane se prinde cu o mână de sub axilă, iar cealaltă de introduce sub regiune fesieră și se acționează la comandă;
- ☐ se fixează poziția.

1.6. Mobilizarea pacientului

Scop

- ☐ prevenirea complicațiilor;
- ☐ stimularea tonusului muscular, fizic și psihic.

Materiale necesare

- ☐ cadru mobil;
- ☐ agitator;
- ☐ baston;
- ☐ cârje.

Pregătirea pacientului

Se anunță pacientul și se explică importanța mobilizării precoce.

Pentru anumiți pacienți se cere acordul medicului privind tipul și durata mobilizării (paralizați, operați, cu infarct miocardic).

Mobilizarea pasivă

- ☐ se fac mișcări de flexie, extensie, rotație, abducție, adducție, supinație, pronție; ☐ se masează membrele în sensul circulației de întoarcere;

- ☐ se comunică permanent cu pacientul pentru a afla dacă are dureri; ☐ se controlează pulsul.

Ridicarea în poziția șezând

a) În pat

- ☐ se ridică după tehnica schimbării poziției; ☐ se sprijină cu perne;
- ☐ se poate ridica singur cu ajutorul unei agățători.

b) La marginea patului

Executarea de către o singură persoană

- ☐ se introduce o mână sub axile și una sub regiunea poplitee;
- ☐ pacientul se poate prinde de gâtul persoanei care face manevra;
- ☐ se rotează picioarele pacientului într-un unghi de 90° și sunt lăsate să atârne ușor la marginea patului;
- ☐ se sprijină dacă pacientul nu își poate menține poziția. Executarea de către două persoane
- ☐ se introduce câte o mână sub omoplați, iar cealaltă sub regiunea poplitee;
- ☐ se ridică pacientul în poziție șezând și se rotește cu un unghi de 90°, fiind adus la marginea patului;
- ☐ reaşezarea în pat se face executând mișcările în ordine inversă.

c) Așezarea pacientului în fotoliu

- ☐ se așează pacientul la marginea patului;
- ☐ se aduce fotoliul cu rezemătoarea laterală la marginea patului;
- ☐ persoana se așează în fața pacientului, introduce mâinile sub axilă;
- ☐ pacientul se ridică ușor în picioare (ajutat de către una sau două persoane); ☐ se întoarce pacientul cu spatele spre fotoliu și se așează cu grijă;
- ☐ se acoperă cu un pled;
- ☐ readucerea în pat se face executând mișcările în sens invers.

d) Ridicarea pacientului în poziție ortostatică

- ☐ se aduce pacientul la marginea patului;
- ☐ se susține și se ridică în picioare fiind susținut;
- ☐ se observă pacientul, se așează în pat dacă are amețeli;
- ☐ reaşezarea în pat se face executând mișcările în sens invers.

e) Efectuarea primilor pași

- ☐ se întreabă medicul dacă pacientul poate fi mobilizat;
- ☐ se ridică întâi în poziție șezând, apoi este adus la marginea patului; ☐ se ridică în picioare și se observă comportamentul;
- ☐ se sprijină de braț sau se oferă un cadru mobil și se parcurge distanța recomandată de medic;
- ☐ se crește distanța progresiv;
- ☐ pacientul este încurajat să se deplaseze și singur pe măsură ce starea sa permite.

Intocmit ; As. Sef Sectie

Data: 25.09.2014

Verificat: Director Ingrijiri

As. pr. Remes Gabriela

Data: 27.09.2014

Aprobat : Comitetul Director

Data: 13.10.2014