

II. ÎNGRIJIREA CURENTĂ ȘI SUPRAVEGHEREA BOLNAVULUI

1. ÎNGRIJIRILE GENERALE ACORDATE BOLNAVULUI

PATUL BOLNAVULUI

Patul este mobilierul cel mai important din salon, aici petrecându-și bolnavul majoritatea timpului de boală și convalescență. Patul trebuie să fie comod, de dimensiuni potrivite, ușor de manipulat și ușor de curățat, pentru ca îngrijirile, investigațiile și tratamentele aplicate bolnavului să nu fie împiedicate.

Patul este confecționat din tuburi de metal, ușoare, dar rezistente, pentru a fi mișcat fără prea mari eforturi în timpul curățirii lui și a salonului, precum și la aplicarea diferitelor îngrijiri necesare bolnavului. Patul este vopsit în alb pentru a se putea curăța frumos și pentru a se observa orice urmă de necurățenie.

Partea utilă a patului este reprezentată de o somieră metalică, confecționată din sîrmă inoxidabilă și întinsă pe un cadran de fier puternic.

Un pat, care să satisfacă toate cerințele, atît pentru odihna bolnavului, cît și pentru manevrarea lui de către personalul îngrijitor, trebuie să aibă următoarele dimensiuni: lungimea 2 m, lățimea 80—90 cm, înălțimea de la dușumea pînă la saltea 60 cm.

Un pat mai scurt de 2 m obligă bolnavul de a lua anumite poziții incomode, astfel, fie cu picioarele flectate, fie cu capul prea ridicat, fie în decubit lateral ghemuit, fără a se putea mișca sau întinde după voie.

Un pat mai strimt de cît 80—90 cm limitează mișcările bolnavului, atît din cauza suprafeței mai reduse, cît și de teama de a nu cădea din pat, iar un pat cu lățimea mai mare decît 90 cm ar incomoda efectuarea manoperilor de îngrijire, investigație și tratament, obligînd personalul de a aduce bolnavul mereu la marginea patului sau să solicite bolnavul să se deplaseze de fiecare dată.

Înălțimea cea mai potrivită pentru patul bolnavului este de 60 cm, deoarece nu obligă medicul sau asistenta să stea într-o poziție prea aplecată în timpul examinării bolnavului, în timpul aplicării unor îngrijiri sau tratamente. De asemenea, bolnavul poate la nevoie să coboare din pat, dacă dorește să stea în poziție șezînd, să poată sprijini picioarele comod pe dușumea fără ca marginea patului să comprime vasele sanguine din regiunea posterioară a coapselor, deranjînd circulația acestei regiuni.

Pentru ca patul să fie cît mai ușor de deplasat este bine să fie așezat pe roțițe, prevăzute cu cauciucuri. De asemenea, acestor tipuri de paturi cu roțițe, pentru a li se asigura stabilitatea, li se fixează roțițele cu garnituri de cauciuc sau roțițele sînt astfel adaptate, încît atunci cînd patul trebuie fixat, ele să poată fi ridicate printr-un dispozitiv.

Tipurile de pat mari, moderne nu sînt prevăzute cu roțițe, ci deplasarea lor în stare goală sau cu bolnavul se face aplicîndu-se asupra lor un dispozitiv de ridicat prevăzut cu roțițe, care după deplasarea patului se îndepărtează.

Partea principală a patului este somiera. Calitățile plasei de metal hotărăsc în mare măsură calitățile patului și implicit și odihna bolnavului. Somiera trebuie să fie puternică, elastică, bine întinsă, pentru a nu ceda sub greutatea bolnavului. Suprafața patului trebuie să-și mențină poziția ei orizontală, indiferent dacă patul este gol sau cu bolnav. Paturile cu somiere laxe sau slabe oferă bolnavului o suprafață concavă, care-i imprimă poziții foarte oșobitoare și cîteodată chiar penibile. (fig. 71).

Suprafața, elasticitatea, rezistența la tracțiune și integritatea somierelor trebuie controlate după plecarea fiecărui bolnav și la nevoie date la reparat sau înlocuite.

Tipurile de paturi existente în spitalele noastre sînt numeroase, unele dintre ele fiind confecționate special pentru îngrijirea anumitor categorii de bolnavi. Astfel avem :

— patul simplu cu somieră confecționată dintr-o singură bucată. Marginea patului este înlocuită de marginea cadranului

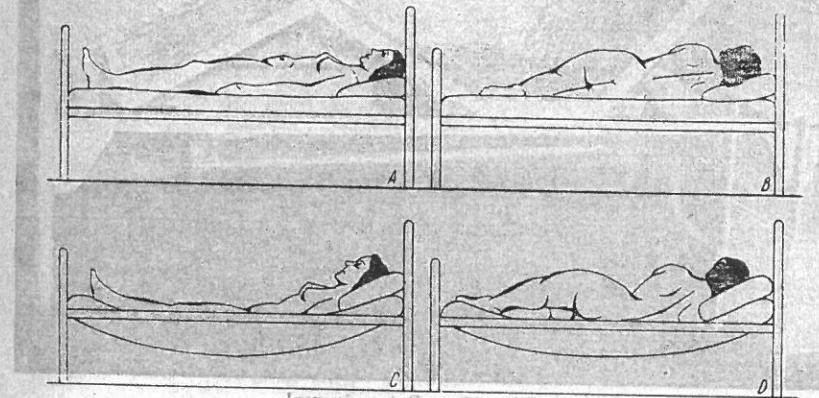


Fig. 71. — Influența somierei asupra poziției bolnavului în pat.
A — poziția corectă în decubit dorsal, pe somieră dreaptă. B — poziția corectă în decubit lateral, pe somieră dreaptă. C — poziția incorectă în decubit dorsal, pe somieră curbă. D — poziția incorectă în decubit lateral, pe somieră curbă.

pe care este întinsă plasa de sîrmă a somierei. Patul nu are reze-mătoare, permite deci bolnavului numai poziția întinsă ; poziția semișezînd se realizează cu un număr mai mare de perne ;

— patul simplu, cu reze-mător mobil, la care treimea cefalică a somierei poate fi ridicată în poziție oblică pînă la 45°. Poziția ridicată a acestei porțiuni se asigură cu ajutorul unor pîrghii metalice, care se îmbucă cu creștăturile unei bare dințate sau cu un șurub. La unele varietăți ale acestui tip de pat, reze-mătorul nu face parte din somieră, ci este o piesă atașabilă, articulîndu-se cu aceasta ;

— patul cu somieră mobilă, denumit și patul ortopedic, are cadranul somierei confecționat din mai multe bucăți articulate între ele, permițînd așezarea bolnavului în poziții foarte variate. Există paturi cu cadranul somierei confecționat din 2—3 sau 4 bucăți, care pot fi ridicate separat, pentru menținerea bolnavului în poziția semișezînd, poziția cu picioarele flec-

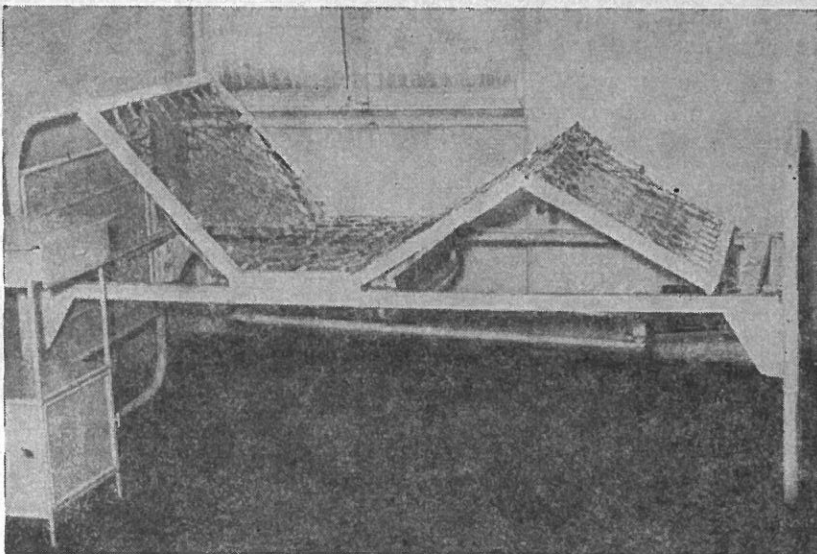


Fig. 72. — Pat universal.

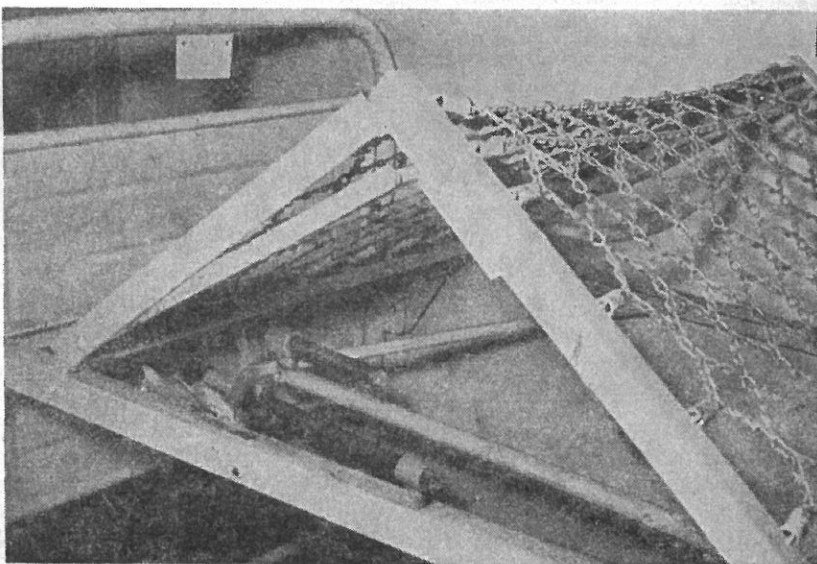


Fig. 73. — Instalația pentru ridicarea părților somierei.

tate, poziția Trendelenburg etc. Fixarea părților în pozițiile respective se asigură cu ajutorul unor ghiventuri;

— patul universal (patul tip dr. Lupu, fig. 72) este patul ideal pentru majoritatea categoriilor de bolnavi. Părțile componente ale somierei pot fi manipulate cu ajutorul unei manivele, care se adaptează la ghiventele unui dispozitiv mecanic de ridicare și coborîre (fig. 73). Înșurubarea ghiventului superior cu ajutorul manivelei ridică sau coboară partea cefalică a somierei, încet, uniform și progresiv. Mișcarea ghiventului inferior ridică partea mijlocie a somierei, asigurând bolnavului o poziție semișezînd cu coapsele flectate pe abdomen și gambele pe coapse.

Unele variante ale paturilor cu somieră metalică articulată, pot asigura un număr foarte mare de poziții, cerute de starea bolnavului (fig. 74);

— patul universal pentru tratamentul osteo-articular (fig. 75) are cadranul somierei mobil, oscilînd în jurul a două puncte articulate, fiind acționat printr-o manivelă pînă la o înclinație de 30°. Somiera este formată din patru plăci găurite de aluminiu, articulate între ele, care pot fi acționate separat sau împreună, cu ajutorul unor manivele. Cele patru părți ale somierei sînt destinate capului și toracelui, regiunii lombare, coapselor și gambelor. Somiera nu este prevăzută cu plasă, aceasta fiind înlocuită cu o saltea din material plastic expandat (burete), gros de 10—12 cm. Patul este prevăzut cu 4 roți, cu bandaje de cauciuc. La unul din capetele patului, cu ajutorul unei pedale, cele două roți pot fi suspendate și înlocuite cu două picioare prevăzute cu tampoane de cauciuc, care imobilizează patul. Cu aceeași

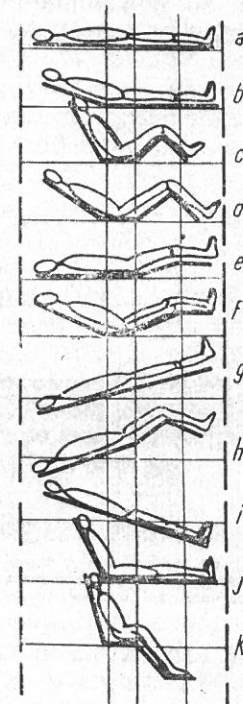


Fig. 74. — Pozițiile asigurate pentru bolnav de patul cu somieră mobilă articulată.

a — poziția orizontală; b — poziția orizontală cu capul ridicat; c — poziția șezînd, cu genunchii flectați; d — poziția Fowler; e — poziția orizontală cu membrele inferioare ridicate; f — poziția orizontală cu capul și membrele inferioare ridicate; g — poziția Trendelenburg; h — poziția Trendelenburg, cu genunchii flectați; i — poziția declivă; j — poziția șezînd, cu membrele inferioare întinse; k — poziția șezîndă în patul transformat în fotoliu.

pedală se pot ridica tampoanele de cauciuc, dacă patul trebuie deplasat. Patul este prevăzut cu o planșetă proprie, care servește ca masă pentru alimentație, scris și citit etc., putând fi înclinată în diferite unghiuri, iar după utilizare introdusă sub somieră. Tot sub somieră patul are un sertar, care poate fi deschis de bolnav: acesta înlocuiește noptiera, atunci când bolnavul este

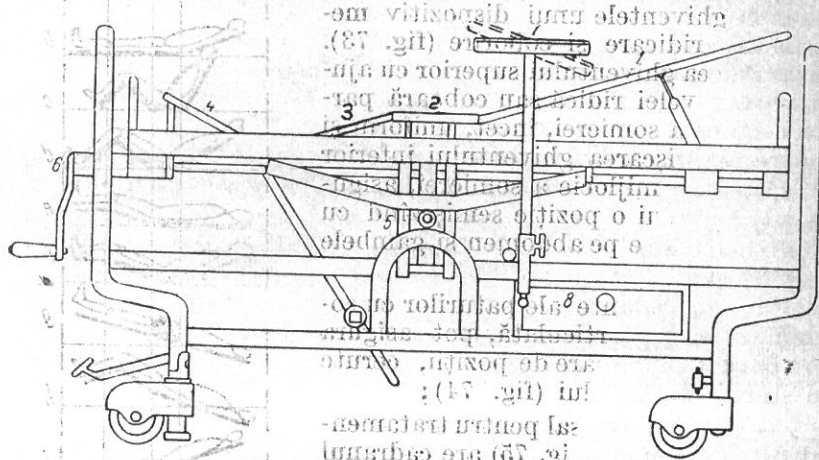


Fig. 75. — Patul universal pentru tratamentul osteoarticular.

1 — placa somierei pentru cap și torace; 2 — placă somierei pentru regiunea lombară; 3 — placa somierei pentru coapse; 4 — placa somierei pentru gambe; 5 — axul împrejurul căruia oscilează cadrul somierei; 6 — manivela pentru acționarea plăcilor somierei; 7 — planșeta pentru masă; 8 — sertar.

deplasat cu patul. Cadrul patului este astfel alcătuit, încât i se pot adapta o serie de utilaje, accesorii proprii, folosite în chirurgia osteo-articulară;

— paturile închise cu plasă se utilizează pentru îngrijirea bolnavilor agitați, psihici sau inconștienți. Aceste paturi sînt de obicei capitonate, pentru ca bolnavul să nu se rănească în timpul mișcărilor involuntare;

— paturile utilizate în secțiile de traumatologie trebuie să fie mai grele și mai rezistente, pentru a suporta utilajele auxiliare speciale de extensie;

— paturile pentru sugari și copii sînt prevăzute cu gratii mobile, care pot fi ridicate sau coborîte după nevoie. Gratiile sînt prevăzute cu dispozitive de siguranță, pentru ca să nu se deschidă de la sine sau de către copil. Unele tipuri au somieră

mobilă, în sensul că suprafața utilă a patului poate fi ridicată sau coborîtă, modificînd astfel profunzimea patului după înălțimea copilului.

Pentru îngrijirea specială a unor categorii de bolnavi se confecționează paturi cu o construcție deosebită cum sînt diferitele tipuri de paturi pentru reanimare (fig. 76 A, B), paturile care schimbă în mod automat poziția bolnavului din decubit dorsal în decubit lateral, sau din decubit lateral stîng în decubit lateral drept și invers, paturile utilizate pentru îngrijirea bolnavilor cu insuficiență circulatorie, care prin modelarea somierei articulate pot fi transformate — la nevoie — în fotolii etc.

Pentru a evita transpunerea bolnavului din patul său pe targă, iar de pe targă pe mesele de examinare și tratament (röntgen, electrocardiografie, metabolism bazal, mese de operații etc.) se fac încercări de a uniformiza înălțimea paturilor, a porttărgilor, precum și a meselor de examinări și de tratamente, alinînd prin mecanisme automate suprafața utilă a patului, împreună cu bolnavul, de pe una pe alta. Partea mobilă a patului care se mută de pe un suport pe altul este astfel alcătuită, încît prin modificarea poziției părților ei componente să asigure aducerea bolnavului în cele mai variate poziții pe care îngrijirea lui o va cere.

Astfel, patul bolnavului devine un mecanism din ce în ce mai complex.

Există numeroase încercări pentru ca patul bolnavului, prevăzut cu numeroase anexe mecanice, să fie apropiat ca aspect cît mai mult de mobilierul obișnuit casnic cu care este obișnuit bolnavul. Din acest motiv s-a încercat ascunderea mecanismelor cu suprafețe lemnoase sau fibro-aglomerate, lustruite în culorile mobilierului obișnuit, care tulbură într-o măsură mai mică psihicul bolnavului în momentul internării.

Dată fiind marea importanță a paturilor de spital în îngrijirea și tratamentul bolnavilor se experimentează diferite îmbunătățiri ce pot fi aduse pentru asigurarea comodității bolnavului. Astfel se încearcă aplicarea la pat a unei pompe de ulei sau a unor motoare electrice cu turație redusă care ar putea fi acționată de bolnavul însuși, pentru a ridica sau coborî diferitele părți ale patului etc.

Tipul ideal de pat nu scoate din uz celelalte tipuri, deși este cel preferabil. De la internare este bine să se stabilească tipul

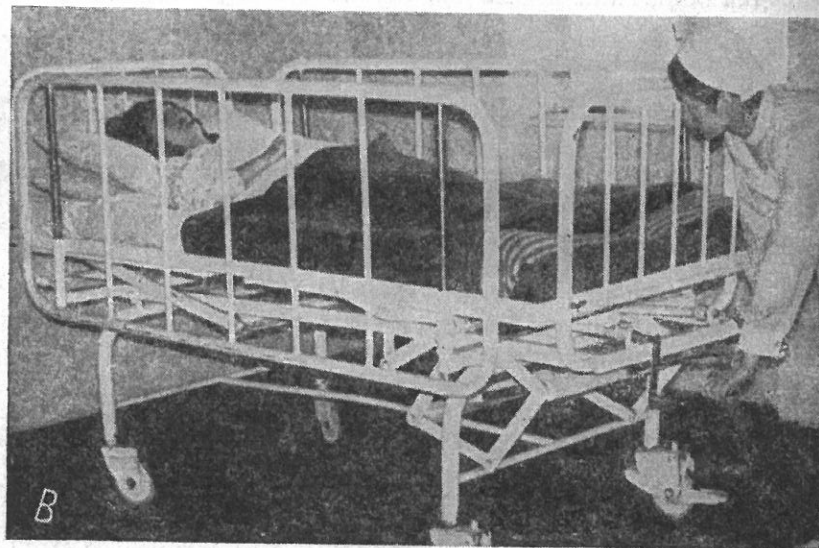
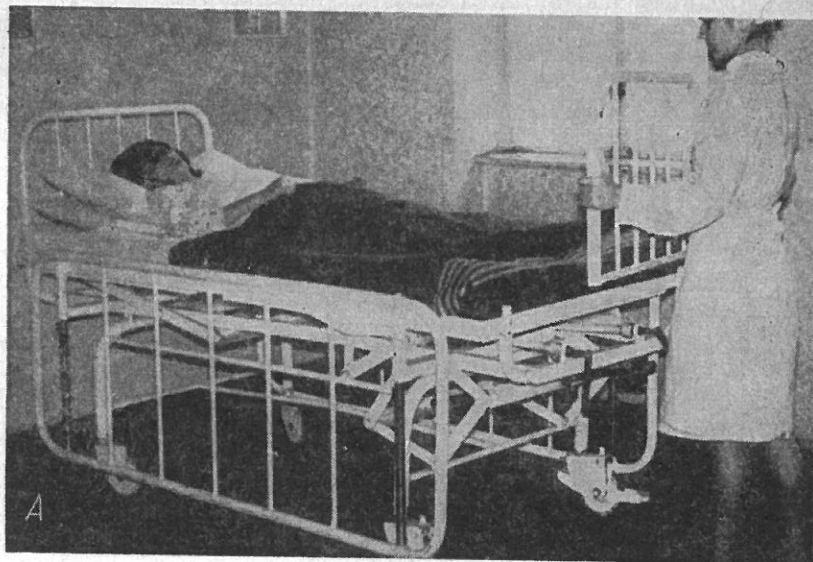


Fig. 76. — A și B — Montarea părților componente ale patului.

necesar de pat, pentru ca bolnavul să nu fie deranjat ulterior prin mutarea dintr-un pat într-altul.

Accesoriiile patului. *Salteaua* poate fi confecționată dintr-o singură, din două sau din trei bucăți. Salteaua ideală este formată din trei bucăți, fiindcă se poate schimba mai ușor.

Pentru a apăra salteaua de sîrma somierei se așază peste aceasta o țesătură de in sau cîneapă, de mărimea saltelei, fixată bine de cele patru colțuri ale somierei. Saltelele de tip vechi sînt umplute cu iarbă de mare, deșeuri de lînă sau păr de cal și învelite cu o pînză rezistentă. Ele oferă bolnavului o suprafață destul de rigidă și au inconvenientul că se impregnează ușor cu praf, uneori cu dejectiile bolnavilor în stare gravă, fiind un rezervor de microbi, deoarece dezinfectarea lor se face destul de greu. Din acest motiv s-a trecut la folosirea saltelelor de burete, confecționate din cauciuc sau alte materiale plastice, care asigură bolnavului o suprafață elastică și moale, ce se adaptează suprafeței corpului și se curăță mai ușor.

Calitatea saltelelor are o deosebită importanță în general și în special pentru prevenirea escarelor. În acest scop, uneori se utilizează saltele de cauciuc sau din material plastic, umplute cu apă sau cu aer (saltele de apă și saltele pneumatice), acestea din urmă fiind compartimentate. Există o varietate a saltelelor pneumatice compartimentate, care au mai multe dispozitive de umflare, ceea ce permite umflarea succesivă a compartimentelor după necesitate, schimbîndu-se în acest fel suprafața de sprijin a corpului. Unele din aceste saltele sînt automate, umflarea și dezumflarea alternativă a compartimentelor făcîndu-se cu ajutorul unui compresor la intervale dinainte reglate (fig. 77).

Salteaua trebuie să fie de dimensiuni potrivite cu somiera, pentru a nu incomoda bolnavul.

Pernele trebuie să fie în număr de două. Dintre ele una va fi umplută cu păr de cal sau iarbă de mare, va avea o formă dreptunghiulară sau cuneiformă și va fi așezată sub perna obișnuită. Această pernă se încălzește mai greu și asigură o poziție mai comodă bolnavului. Deasupra ei se așază a doua pernă, care poate să fie din burete de cauciuc, alt material plastic sau din puf, fără să fie prea umplută. Dimensiunea necesară pentru a asigura bolnavului o poziție comodă și suficientă pentru sprijinirea capului este de 55 cm lățime și 75 cm lungime.

Pătura este confecționată din lînă moale și călduroasă. În unele spitale se întrebuintează plapuma din lînă sau vată.

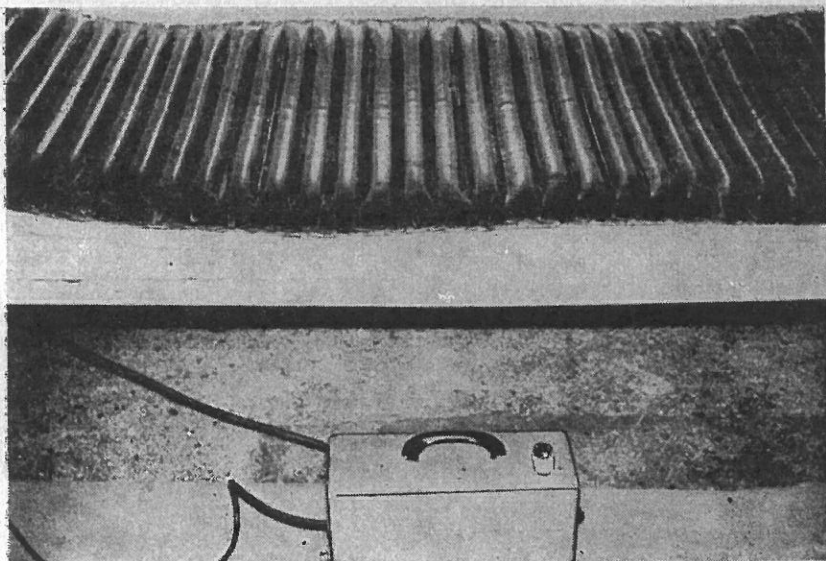


Fig. 77. — Saltele pneumatice compartimentate care permit umflarea succesivă a compartimentelor după necesitate.

Plapuma de vată prezintă inconvenientul că nu se poate spăla; cea din lână se poate curăța ceva mai ușor. În nici un caz nu se întrebuințează plapumă din puf, care absoarbe ușor praful, este greu de curățat și este prea călduroasă.

Lenjeria de pat este confecționată din material alb, moale, fără ornamente și cu cât mai puține cusături (acestea pot jena bolnavul). Ea este compusă din următoarele:

— 2 cearșafuri, dintre care unul simplu și unul în formă de plic, o mușama, o aleză sau traversă, 2 fețe de pernă.

Cearșaful trebuie să fie confecționat dintr-o singură bucată, deoarece cusăturile favorizează apariția escarelor. Dimensiunile cearșafului trebuie să fie $2,60\text{ m} \times 1,50\text{ m}$ ca să depășească marginile și extremitățile patului cu câte 30 cm în vederea fixării lui sub saltea.

Cearșaful plic servește pentru acoperirea păturii cu care se învelește bolnavul. El apără ambele suprafețe ale păturii. Când bolnavul este acoperit cu plapumă, cearșaful plic se înlocuiește cu fața de plapumă.

În trecut, în locul cearșafului plic s-a utilizat încă un cearșaf simplu, care se așeza peste bolnav, sub pătură. Această metodă se utilizează în unele locuri și astăzi.

Pregătirea patului după această metodă nu este o rezolvare ideală, căci cearșaful se adună sub pătură și enervează de multe ori pe bolnav; pe de altă parte, suprafața superioară a păturii, rămânând descoperită, se poate murdări cu resturi de alimente și medicamente, spută, vărsături etc. Din acest motiv este bine ca cearșaful de sub pătură să fie înlocuit cu o față de plapumă sau cu o învelitoare în formă de plic închisă complet, care apără ambele suprafețe ale păturii. La secțiile cu caracter neinfecțios, fața de plapumă sau plicul poate avea o tăietură ovală, pentru ca prin culoarea păturii să dispară monotonia dată de lenjeria albă.

Mușama este confecționată din cauciuc sau material plastic, avînd rolul de a izola salteaua de diferitele dejecții. Ea se așază deasupra cearșafului numai la unii dintre bolnavi și anume la cei în stare gravă, cu incontinență de urină și fecale, scurgeri vaginale, hemoragii abundente, supurații etc., care necesită schimbarea cearșafului de mai multe ori pe zi. Mușama are dimensiunile de $1,50\text{ m} \times 1,10\text{ m}$.

Mușama se va așeza transversal peste cearșaf, sub bolnav, la nivelul necesar. Ea va fi acoperită cu o aleză.

Aleza (traversa) este o bucată de pînză fină, care se așază peste mușama, pentru ca aceasta să nu vină în atingere directă cu pielea bolnavului, deoarece i-ar produce o senzație neplăcută de frig cît și pentru a înlătura umezeala continuă care creează o condiție de formare a escarelor. Aleza este confecționată din material alb moale. Ea va fi de aceeași lungime cu mușama, însă cu 15—20 cm mai lată de fiecare parte, pentru a o acoperi perfect. Aleza are avantajul că poate fi schimbată mai ușor decît cearșaful, avînd astfel posibilitatea de a o schimba ori de cîte ori este necesar într-o zi, menajînd bolnavul de mișcări inutile, menținîndu-l tot timpul curat și economisînd cearșafurile.

Fața de pernă este confecționată din același material ca și restul lenjeriei. Dimensiunile ei sînt $75 \times 55\text{ cm}$.

Fața de pernă nu va fi brodată, dantelată, ca să nu jeneze bolnavul. Partea prin care se introduce perna nu va fi încheiată cu nasturi, care sînt greu de curățat și incomodează bolnavul;

în locul acestora se întrebuințează șnur, care se coase pe marginea laterală a pernei și nu pe marginea ei inferioară, unde ar putea jena spatele bolnavului. Un alt tip de față de pernă se confecționează fără șnur, cu deschizătura suprapusă de 10—15 cm.

PREGĂTIREA ȘI SCHIMBAREA PATULUI

Pregătirea patului fără bolnav. Pregătirea patului fără bolnav poate fi executată de una sau două asistente (fig. 78).

Materiale necesare. Un cearșaf și un plic de pînză pentru pătură (sau două cearșafuri); 2 fețe de pernă; 1—2 pături; 2 perne.

În cele de mai jos se va descrie tehnica clasică a facerii patului, care stă la baza celorlalte metode. Această tehnică este înlocuită în majoritatea instituțiilor spitalicești cu tehnica pregătirii patului cu pătura sau plapuma introdusă în plic de pînză. Această metodă este mai comodă pentru bolnav, mai igienică, necesită un timp mai redus și permite ferirea păturii și plapumei de murdărire.

Tehnica. Se îndepărtează noptiera de lângă pat, pentru a face accesibil patul din toate părțile și se așază un scaun cu spetează la capătul patului. Pe scaun se pregătesc lenjeria curată, pernele, păturile împăturate corect, în ordinea întrebuințării.

Pe somieră se aranjează salteaua, iar peste aceasta se întinde cearșaful. Cele două asistente vor sta față în față, de o parte și de alta a patului. Una din ele conduce facerea patului și va servi și lenjeria. Ambele trebuie să lucreze însă deodată, executînd mișcările sincron.

Se va lua unul din cearșafuri și se va pune la mijlocul patului. Cu o mîna asistentele desfac o parte spre cap, iar cu cealaltă întind partea spre picioare.

Se introduce cearșaful adînc sub saltea la capul patului pentru ca în timpul mișcărilor bolnavului să nu se adune sub el. Se va executa apoi colțul în formă de plic în felul următor: cele două asistente se întorc cu fața spre căpătiul patului; cu mîna de lângă pat prind partea laterală liberă a cearșafului la o distanță egală de colț cu lungimea părții atîrnate și o ridică în sus, lângă saltea (fig. 79 A). În acest fel se formează un triunghi, din care se introduce sub saltea partea care depășește în jos salteaua (fig. 79 B). Se lasă apoi în jos partea din cearșaf ridicată

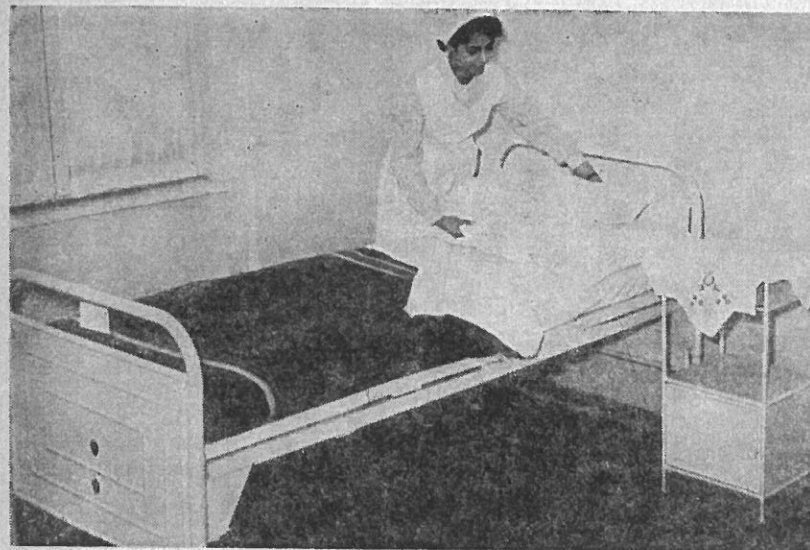


Fig. 78. — Pat simplu, fără bolnav, cu cearșaf sub pătură.

la marginea saltelei și se introduce sub saltea restul, triunghiului împreună cu toată partea laterală a cearșafului (fig. 79 C). Cearșaful trebuie bine întins să nu prezinte cute. Celelalte două colțuri se fac după aceeași tehnică.

Se așază după aceasta cearșaful al doilea, care rămîne între bolnav și pătură, avînd grijă să fie bine întins, răsfrîngîndu-se apoi marginea dinspre cap peste pătură. Se va introduce apoi sub capătul de la picioare al saltelei atît cearșaful dintre pătură și bolnav, cît și pătura. Pentru a ușura poziția bolnavului în pat și pentru ca pătura să nu constituie o greutate asupra degetelor picioarelor bolnavului se va face o cută, atît din cearșaf, cît și din pătură. Ambele asistente care execută facerea patului vor așeza palma mîinii dinspre picioare pe pătură, iar cealaltă mîna o vor introduce sub cearșaf. Ridicînd dintr-o dată cearșaful și pătura peste palma opusă, se formează o cută.

Colțurile cearșafului și păturii se execută ca și cel descris mai sus, cu excepția că se ridică pătura și cearșaful de margine în dreptul cutei. La sfîrșit se așază cele două perne la capul patului, se pun scaunul și noptiera la loc.



Fig. 79.—A, B, C. — Facerea coltului la așternutul de pat.

Pregătirea patului cu plic fără bolnav se face în felul următor : pătura se îndoaie în lungime, se introduce în plic prin deschizătura sa, apoi se prind cele două colțuri ale păturii și se introduc în colțurile plicului, unde se fixează cu ace de siguranță,

sau se cos pentru a nu permite alunecarea și strângerea păturii în interiorul plicului. Pătura introdusă în plic se îndoaie în trei și se așază pe scaunul pregătit cu restul lenjeriei curate ca și la tehnica descrisă anterior. Se întinde cearșaful, se fixează colțurile, marginile se introduc sub saltea. Apoi se așază pătura introdusă în plic (dacă este capul cu deschizătura ovală orientată în sus), se întinde bine, se introduce capătul dinspre picioarele bolnavului sub saltea, se face plica de la nivelul degetelor picioarelor bolnavului, colțurile și marginile se introduc sub saltea. Se așază perna introdusă în fața de pernă curată.

Pregătirea patului cu bolnav (fig. 80, A,B,C). Pregătirea patului bolnavilor care se pot scula din pat se execută după tehnica descrisă mai sus. Bolnavul este ajutat să coboare din pat, este îmbrăcat cu halat, așezat și învelit pe un scaun sau fotoliu sau susținut în timp ce asistenta face patul. Bolnavii în stare mai puțin gravă își fac concomitent toaleta de dimineață.

Pregătirea patului cu bolnavul în pat se face în felul următor : cele două asistente se așază de o parte și de alta a patului și desfac cearșaful de la capul bolnavului. Ele introduc apoi o mână între saltea și cearșaf și, înaintînd către capătul distal al patului, desfac de sub saltea cearșaful de pat, cearșaful de pătură și pătura sau plicul cu pătura, ajutîndu-se și cu cealaltă mână.

Se îndoaie pătura și cearșaful de pătură peste bolnav, se îndepărtează firimiturile de alimente și de alte substanțe (gips, medicamente etc.) cu ajutorul unei măști mici și al unei lopățele, apoi se întinde bine cearșaful de sub bolnav, se fac colțurile și se introduce restul cearșafului sub saltea.

Se trage pătura, cearșaful al doilea sau plicul cu pătura la loc și se efectuează plica, colțurile și fixarea păturii, așa cum s-a descris la patul fără bolnav. Nu se va uita plicaturarea păturii deasupra degetelor de la picioare ale bolnavului. Apoi se scoate perna de sub capul bolnavului, se scutură, se întoarce pe partea cealaltă și se pune la loc.

Schimbarea patului fără bolnav. După plecarea unui bolnav, toată lenjeria se va schimba, iar salteaua, pătura, perna și patul se aerisesc și la nevoie se dezinfectează.

Materialele necesare. 1 cearșaf simplu, 1 plic sau 2 cearșafuri simple, 2 fețe de pernă, 1 mătură mică cu lopățică ; coș pentru rufe murdare (în lipsa acestuia se va folosi un cearșaf).

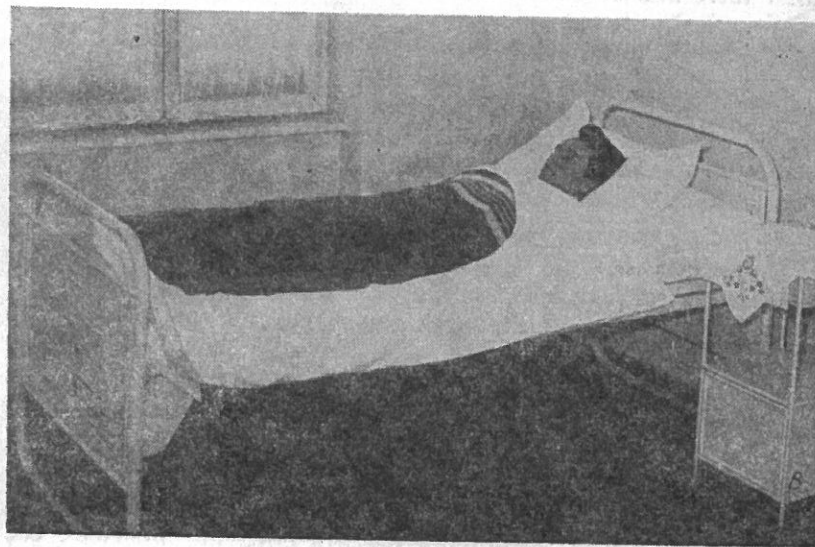
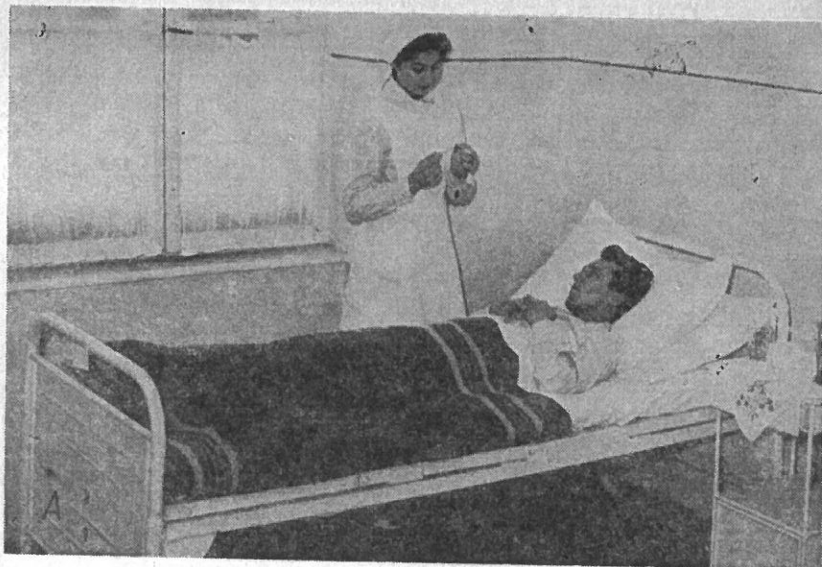


Fig. 80. — A, B — Pat simplu cu bolnav.
A — cu cearșaf simplu; B — cu cearșaf plic tăiat în oval;

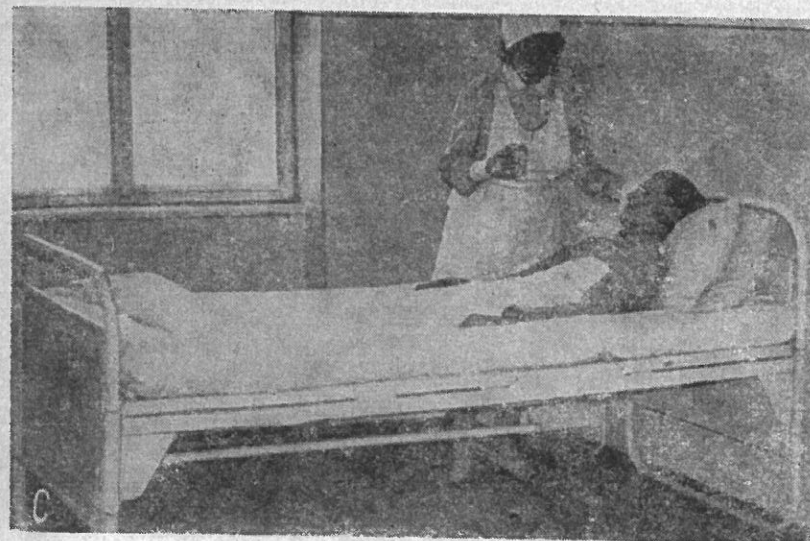


Fig. 80. — C. — Pat simplu cu bolnav.
C — cu cearșaf plic plin.

Tehnica. Această manoperă trebuie să fie executată pe cât posibil cu geamurile deschise, de aceea în timpul iernii ceilalți bolnavi din salon vor fi bine acoperiți.

Se așază materialele ca pentru pregătirea patului simplu. Se aduce la picioarele patului coșul pentru rufe murdare sau, în lipsa coșului, se leagă la capătul patului un cearșaf în formă de sac (fig.81). Se ia perna din pat, se scoate fața de pernă murdară și se aruncă în coș. Perna se scutură, se îndoaie în două în lungime și se trage fața curată, apoi se așază pe scaun. Asistentele desfac pătura și după ce cu ajutorul măturii îndepărtează fărîmiturile de pe ea, o împătură în trei, astfel cele două treimi externe se suprapun peste treimea mijlocie, se îndoaie apoi transversal în două și se așază pe speteaza scaunului.

Cearșafurile se vor împături în aceeași ordine și se vor introduce în coșul pentru rufe murdare. Salteaua, înainte de a fi întoarsă, se va mătura dinspre cap spre picioare. Această manoperă trebuie să decurgă foarte repede, fiind efectuată cu multă grijă, fără a produce în salon dezordine, murdărie și praf.

Întoarcerea saltețelor. Cele două asistente vor sta față în față, de o parte și de alta a patului, executînd mișcările sincron (fig.82)



Fig. 81. — Schimbarea patului.

A, B). Întoarcerea începe cu porțiunea de saltea situată sub capul bolnavului. Asistenta, care va sta în partea dreaptă a patului, va prinde cu mâna stângă colțul saltelei care se învecinează cu colțul saltelei din mijloc, iar cu mâna dreaptă, de colțul de la căpățiul patului. Asistenta care stă în partea opusă, cu mâna dreaptă va prinde colțul saltelei învecinate cu cea din mijloc, iar cu stînga colțul de la căpățiul patului (fig.82,A). Mîinile așezate încrucișat vor fi readuse în poziție normală întorcînd salteaua cu o singură mișcare (fig. 82, B). În același fel se vor întoarce și celelalte două bucăți, după care saltelele se vor mătura din nou.

Schimbarea saltelelor. Este de preferat ca întoarcerea saltelei să se facă în așa fel ca în același timp bucățile componente să fie schimbate din locurile lor, deoarece bucata din mijloc suportînd cea mai mare greutate se va uza mai repede decît celelalte două, determinînd o scobitură la mijlocul patului. Pentru această manoperă combinată se va proceda în felul următor: cele două asistente vor sta în dreptul unirii celor două bucăți de saltea (cap și mijloc). Asistenta care stă de partea dreaptă, cu mâna stîngă va prinde mijlocul saltelei de la mijloc iar cu mâna dreaptă mijlocul saltelei de la cap. Cealaltă asis-

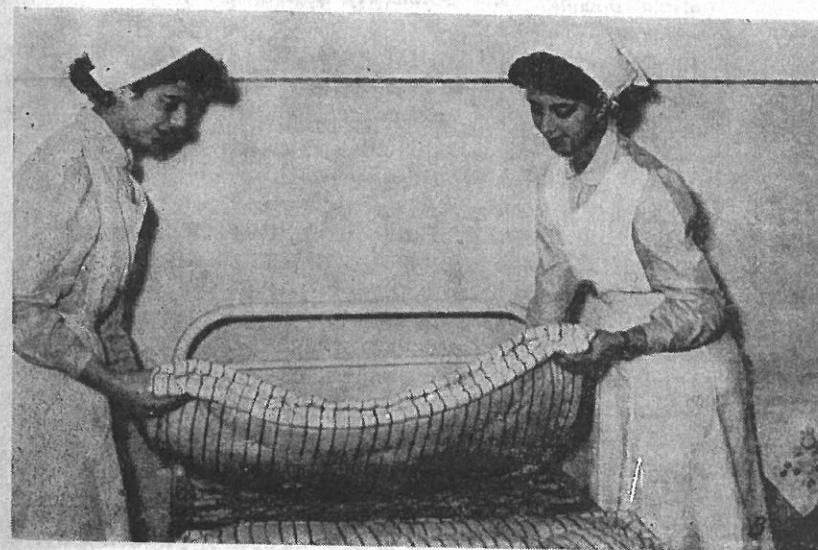
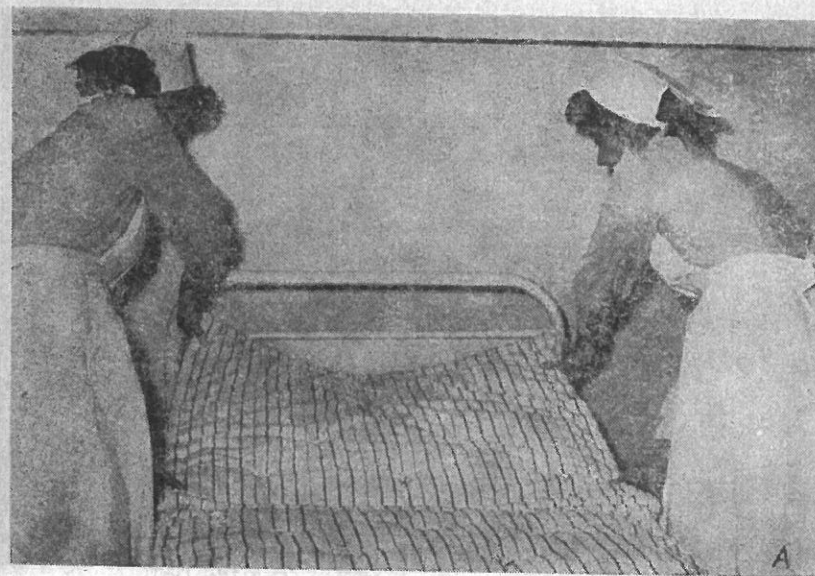


Fig. 82. — A și B — Întoarcerea saltelelor.

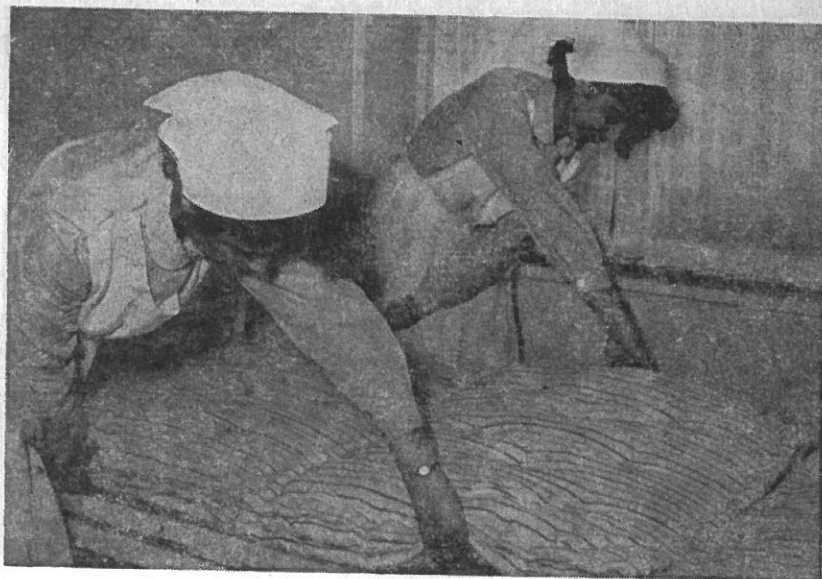


Fig. 83. — Schimbarea saltelei.

tentă va proceda invers. Cu o singură mișcare puternică vor trage ambele saltele una peste alta, în așa fel ca să le inverseze locul și în același timp să le și întoarcă cu fața dinspre somieră în sus (fig. 83).

Schimbarea saltelei confecționată din două bucăți se face la fel.

Salteaua confecționată dintr-o singură bucată se poate întoarce în modul următor: se ridică partea dinspre căpății și se îndoaie în două, aducând-o pînă la partea dinspre picioare, iar partea de la picioare se trage de sub salteaua împăturită spre capul patului (fig. 84).

Salteaua dintr-o singură bucată se poate întoarce și în lungime în felul următor: marginea dreaptă a saltelei se va duce spre marginea stîngă în așa fel, încît să fie îndoită exact în două în lungimea ei. Cu mina dreaptă se va ține salteaua să nu se desfacă, iar cu stînga se trage pe dedesubt partea sa opusă. Mișcările se vor executa în așa fel, ca să nu se murdărească haina de protecție. Întoarcerea saltelei dintr-o singură bucată este de preferat să fie executată de două asistente (fig. 85).

Pentru aerisire, saltelele se așază ridicate pe muchie, fie în zig-zag, fie ridicînd bucata din mijloc pe muchie și sprijinind-o cu cele două bucăți extreme (fig. 86). Cînd salteaua este confecționată din două bucăți, cele două jumătăți se ridică sub formă de acoperiș de casă.

După aerisire și întoarcerea saltelei, se trece la îmbrăcarea patului cu lenjerie curată. Lenjeria, în perfectă stare de curățenie, nu trebuie să fie șifonată și pătată. Lenjeria să fie împăturită în mod corespunzător încă de la spălătorie.

În timpul aerisirii saloanelor, pătura se scoate din salon pe terasă sau în curte, și se scutură bine. Apoi se îndepărtează praful rămas din saltea și pătură cu aspiratorul electric.

Pregătirea patului cu lenjerie curată se face după tehnica arătată la pregătirea patului fără bolnav. Coșul cu rufe murdare se scoate din salon, împreună cu lopata și mătura. Mobilierul (noptiera, scaun) se așază la loc.

Schimbarea patului cu bolnavul în pat are loc în cazurile în care afecțiunea și starea generală a bolnavului nu permit mobilizarea lui.

Înlocuirea saltelei în timp ce bolnavul este în pat este necesară atunci cînd salteaua a fost murdărită, umezită cu dejecții sau înghe, sau pentru reîmprospătarea patului.

Materialul necesar. O saltea curată, cearșaf curat, 3 scaune.

Tehnica. Pentru efectuarea acestei manopere sînt necesare 4—5 persoane.

Salteaua curată acoperită cu cearșaf curat se așază lângă patul bolnavului, pe cele 3 scaune. Pătura învelită în cearșaf se îndoaie peste bolnav pentru a-l feri de răceală și ca să nu stingherească asistentele în muncă. Două asistente întorc bolnavul



Fig. 84. — Întoarcerea saltelei dintr-o singură bucată.



Fig. 85. — Întoarcerea saltelei dintr-o singură bucată este de preferat să fie executată de două asistente.

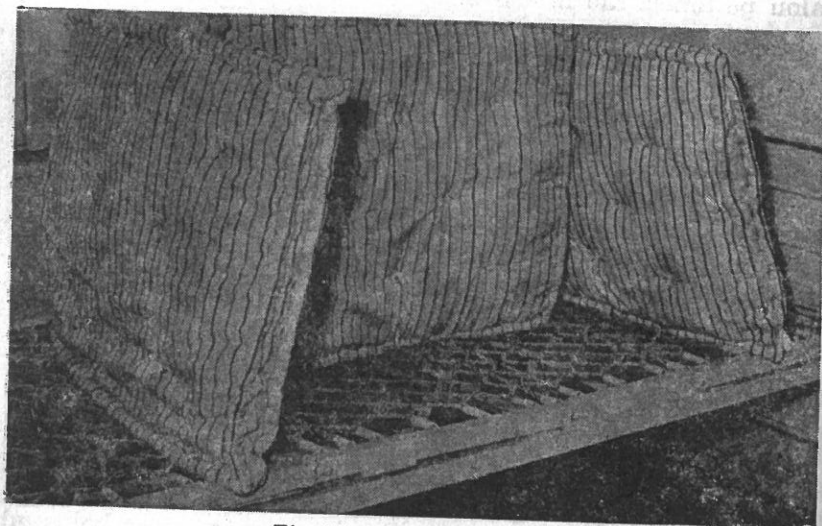


Fig. 86. — Aerisirea saltelei.

în decubit lateral și îl deplasează spre marginea saltelei lângă care este așezată salteaua curată. Se trage încet salteaua cu bolnavul de pe somieră, în același timp alte 2 asistente introducând în pat salteaua curată de pe scaune. Când locul de joncțiune a celor două saltele ajunge la mijlocul patului, bolnavul va fi transpus cu foarte mare grijă pe salteaua curată, iar cea murdară se va îndepărta din salon. Se trage salteaua curată la loc, se aduce bolnavul la mijlocul ei și se face patul.

Altă metodă pentru înlocuirea saltelei este înlocuirea completă a patului cu un alt pat înzestrat cu saltea și lenjerie curată. Patul va fi prevăzut cu un dispozitiv cu roți, cu ajutorul căruia se introduce în salon și se așază la capătul patului cu bolnav.

Trei asistente vor ridica bolnavul după tehnica arătată la transportul bolnavului și, la comanda asistentei care se găsește la capul bolnavului, îl vor muta în patul cu lenjerie și saltea proaspătă. Patul vechi se va scoate din salon cu ajutorul dispozitivului cu roți.

Schimbarea lenjeriei cu bolnavul în pat se execută de obicei dimineața înainte de curățenie, după măsurarea temperaturii, luarea pulsului și toaleta bolnavului, dar se poate efectua și de mai multe ori pe zi, ori de câte ori este necesară înlocuirea lenjeriei murdărite.

Schimbarea lenjeriei cu bolnavul în pat se face ținând seama de starea generală a bolnavului și de posibilitatea de a-l mișca. Atunci când bolnavul se poate întoarce în decubit lateral, schimbarea lenjeriei se face în lungime, iar când poate fi sprijinit în poziție semișezând schimbarea se efectuează în lățime.

Schimbarea patului în lungime necesită totdeauna 2—3 persoane, având în vedere că bolnavul trebuie sprijinit.

Materialul necesar. Lenjeria completă de pat; o traversă (aleză); o mușama; o mătură mică; o lopățică pentru murdărie; un coș pentru rufe murdare.

Tehnica. Pentru a ușura munca și ca bolnavul să nu fie mișcat inutil, lenjeria se împăturăază într-un anumit fel și se va așeza pe scaun în ordinea întrebuințării. Cearșaful care va fi așternut sub bolnav va fi rulat în lungime. Rularea se face de către două asistente deodată, pe față, într-o singură direcție. Aleza împreună cu mușama se rulează în lățime. Pătura împreună cu cearșaful se împăturăază în trei sub formă de armonică. Perna, pătura, lenjeria curată se așază pe scaun în ordinea întrebuințării lor.



Fig. 87—A, B — Mutarea bolnavului la marginea patului pentru schimbarea lenjeriei.



Fig. 88. — Facerea patului; schimbarea lenjeriei în lungime.

Până la schimbarea cearșafului de sub pătură bolnavul rămîne acoperit. Pentru a putea schimba patul, bolnavul trebuie așezat în decubit lateral. Cele două asistente se așază de o parte și de alta a patului. Cea din partea dreaptă va prinde bolnavul așezînd mîna dreaptă în axila dreaptă, iar mîna stîngă o va introduce sub umerii lui, sprijinindu-i capul pe antebraț (fig. 87 A.) Se trage ușor perna spre marginea patului către asistentă, bolnavul fiind ajutat să se deplaseze în aceeași direcție (fig. 87 B), apoi introduce mîna stîngă sub genunchii bolnavului, ridicîndu-l puțin, iar cu mîna dreaptă îi flectează ușor gambele spre coapse. Din această poziție, bolnavul va fi întors pe partea dreaptă, fiind sprijinit în regiunea omoplaților și genunchilor. Bolnavul, bine acoperit, este menținut de către asistentă în această poziție.

Cealaltă asistentă va rula cearșaful împreună cu mușamaua și aleza murdară pînă la spatele bolnavului și le va înlocui cu lenjerie curată (rulată mai înainte), acoperind partea liberă a patului, pînă lîngă lenjeria murdară rulată (fig. 88). În acest moment, sulul de lenjerie murdară se găsește alături de sulul

lenjeriei curate. Se întinde bine cearșaful curat pe jumătatea liberă a patului și apoi se întoarce bolnavul cu foarte mare grijă în decubit lateral stîng, aducîndu-l astfel pe cealaltă margine a patului, dincolo de cele două suluri de lenjerie. Întoarcerea bolnavului din decubit lateral drept în decubit lateral stîng se face de ambele asistente, sprijinindu-l în regiunea omoplaților și sub genunchi.

Bolnavul este mai întîi adus în decubit dorsal cu membrele inferioare flectate de către asistenta din partea dreaptă, care are rolul principal în această mișcare. Apoi asistenta din stînga, cu mîna de aceeași parte prinde bolnavul de axila stîngă, îl ridică ușor și introduce mîna dreaptă sub spatele bolnavului, sprijinindu-i capul pe antebrațul drept. Cu mîna stîngă va trage perna pe marginea stîngă a patului și așază capul bolnavului pe pernă. Apoi, sprijinind bolnavul de spate și în regiunea poplitee, îl întoarce în decubit lateral stîng.

Se îndepărtează lenjeria murdară și se întinde cearșaful, mușamaua și aleza curate și pe cealaltă jumătate a patului. Bolnavul este readus în decubit dorsal, de data aceasta, asistenta din partea stîngă avînd rolul principal în întoarcerea lui. Se întinde bine cearșaful și se execută colțurile.

Se îndepărtează pătura, bolnavul rămînînd acoperit numai cu cearșaful murdar. Se așază peste acesta cearșaful curat, împăturit în trei, în formă de armonică, avînd grijă ca una din marginile lui libere să ajungă sub bărbia bolnavului. Se invită bolnavul să țină cu mîinile cele două colțuri de sus ale acestui cearșaf sau, dacă starea lui nu permite acest lucru, menținerea colțurilor va fi efectuată de o altă persoană. Asistentele, stînd la cele două margini ale patului, față-n față cu bolnavul, vor apuca cu mîinile apropiate de pat colțurile inferioare ale cearșafului curat, iar cu cealaltă mînă colțurile superioare ale cearșafului murdar și printr-o mișcare atentă, dar hotărîtă și neîntreruptă în direcția picioarelor bolnavului, îndepărtează cearșaful murdar și acoperă bolnavul cu cel curat.

Se așază pătura peste cearșaf, terminînd schimbarea lenjeriei după tehnica obișnuită.

Această tehnică nu poate fi aplicată în cazul păturilor îmbrăcate cu cearșafuri plic.

În cazul păturilor îmbrăcate în cearșafuri plic, după schimbarea cearșafului de sub bolnav se înlocuiește pătura provizoriu cu o altă pătură sau cu o învelitoare de molton. Plicul murdar va fi schimbat cu unul curat. Se fixează colțurile păturii în colțurile

cearșafului plic, se scoate învelitoarea de pe bolnav și se înlocuiește cu pătura și cearșaful plic curat. În rest, schimbarea lenjeriei se face după tehnica descrisă anterior.

Schimbarea lenjeriei în lățimea patului. Schimbarea patului în lățime se execută la bolnavii a căror stare nu permite întoarcerea lor în decubit lateral drept sau stîng, dar pot fi așezați în poziție șezînd.

Materialul este pregătit la fel ca și în cazul precedent, însă rularea cearșafului de sub bolnav se face transversal, iar a mușamalei și a alezei în sens longitudinal (fig. 89).

După ce s-au făcut pregătirile preliminare (îndepărtarea noptierei, pregătirea materialului etc.) se acoperă bolnavul bine și se ridică în poziție șezînd. Una dintre asistente va susține bolnavul în această poziție. Cealaltă asistentă, stînd de partea stîngă a patului, va îndepărta pernele și apoi va rula spre bolnav lenjeria murdară, în locul ei așezînd transversal cearșaful curat (rulat în prealabil) pe care-l întinde pînă la spatele bolnavului, unde porțiunea rulată se întîlnește cu porțiunea rulată a cearșafului murdar. Așezarea lenjeriei curate se va face atent, plasînd-o la egală distanță de marginile patului, pentru ca să rămînă o parte suficientă pentru a se introduce sub saltea. După aceasta bolnavul va fi culcat.

Pentru a se putea continua rularea cearșafului este nevoie să se ridice puțin bolnavul. Dacă starea sa o permite va fi invitat să se ridice singur; în caz contrar, cele două asistente vor introduce mîna dinspre capul bolnavului sub bazinul lui, cu palmele suprapuse, iar cu cealaltă mînă vor trage spre picioarele bolnavului cearșaful și aleza murdare, înlocuindu-le imediat cu cele curate. De aici, schimbarea patului se va continua prin tehnica descrisă anterior.



Fig. 89. — Facerea patului; schimbarea cearșafului în lățime.

Schimbarea alezei. Schimbarea alezei se poate efectua o dată cu schimbarea restului lenjeriei de pat. În unele cazuri însă, aleza trebuie schimbată de mai multe ori pe zi, fără să fie nevoie și de schimbarea cearșafului, rolul ei fiind tocmai de a proteja cearșaful. O dată cu schimbarea alezei se curăță și mușamaua, fie pe loc, fie scoțind-o afară din pat și înlocuind-o cu una curată și uscată. Schimbarea alezei în cadrul schimbării patului se execută după tehnica descrisă mai înainte.

Cînd schimbarea cearșafului nu este necesară, înlocuirea alezei murdare cu una curată se va face după una din metodele uzuale, în funcție de starea și posibilitățile de mișcare ale bolnavului. Pentru ca operațiunea să decurgă cit mai rapid, materialele necesare (aleza curată, cîrpa sau buretele umed și uscat, ligheanul cu apă sau soluție dezinfectantă încălzită, eventual săpunul) se vor pregăti lîngă pat, pe un scaun. Se va avea grijă ca bolnavul să nu fie descoperit, din care motiv pătura și cearșaful vor fi desfăcute de la marginile și extremitatea distală a patului, de sub saltea și vor fi îndoite peste bolnav.

Schimbarea alezei în lățimea patului. Această metodă se aplică la bolnavii care pot fi ridicați în poziție șezînd și se pot ajuta într-o oarecare măsură ei singuri. Aleza curată (eventual cu o mușama) este rulată de 2 asistente în lungime și așezată pe scaunul de lîngă pat. Asistentele se așază apoi de cele două părți ale patului și desfac aleza murdară de sub saltea. Una dintre asistente ridică bolnavul în poziție șezînd, în timp ce cealaltă rulează aleza murdară pînă sub fesele bolnavului. Se spală mușamaua cu o cîrpă sau burete, înmuiate în apă sau soluție dezinfectantă și se usucă cu un material uscat, apoi se așază în pat aleza curată pregătită, avînd grijă să se depășească mușamaua cu 10—15 cm la ambele capete și se derulează progresiv spre bolnav. Cînd sulurile celor două aleze ajung unul lîngă altul, bolnavul este culcat pe spate. Asistentă care a ținut bolnavul în poziție șezînd îl va ajuta acum să-și ridice regiunea lombo-fesieră, pînă cînd cealaltă asistentă va îndepărta aleza murdară, va șterge restul suprafeței de mușama și va derula complet aleza curată.

Bolnavul este culcat pe pat, se întind cele două capete ale alezei și se introduce marginea lor sub saltea.

Dacă forțele fizice ale bolnavului nu-i permit să se ridice singur, el trebuie să fie ridicat de două asistente, în timp ce a treia efectuează schimbarea alezei.

Schimbarea alezei în lungimea patului. Această metodă se aplică la bolnavii care nu pot fi ridicați în poziție șezînd, sau nu pot să se ajute de loc singuri. Ea poate fi executată după mai multe tehnici :

a) Se pregătește aleza, rulîndu-se în lățimea ei pînă la jumătate. Se scot de sub saltea capetele alezei murdare. Se aduce bolnavul în decubit lateral de către una din asistente, apoi se rulează aleza murdară spre bolnav, se șterge mușamaua, se așază partea rulată a alezei curate lîngă cea murdară, întinzîndu-se bine partea derulată, spre a nu forma cute. După aceasta, bolnavul se aduce în decubit lateral opus (peste aleza curată întinsă), strîngîndu-se imediat aleza murdară. Se curăță mușamaua și se derulează aleza curată. Bolnavul se readuce în decubit dorsal, aranșîndu-se și capetele alezei curate și mușamalei sub saltea. Schimbările de poziție ale bolnavului din decubit lateral în decubit dorsal și înapoi se efectuează după metoda descrisă la schimbarea lenjeriei cu bolnavul în pat.

b) Schimbarea alezei în lungimea patului se poate efectua și adunînd aleza curată în formă de armonică. După ce bolnavul a fost adus în decubit lateral, se rulează aleza murdară pînă la mijlocul patului. Lîngă sulul format se așază aleza curată îndoită în formă de armonică și se întinde imediat pe jumătatea liberă a patului. Se aduce apoi bolnavul în decubit lateral de partea opusă. Strîngerea alezei murdare și spălarea mușamalei se execută la fel ca și în procedeul anterior. Întinderea alezei adunate sub formă de armonică sub bolnav se face apucînd-o de cele două colțuri și aducînd-o pînă la cealaltă margine a patului. Bolnavul se readuce în decubit dorsal și se aranjează capetele alezei și mușamalei sub saltea.

c) Aleza curată poate fi rulată și de la cele două capete spre mijloc, lăsînd întinsă numai partea care vine sub bolnav. Această metodă se aplică la bolnavii care se pot ridica singuri din șolduri, sprijinindu-se pe coate. Se desface aleza murdară de sub saltea, apoi se invită bolnavul să-și ridice regiunea lombo-fesieră. În acest moment, una din asistente îndepărtează aleza murdară, spală mușamaua și așază sub bolnav aleza curată rulată la cele două capete, pe care se culcă bolnavul, după care cele două asistente, derulînd capetele alezei, o întind și îi introduc marginile libere sub saltea.

În toate cazurile se va avea grijă ca aleza să depășească ambele margini ale mușamalei, să fie bine întinsă, iar capetele să fie introduse în suficientă măsură sub saltea pentru a nu se putea aduna sub bolnav în timpul mișcărilor acestuia.

UTILAJUL AUXILIAR AL PATULUI

Prin utilajul auxiliar al patului se înțelege materialul cu care bolnavul este menținut în diferite poziții, de relaxare sau de mobilizare pasivă, avînd scopul de a favoriza și accelera procesul de vindecare și de a conferi bolnavului senzația de siguranță în pat. Cu ajutorul utilajelor auxiliare se pot preveni multe complicații, care pot lua naștere prin imobilizarea îndelungată a bolnavului. Dintre acestea amintim:

Sprijinitorul de perne, care se utilizează la paturile simple, ale căror somiere nu pot fi ridicate. Sprijinitorul este confecționat din fier și din material plastic, avînd un cadran fix, orizontal, și un cadran mobil, prevăzut cu plasă de sirmă sau material plastic rezistentă și elastică, care poate fi ridicat pînă la un unghi de 60°. Cu ajutorul sprijinitorului, bolnavul poate fi adus în poziție șezînd sau semișezînd, ca și în paturile cu somieră mobilă. Așezarea lui se face astfel: asistenta cu fața spre bolnav așază mîinile sub omoplatul bolnavului ridicîndu-l împreună cu pernele și menținîndu-l în această poziție pînă ce un ajutor pune la loc sprijinitorul. Bolnavii în stare mai puțin gravă se mențin singuri în poziție șezînd, pînă cînd asistenta montează sprijinitorul de perne în pat.

Rezemătorul de picioare este o cutie sau un cadran de lemn, de mărime variabilă, care se așază sub tălpile bolnavului pentru a nu aluneca în jos cînd este așezat în poziție șezînd sau semișezînd. Rezemătorul este sprijinit de extremitatea distală a patului; el trebuie întreținut curat și se îmbracă într-o învelitoare în momentul așezării lui în pat.

Sacii cu nisip se confecționează din pînză deasă, prin care nu trece nisipul, avînd formă și mărime variabile. Cu ajutorul sacilor de nisip, bolnavii pot fi menținuți în diferite atitudini (uneori forțate) pentru a imprima membrilor sau trunchiului o poziție corectă, prevenind deformările (de exemplu în caz de poliomielită).

Sacii cu păr de cal se confecționează de asemenea din pînză deasă. Cu ajutorul lor se asigură poziții mai comode, de exemplu flectarea genunchilor bolnavului așezat în decubit dorsal cu ajutorul sacului introdus sub regiunea poplitee. În acest fel, musculatura membrilor inferioare este relaxată și în același timp, membrele se pot sprijini. Ei pot fi înlocuiți și cu suluri de pătură, învelite în cearșafuri. Marginea cearșafului care întrece sulul se răsucește și se introduce sub saltea, imobilizîndu-l.

Pernele cuneiforme confecționate din pînză tare, umplute cu iarbă de mare și păr de cal, sînt perne tari, care servesc pentru ridicarea în anumite poziții, fie a capului, fie a trunchiului, în timpul examinărilor, de exemplu la examenul ginecologic sau tușeul rectal. La nevoie vor fi îmbrăcate într-o mușama pentru a nu se impregna cu dejecțiile bolnavului sau cu sînge.

Apărătoarele laterale se utilizează în scopul împiedicării căderii din pat a bolnavului agitat sau inconștient în cazul în care nu există pături speciale pentru acest scop. Apărătoarele sînt confecționate din scîndură netedă, dată la rindea, acoperite și căptușite cu pături, cearșafuri sau perne, pentru ca bolnavul să nu se traumatizeze în timpul mișcărilor involuntare din cursul acceselor convulsive sau al agitației psihomotorii. La unele paturi se pot aplica apărătoare de plasă, care acoperă patul complet. Plasa se confecționează din șnur tare și nu din metal, tot cu scopul de a nu se traumatiza bolnavul agitat.

Chingile se utilizează pentru imobilizarea relativă a unor bolnavi psihici sau febrili, agitați, furioși sau cu excitații psihomotorii, precomatoase sau postnarcotice. Chingile sînt formate din curele de pînză sau piele, căptușite cu flanelă, care se fixează de marginea patului. Ele se aplică la nivelul articulațiilor radio-carpene și tibiotarsiene avînd grijă ca suprafețele respective să fie protejate cu cîteva straturi de flanelă, căptușite eventual cu vată. Chingile nu trebuie strînse prea tare, pentru a nu stînji circulația. Bolnavul poate fi fixat de pat și cu ajutorul cearșafurilor trecute peste torace și genunchi și legate dedesubtul patului. Bolnavii fixați prin chingi sau cearșafuri vor fi supravegheați tot timpul de către asistentă.

Colacul de cauciuc umplut cu aer, de formă rotundă, gol la mijloc, se așază sub bolnavii în stare gravă, imobilizați mai mult timp în poziții pasive sau forțate. În funcție de poziția bolnavului, colacul este introdus, fie sub regiunea sacrată sau

feșieră, fie la nivelul creștelor iliace sau al tuberozității trohanterului mare, preluând o parte a suprafeței de sprijin a corpului și permițând prin aceasta o mai bună irigație a țesuturilor cuprinse între suprafețele osoase și pat. În acest fel, utilizarea colacului de cauciuc este unul din mijloacele cele mai importante în prevenirea escarelor. Colacul se umflă la o presiune proporțională cu greutatea bolnavului. Apoi se îmbracă într-o învelitoare de pânză special confecționată, se presară cu talc și se așază sub bolnav, având grijă ca ventilul să ajungă în partea laterală a bolnavului. Utilizarea colacului fără învelitoare este interzisă; în lipsa acesteia se va utiliza o față de pernă. Așezarea colacului sub bolnav în stare gravă necesită cel puțin două asistente, dintre care una ridică bolnavul introducând mâinile cu palmele întinse sub el, dedesubtul și deasupra locului unde va fi așezat colacul, iar cealaltă asistentă introduce colacul și aranjează lenjeria bolnavului (fig. 90). Ridicarea bolnavului poate fi efectuată de către două asistente, după tehnica descrisă la transportul bolnavilor.

Pernele elastice sînt confecționate din pânză cauciucată sau cauciuc, de formă patrată, umflate cu aer cu ajutorul unei pompe. Pernele de cauciuc sînt de obicei compartimentate. Ele trebuie să fie suficient de mari pentru a asigura bolnavului o poziție comodă. Introducerea lor sub bolnav se face după tehnica descrisă la introducerea colacului de cauciuc. O altă variantă este perna de cauciuc umplută cu apă la temperatura de 37° , care se adaptează foarte bine suprafețelor corpului. Perna nu se umple complet pentru a nu fi prea tare, ci în proporție de $3/4$, avînd grijă ca în timpul umplerii să nu pătrundă aer, care ar împiedica mularea ei perfectă pe suprafața corpului. Perna de cauciuc, după ce a fost controlată dacă nu curge, se așază sub cearșaf, pe saltea, fără a o mai îmbrăca în prealabil.

Colacii de vată sau inelele servesc pentru susținerea călcîielor, coatelor și eventual a regiunii occipitale a bolnavilor în stare gravă imobilizați în decubit dorsal precum și între genunchi, dacă bolnavul stă în decubit lateral. Presiunea membrelor pe saltea cauzează tulburări locale de circulație, care dacă nu sînt prevenite vor determina apariția de dureri și escare.

Inelele sînt confecționate de asistentă din tifon și vată, avînd mărime variabilă. Se formează un cerc din cîteva ture de tifon la care se adaugă un strat de vată și apoi totul se îmbracă cu o fașă, realizînd un inel neted și destul de solid. Inelul



Fig. 90. — Așezarea colacului de cauciuc sub bolnav.



Fig. 91. — Fixarea colacilor de vată sub coate.

se fixează cu ajutorul a două legături de tifon, pentru ca în timpul mișcării membrelor să nu se deplaseze (fig. 91). Există și inele de burete, de cauciuc plin sau umplute cu aer, confecționate special pentru prevenirea escarelor. În timpul utilizării, ele se îmbracă în pânză la fel ca și colacul de cauciuc.

Coviltirul (fig. 92) sau susținătorul de învelitoare are rolul de a suporta greutatea păturilor sau a plapumei pentru a scuti regiunile dureroase, paralizate, operate etc. de apăsarea acestora. El este confecționat din lemn sau metal, avînd aspectul unui schelet de coviltir. Fiind însă destul de înalt, învelitoarea va rămîne la o anumită distanță de suprafața corpului. Din acest motiv, membrul de sub coviltir nu va fi încălzit, ceea ce face necesară acoperirea lui cu o învelitoare de flanelă, care practic nu are nici o greutate. Coviltirul se mai utilizează și pentru suspendarea pungilor de gheață, pentru a nu exercita o presiune prea mare asupra regiunii pe care sînt apli-

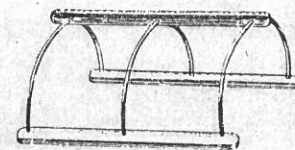


Fig. 92. — Coviltir pentru plapumă și pătură.

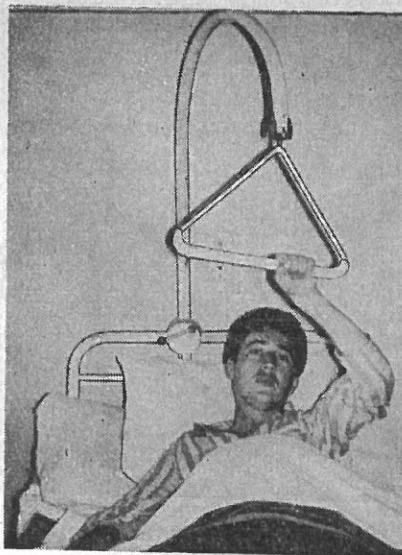


Fig. 93. — Agățătoare pentru ușurarea mobilizării active.

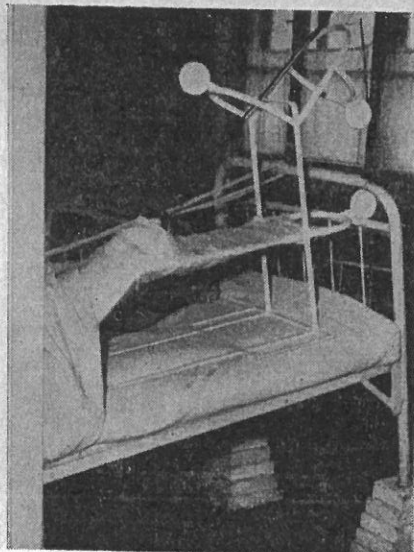


Fig. 94. — Suporturi pentru ridicarea picioarelor patului.

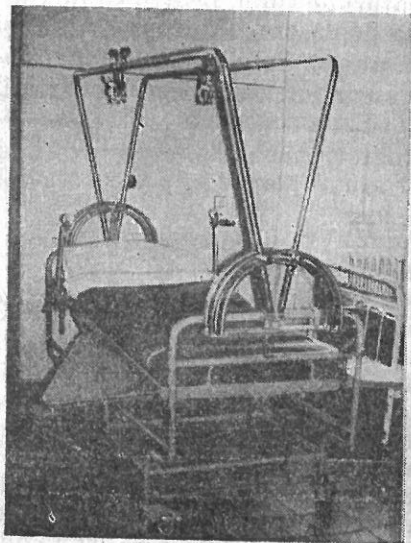


Fig. 95 și 96. — Cadre cu extensie folosite în secțiile de ortopedie și traumatologie

cate. Există coviltire care susțin învelitorile în întregime deasupra bolnavului.

Mesele adaptate la pat, utilizate în timpul alimentației, servesc și pentru susținerea obiectelor de scris, citit, după dorința bolnavului, dar ele reprezintă în același timp și un utilaj auxiliar prețios în caz de dispnee gravă, bolnavul sprijinindu-se pe ele în poziție șezând; în acest caz pe masă se așază o pernă pe care bolnavul se apleacă cu mâinile încrucișate. Există diferite tipuri de mese adaptabile la pat. Descrierea lor se găsește la capitolul alimentației.

Agățătoarele se utilizează pentru ușurarea mobilizării active, pentru modificările de poziție ale bolnavilor imobilizați, dar cu forța musculară a membrilor superioare relativ păstrată (fracturi, paralizii inferioare etc.). Forma cea mai simplă este reprezentată de o bandă de pânză fixată de capătul distal al patului și pe care bolnavul o ține în mână, ajutându-se de ea la ridicarea în poziție șezând sau la schimbarea de poziție. În unele servicii există suporturi metalice, de care se atârnă agățătoare de fier de formă triunghiulară, fixate la îndemîna bolnavului (fig. 93).

Suporturile pentru ridicarea picioarelor patului sînt confecționate din bucăți de lemn tăiate în formă dreptunghiulară sau trunchi de piramidă, vopsite în alb pentru ca să se poată spăla și curăța bine (fig. 94). Cu ajutorul lor, patul poate fi așezat în poziții înclinate. Mai frecvent, înclinarea se face în sensul ridicării părții distale a patului, menținînd capul mai jos, de exemplu în cazurile de anemii acute, drenaj postural sau în cazurile de fracturi ale membrilor inferioare tratate prin extensie etc. În acest scop se mai poate utiliza și un ridicător mecanic (tip Rădulescu), reglabil la înălțimi diferite între 10 și 60 cm și

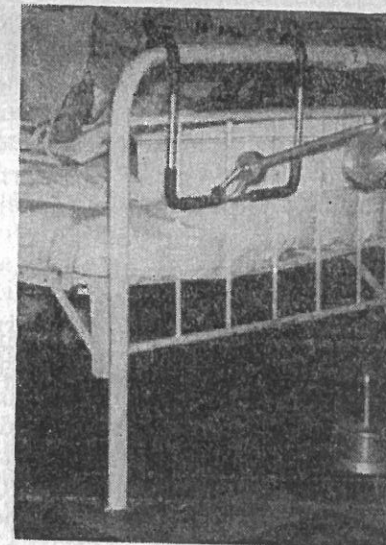


Fig. 97. — Atele cu scripeți.

care, cu ajutorul unui șurub special, ridică sau coboară extremitatea patului după necesitate.

În secțiile de ortopedie și traumatologie se utilizează o serie de aparate și utilaje accesorii în vederea repunerii în poziție corectă a membrilor operate sau traumatizate, cum sînt cadrul de extensie (fig. 95 — 96), atelele cu scripeți (fig. 97), pîrghiile, aparatele de extensie gradată etc.

POZIȚIILE BOLNAVULUI ÎN PAT

Calitățile patului și lenjeriei, facerea și schimbarea patului, ca și utilajele auxiliare, au scopul de a asigura repausul bolnavului la pat, aceasta fiind o măsură elementară în cursul îngrijirii lui. Într-un număr mare de afecțiuni, singur repausul la pat constituie un factor terapeutic important; în alte cazuri este condiția esențială a tratamentului. Deoarece unui bolnav trebuie să păstreze anumite poziții speciale în scop terapeutic, sau boala de bază îi obligă la acestea, patul trebuie ales și pregătit de la început în funcție de poziția pe care trebuie să o ocupe bolnavul și utilat cu aparatele auxiliare în vederea asigurării maximumului de confort.

Imobilizarea la pat poate însă predispuce organismul și la o serie de complicații. Presiunea exercitată asupra țesuturilor cuprinse între planurile osoase și suprafața dură a patului poate provoca tulburări locale de circulație, de intensitate variabilă, putînd merge pînă la necroze. Încetinirea vitezei de circulație în clinostatism favorizează în anumite condiții formarea trombozelor, iar la bătrîni, același factor determină pneumonii hipostatice etc. Din acest motiv — în afara unor cazuri excepționale, cînd orice mișcare activă sau pasivă ar periclita viața bolnavilor (infarct miocardic, pericolul emboliilor etc.) — poziția bolnavilor trebuie schimbată în mod regulat, la intervale relativ scurte. Asistenta trebuie să cunoască pozițiile pe care le iau bolnavii în pat, pozițiile în care aceștia trebuie aduși cu ocazia unor îngrijiri și examinări speciale și în sfîrșit manoperele prin care se asigură schimbările de poziție ale bolnavilor în stare gravă.

În funcție de starea generală și de afecțiunea lor, bolnavii ocupă în pat o poziție activă, pasivă sau forțată.

Poziția activă este caracteristică bolnavilor în stare mai ușoară cu forța fizică păstrată; poziția lor în pat nu se deosebește cu nimic de poziția unui om sănătos. Ei se mișcă singuri, neavînd nevoie de ajutorul asistentei.

Poziția pasivă este caracteristică bolnavilor în stare gravă, adinamici, care și-au pierdut forța fizică. Poziția lor în pat este determinată de forța de gravitație, dînd impresia că „sînt căzuți în pat”. Acești bolnavi, neputînd să-și schimbe singuri poziția, necesită ajutorul asistentei.

Poziția forțată este caracterizată prin luarea anumitor atitudini neobișnuite. Ele pot fi determinate de afecțiunea de bază a bolnavului sau impuse de tratament. Astfel, atitudinile forțate pot să apară :

— ca o consecință a modificărilor produse de boală în organism, ca de exemplu tetanosul, paralizia unilaterală a musculaturii gheaburilor vertebrale. Poziția bolnavului în aceste cazuri este independentă de voința lui;

— ca o reacție de apărare conștientă sau inconștientă a organismului față de procesul patologic, ca de exemplu poziția ghemuită în cursul crizelor dureroase de ulcer sau coelitiază;

— ca o măsură profilactică în prevenirea unor complicații ca embolia în cursul tromboflebitelor;

— ca o măsură terapeutică, absolut necesară pentru vindecarea bolnavului, de exemplu în cursul tratamentului fracturilor cu ajutorul aparatelor de extensie.

Aceeași poziție care la un bolnav mai puțin grav este o poziție activă, poate deveni o poziție forțată impusă de conduita terapeutică.

Din toate acestea rezultă că pozițiile forțate pot fi active, pasive sau impuse de cadrele medicale.

Indiferent de forma lor (activă, pasivă, impusă), în mod obișnuit, bolnavii iau în pat următoarele poziții :

Decubitul dorsal. În această poziție, bolnavul stă culcat pe spate, cu fața în sus. Decubitul dorsal este una din cele mai obișnuite poziții ocupate de bolnavi și cu predilecție de cei slăbiți, adinamici, operați.

Bolnavul poate fi culcat întins, fără pernă. Această poziție se impune bolnavilor după punctia lombară, precum și în unele afecțiuni ale coloanei vertebrale. În cazul din urmă se va avea grijă ca suprafața patului să fie cît mai tare.

Bolnavul va fi lăsat numai cu o pernă subțire în caz de anemii posthemoragice, precum și în unele afecțiuni cerebrale. La restul bolnavilor menținuți în decubit dorsal se vor lăsa sub cap cele două perne obișnuite.

Menținerea acestei poziții timp îndelungat poate cauza dureri la nivelul coloanei lombare, în special la bolnavul culcat pe o pernă subțire. Preventiv, se va introduce sub regiunea lombară un sul subțire de flanelă sau o pernă moale, menținând bolnavul în ușoară lordoză.

La bolnavii adinamici, slăbiți, se vor așeza inele sub călcii și coate, precum și perne pneumatice sau colaci sub regiunea sacrată și fesieră.

Din poziția decubitului dorsal, bolnavul poate fi ridicat în poziție semizecând, fie cu ajutorul dispozitivului mecanic în cazul somierei mobile, fie cu sprijinitorul introdus sub perne, fie cu ajutorul unor perne în plus, în cazurile somierei fixe. Bolnavul rămâne mai departe culcat pe spate, dar toracele formează cu linia orizontală un unghi de 30—45°. Pentru ca bolnavul să nu alunece spre extremitatea distală a patului se așază sub tălpi un sprijinitor îmbrăcat. Sub regiunea poplitee se va așeza la nevoie o pernă subțire sau un sul moale de flanelă. Dacă bolnavul păstrează această poziție timp mai îndelungat i se va așeza un colac de cauciuc sub regiunea fesieră. Această poziție este indicată bolnavilor cu afecțiuni cardiace și pulmonare, la unele categorii de bolnavi operați, bolnavilor în vîrstă, în vederea prevenirii pneumoniei hipostatice, precum și bolnavilor în perioada de convalescență (fig. 98).

Decubitul dorsal poate fi asociat cu diferite poziții forțate. Astfel, în caz de paralizie a membrelor inferioare în cursul poliomielitei se va asigura poziția corectă a picioarelor cu ajutorul unui rezemător așezat la plantele bolnavului, cu saci de nisip sau suluri înșirate de-a lungul gambelor și coapselor. În caz de tromboflebita membrului inferior, membrul bolnav va fi susținut de un suport de perne sau de o atelă căptușită cu vată, avînd grijă ca marginea suportului să nu comprime vasele din regiunea poplitee; în acest caz, sub genunchi se va așeza o pernă moale, iar suportul tare de dedesubt nu va depăși regiunea. În cazul fracturilor tratate prin extensie, decubitul dorsal se combină cu poziția impusă de aparatele de extensie, de exemplu în cursul fracturilor membrelor inferioare extremitatea

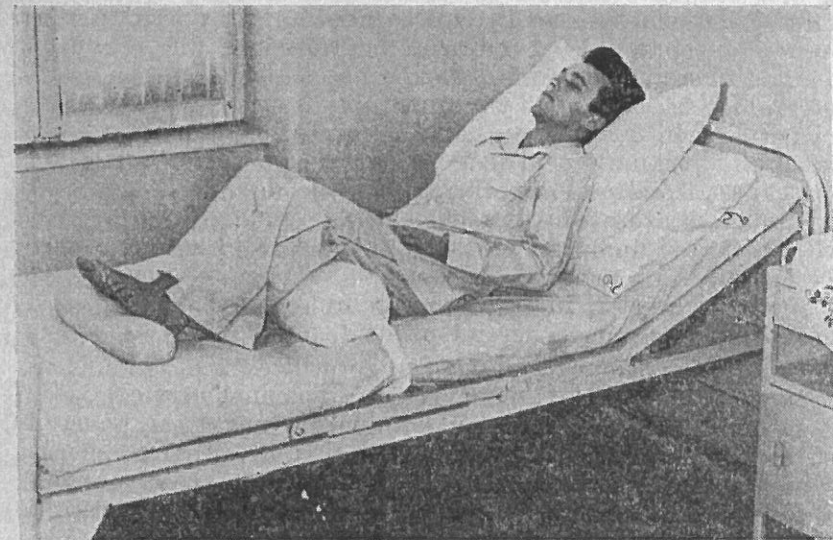


Fig. 98. — Poziția cu genunchii flectați.

distală a patului trebuie să fie mai ridicată pentru ca greutatea bolnavului să echilibreze forța de tracțiune a contragreutății cu care se realizează extensia. În acest caz, toracele bolnavului trebuie ușor ridicat cu ajutorul pernelor.

Prin ridicarea extremității proximale sau distale a patului, bolnavul culcat în decubit dorsal va ajunge într-o poziție oblică, fie cu picioarele mai sus — poziția Trendelenburg — fie cu capul mai sus.

Poziția Trendelenburg se realizează prin ridicarea extremității distale a patului sau cu ajutorul pernelor cuneiforme. Diferența dintre înălțimea celor două extremități ale patului poate varia de la 10 la 60 cm. Sub capul bolnavului se poate pune o pernă subțire. Poziția Trendelenburg, realizată pe masa de operație în cazul sincopelor din cursul anesteziei generale, poate ajunge la un unghi de peste 40° față de orizontal. Pentru a evita posibilitatea alunecării bolnavului de pe masa de operație, el va fi fixat cu ajutorul unor chingi sau cu rezemătoare speciale de umăr. Dacă bolnavul este adus în poziție Trendelenburg, în pat i se va proteja capul cu ajutorul unei perne așezată vertical la căpățiul patului. Poziția Trendelenburg se

oprirea hemoragiilor membrelor inferioare și ale organelor genitale feminine după intervenții ginecologice, după anestezie intrarahidiană, în cazul tratamentului fracturilor membrelor inferioare prin extensie cu contragreutate, precum și în cazul drenajului postural, pentru a favoriza îndepărtarea secrețiilor din căile respiratorii superioare.

Bolnavii așezați în această poziție se plîng adesea de amețeli, precum și de dureri ale regiunii lombare. Pentru a reduce aceste acuze, sub regiunea dureroasă se va așeza o pernă subțire și la nevoie, numai la indicația medicului, se va întrerupe pentru scurt timp menținerea acestei poziții.

Poziția oblică cu capul mai sus se utilizează în cursul tratamentului ortopedic, pentru extensia coloanei cervicale.

Decubitul dorsal, menținut timp îndelungat la bolnavii cu hipotonie musculară, poate determina deformarea picioarelor prin apăsarea permanentă a păturilor. De aceea, preventiv se va așeza coviltirul sub pătură și rezemătoarele sub plantă.

Poziția șezînd. Bolnavul culcat în pat poate fi adus în poziție șezînd cu ajutorul utilajului auxiliar. Bolnavul are coapsele flectate pe bazin și gambele pe coapsă, stînd astfel cu genunchii ridicați. Trunchiul formează cu membrele inferioare un unghi drept. Această poziție poate fi foarte bine asigurată în paturile universale (tip dr. Lupu, fig. 72). Cu ajutorul manivelei adaptate la aceste paturi se poate ridica partea cefalică a somierei, aproape pînă la poziția verticală, iar partea ei mijlocie în formă de acoperiș de casă pînă la înălțimea dorită. Porțiunile din somieră pot fi ridicate sau coborîte după cererea bolnavului sau indicația medicului. Dacă patul bolnavului este de alt tip și nu permite ridicarea părților somierei, poziția bolnavului se va asigura prin alte mijloace. Sub spatele bolnavului se poate așeza sprijinitorul de pernă, sau în lipsa acestuia, deasupra pernei tari se vor pune încă 4—5 perne așezate în trepte, iar capul bolnavului se va menține în poziție sprijinit de o pernă mai mică sau de una așezată vertical. Sub brațele bolnavului se poate așeza de asemenea cîte o pernă ceea ce face ca bolnavul să nu obosească prea repede în această poziție, patul fiind transformat într-un fotoliu. Această poziție poate fi asigurată și prin aranjarea pernelor oblice la stînga și dreapta bolnavului în formă de V, sprijinit la spate cu alte perne (așezate peste capetele posterioare ale pernelor laterale).

Fotoliul astfel obținut în pat asigură o poziție șezînd foarte comodă pentru bolnavi, însă are inconvenientul că necesită mult material și în unele cazuri este greu suportat, încălzindu-se ușor. Pentru a împiedica alunecarea bolnavului se va așeza sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau mai bine un sul de pături îmbrăcat într-un cearșaf, răsucit la extremități și fixat sub saltea și sub picioare printr-o rezemătoare. Această poziție este indicată de obicei bolnavilor într-o stare mai gravă; din acest motiv, îngrijirea lor necesită o atenție mai mare, luîndu-se măsuri de activare a circulației periferice prin spălarea și fricționarea pielii cu alcool. Sub regiunea sacrată se va așeza în mod preventiv un colac de cauciuc.

În această poziție vor fi ținuti bolnavii dispneici în caz de pneumonii întinse, insuficiență circulatorie, în perioada acceselor de astm bronșic, bolnavii mai vîrstnici, precum și după anumite intervenții chirurgicale.

Confortul bolnavilor dispneici în poziție șezînd poate fi îmbunătățit cu ajutorul măsuțelor de pat prevăzute cu perne, pe care bolnavul se apleacă în cursul acceselor de respirație grea.

Poziția șezînd poate fi asigurată bolnavilor și în fotolii. Fotoliile trebuie să fie destul de mari, nu prea înalte și căptușite cu perne. Bolnavul ținut în fotoliu trebuie îmbrăcat corespunzător în hainele de spital (pijama, halat cald) și acoperit cu pătură, avînd grijă în special de temperatura picioarelor.

Bolnavii cu insuficiență circulatorie în cursul acceselor de dispnee nocturnă se așază de multe ori la marginea patului cu picioarele atîrnate. Acești bolnavi trebuie așezați în poziția preferată de ei, luînd măsuri pentru a menține constantă temperatura membrelor inferioare.

Decubitul lateral. Decubitul lateral, poziție preferată de bolnavi poate fi drept sau stîng. În această poziție, bolnavul este culcat pe o parte, avînd capul sprijinit pe o singură pernă și membrele inferioare flectate ușor sau în unele cazuri complet întinse. Decubitul lateral poate fi combinat cu ridicarea toracelui pînă la un unghi de 20—25° față de orizontală. Această poziție poate fi asigurată activ de către bolnav sau în mod pasiv de către asistentă, cu ajutorul pernelor sau rezemătoarelor speciale, pentru ca bolnavul să nu se rostogolească înapoi în decubit dorsal. Pentru a împiedica apariția escarelor, între genunchi și între maleole se introduc inele de vată, iar sub trohanterul mare un colac de cauciuc îmbrăcat (fig. 99).

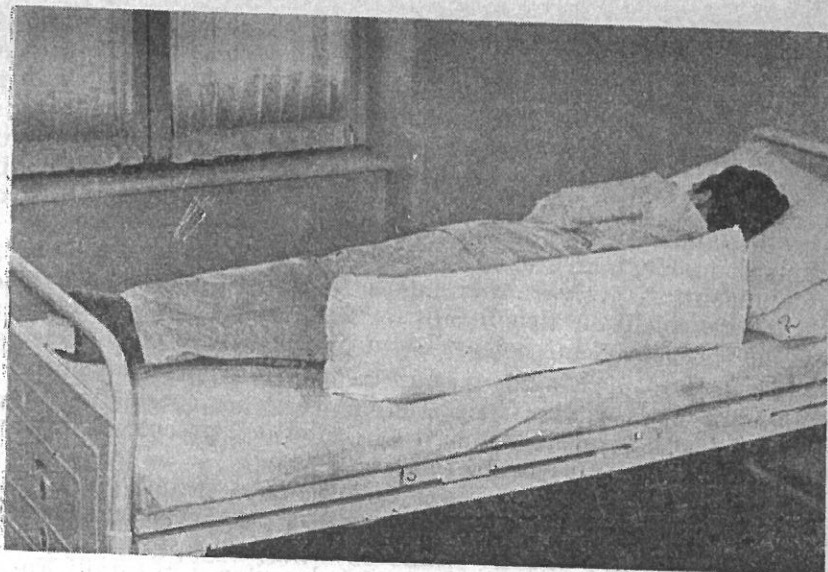


Fig. 99. — Poziția decubit lateral cu sul.

Dacă bolnavul are un membru paralizat, fracturat, operat sau dureros în cursul manoperei de aducere în decubit lateral, acesta va fi menținut de o asistentă și așezat separat cu grijă pe suportul pregătit în prealabil.

Bolnavii păstrează decubitul lateral în caz de pleurezii, meningite, după intervenții intratoracice și renale, în cazul drenajului cavității pleurale. Bolnavii adinamici și cei bătrâni trebuie întorși la intervale de 1—2—3 ore dintr-o parte în alta, pentru prevenirea escarelor și a pneumoniei hipostatice.

Bolnavul va fi adus în decubit lateral în cursul toaletei, al schimbării lenjeriei, al administrării clismelor și supozitoarelor, al măsurării temperaturii pe cale rectală, pentru puncția lombară în poziție orizontală, precum și în cursul sondajului duodenal. Drenajul postural cu picioarele ridicate poate fi efectuat și în decubit lateral.

Decubitul ventral. Bolnavul este culcat pe abdomen cu capul aplecat într-o parte și așezat pe o pernă subțire. Membrele superioare sînt așezate la stînga și la dreapta capului, cu fața palmară pe suprafața patului, cu degetele în extensie. Sub

glezne se așază o pernă cilindrică sau cuneiformă pentru ca picioarele să nu fie întinse în poziție forțată pe saltea. În funcție de afecțiunea de care suferă, bolnavul poate să-și schimbe poziția membrelor superioare. Sub torace și abdomen se pot așeza perne subțiri și moi, a căror poziție trebuie din cînd în cînd schimbată. Este important ca așezarea bolnavului în decubit ventral să fie astfel făcută ca acesta să-și poată vedea anturajul.

Bolnavii sînt menținuți în decubit ventral în caz de poliomielită, escare extinse, care împiedică așezarea în alte poziții, precum și pentru drenarea unor colecții purulente.

Cu scop explorator, bolnavul mai poate fi așezat într-o serie de poziții, ca poziția genu-pectorală, utilizată în cursul rectoscopiei, pozițiile ginecologice utilizate la examinări și tratamente de specialitate etc. Descrierea lor va fi redată la capitolele respective.

Schimbările de poziție. Poziția bolnavului poate să fie schimbată activ sau pasiv.

Schimbările active le execută volițional bolnavul singur. Schimbările pasive sînt cele efectuate cu ajutorul asistentei la bolnavii adinamici, imobilizați, inconștienți, paralizați și la cei care nu pot executa decît anumite mișcări, fie din cauza bolii de bază, fie din cauza tratamentului aplicat (aparate gipsate etc.).

Asistenta trebuie să cunoască tehnica corectă a mișcărilor pasive, pentru ca deplasarea să se poată executa în mod convenabil. În timpul schimbării poziției, asistenta trebuie să-și îndrepte toată atenția asupra bolnavului, să-l scutească de efort, să nu-i producă dureri, să-l facă să se simtă în siguranță în mîinile ei.

Întrucît schimbările de poziție, pe lîngă cunoștințe profesionale, necesită și un efort fizic considerabil, pentru executarea lor este necesară, de cele mai multe ori, prezența a 2—3 asistente.

Apucarea bolnavului se face precis, sigur, cu toată mîna, cu degetele alăturate, așezînd palma pe suprafața corpului bolnavului, protejînd regiunile dureroase.

Asistenta care ridică bolnavul trebuie să se așeze în așa fel ca baza de susținere a picioarelor să fie cît mai mare, să aibă genunchii ușor flectați și corpul aplecat înainte. În această

poziție, centrul de greutate al corpului fiind deplasat mai jos, ridicarea bolnavului necesită un efort mai mic și în același timp asistenta își va menține echilibrul.

Mișcările pasive cele mai frecvente sînt: întoarcerea bolnavului din decubit lateral în decubit dorsal și înapoi, ridicarea bolnavilor în poziție șezînd, readucerea la loc a bolnavilor care au alunecat în jos de pe pernă.

Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral se poate executa de una sau două asistente. Asistenta se așază de partea patului spre care vrea să întoarcă bolnavul, ridică pătura, o pliază și o așază pe marginea opusă a patului. Prinde apoi bolnavul de umăr, îl ridică, întorcîndu-l spre ea, iar în același timp cu mîna cealaltă introduce pătura sub spatele bolnavului pentru a-l sprijini. După ce toracele a fost întors și fixat în noua poziție, cu antebrațul și palma dinspre capul bolnavului îi proptește spatele, iar cu cealaltă mîna rotește bazinul și membrele inferioare.

În această poziție bolnavul poate fi menținut cu ajutorul sulurilor așezate în lungime la spate.

Schimbarea poate fi executată și de două asistente. Amîndouă se așază la aceeași margine a patului. Asistenta de la capul bolnavului va executa aceleași mișcări descrise mai sus pentru întoarcerea părții superioare a corpului. În același timp, a doua asistentă introduce antebrațul și palma dinspre capul bolnavului în regiunea sacrată, iar cu celălalt antebraț, realizează rotirea bazinului și membrilor inferioare.

Pentru bolnavii care necesită schimbări frecvente de poziție pe o perioadă mai lungă de timp, se utilizează paturi speciale, care întorc automat bolnavul la comanda mecanică a asistentei.

Întoarcerea bolnavului în decubit lateral în vederea schimbării lenjeriei a fost arătată în subcapitolul „Schimbarea patului”.

Ridicarea din decubit dorsal în poziție șezînd se poate face în felul următor: asistenta va descoperi bolnavul pînă la mijloc, îndoiind pătura. Cu mîna dinspre picioare prinde regiunea axilară a bolnavului, iar cu cealaltă mîna îl îmbrățișează din spate, sprijinindu-i și capul cu antebrațul. Bolnavul — dacă starea sa generală îi permite — se poate sprijini prinzînd brațul asistentei. Bolnavul se poate ridica cu o singură mișcare în poziție șezînd.

Ridicarea bolnavului în stare mai gravă se poate executa și de două asistente, de o parte și de alta a patului. Ele încrucișează antebrațele în regiunea dorsală, așezînd palmele pe omoplații bolnavului. Cu cealaltă mîna prind bolnavul de axilă. La comanda uneia dintre ele, cu o singură mișcare ridică bolnavul în poziția șezînd. Dacă bolnavul este greu, mișcarea se va executa astfel: mîinile cu care s-a sprijinit în axilă se vor așeza de data aceasta pe omoplat, iar celelalte două mîini vor fi menținute împreunate la spatele bolnavului. Bolnavii în stare gravă sau cei cu plăgi în regiunea dorsală vor fi ridicați cu ajutorul unei traverse așezată în prealabil sub spate. Asistenta poate să-și fixeze ca punct de sprijin capătul distal al patului, pentru a putea depune un efort fizic mai mare.

Menținerea bolnavului în poziție șezînd se face cu ajutorul pernelor așezate la spatele bolnavului, cu sprijinitoare, suluri sub genunchi și saci de nisip sub plante.

Repunerea în decubit dorsal se face cu aceleași mișcări în sens invers. Se îndepărtează sprijinitoarele, se aranjează patul și pernele avînd grijă ca bolnavul să nu cadă sau să fie repus brusc în poziția inițială.

Readucerea bolnavilor alunecați. Readucerea bolnavilor alunecați în jos din poziția șezînd sau semișezînd se poate face de 2 asistente, care se așază de o parte și de alta a bolnavului, cu fața spre capul patului. Cu mîna dinspre pat prind bolnavul de axilă, iar cealaltă mîna unită cu cea a asistentei de partea opusă o așază sub regiunea fesieră a bolnavului și la comanda uneia dintre ele ridică bolnavul pînă la nivelul dorit, într-o poziție comodă.

Readucerea bolnavilor alunecați de către o singură asistentă se face în felul următor: asistenta se așază lîngă marginea patului cu fața întoarsă spre capătul patului. Introduce mîinile sub axila bolnavului și solicitîndu-l să-și întoarcă fața în partea opusă ridică bolnavul pînă la poziția inițială.

Mutarea bolnavului de pe un pat pe altul se face după tehnica arătată la transportul bolnavilor și la schimbarea saltelei.

Mobilizarea bolnavilor. Imobilizarea îndelungată a bolnavului la pat poate favoriza apariția unor complicații, care să împiedice dezvoltarea procesului de vindecare. Din această cauză este important ca bolnavii să fie mobilizați precoce, imediat ce starea lor permite acest lucru. Deoarece mobilizarea depinde

de mai mulți factori ca : natura bolii, starea generală, tipul de reactivitate a bolnavului, momentul în care se va începe mobilizarea și scularea lui din pat, precum și ritmul în care el va fi readaptat la activitatea lui obișnuită vor fi hotărâte de medic. Executarea mobilizării în bune condiții cade în competența asistentei.

În tot timpul mișcărilor pasive sau active, asistenta va supraveghea atent bolnavul, urmărind expresia feței, colorația tegumentelor pulsul și respirația.

Mobilizarea bolnavilor se începe cu mișcarea capului și cu ridicarea și schimbarea poziției membrilor superioare și inferioare, bolnavul păstrând poziția de decubit. Aceste mișcări activează circulația sanguină și previn apariția trombozelor și escarelor. Urmează apoi ridicarea în poziție șezînd în mod pasiv la început, iar mai târziu activ, de mai multe ori pe zi, mișcare care poate fi asociată cu exerciții de respirație.

Următoarea fază de mobilizare este *ășezarea bolnavului în poziție șezînd la marginea patului*. Această mișcare se execută după ce bolnavul se poate menține singur în poziție șezînd. Preventiv, ca bolnavul să nu răcească, asistenta îl va îmbrăca cu halat și ciorapi. Cu mîna dinspre cap prinde bolnavul de spate, iar cealaltă mîna o ășază sub regiunea poplitee. Bolnavul se poate ajuta, fie sprijinindu-se de marginea patului, fie îmbrățișînd gîtul asistentei. Asistenta va roti picioarele bolnavului într-un unghi de 90°; în felul acesta, picioarele vor atîrna pe marginea patului. Această manoperă se poate efectua și de 2 persoane. În acest caz, prima asistentă va sprijini bolnavul după metoda arătată mai sus, a doua îl va prinde de glezne, îndreptînd picioarele în direcția dorită. Asistenta se va convinge dacă poziția bolnavului este comodă sau nu, dacă marginea patului nu este rece sau nu comprimă vasele coapsei și apoi îi va pune papucii.

Bolnavul nu trebuie menținut mult timp în această poziție; prima ășezare pe marginea patului să fie numai de cîteva minute. Dacă el devine palid sau cianotic sau dacă se plînge de amețeli, va fi imediat ășezat înapoi în pat, controlîndu-i-se pulsul. Durata șederii la marginea patului în ziua următoare se poate prelungi cu cîteva minute.

Repunerea în pat se face cu aceleași mișcări în ordine inversă.

Dacă bolnavul nu a prezentat amețeli și a suportat bine ășezarea pe marginea patului, va putea fi ășezat într-un fotoliu lîngă pat. ășezarea în fotoliu poate fi efectuată de 1 sau 2 asistente.

Asistenta va ășeza fotoliul cu o rezemătoare laterală lipită de marginea patului. Pe fotoliu va pune un pled. Bolnavul va fi îmbrăcat cu halat și ciorapi, ășezat pe marginea patului după metoda amintită și încălțat. Asistenta se ășază în fața bolnavului, introduce mîinile în axilele acestuia, avînd grijă să-și țină capul întors într-o parte. Bolnavul se sprijină cu mîinile pe brațele sau umerii asistentei. Cu o mișcare aceasta va ridica bolnavul în picioare și întorcîndu-l cu spatele către fotoliu îl va ășeza încet și-l va acoperi cu pledul. Dacă fotoliul este înalt, pentru a-i asigura o poziție mai comodă, sub picioarele bolnavului se poate ășeza un scaunel sau suport (fig.100). Cînd ășezarea în fotoliu se face de 2 asistente, ele vor fi situate de o parte și de alta a bolnavului, care stă în poziție șezînd pe marginea patului și cu mîna de lîngă bolnav introdusă sub axilă îl vor ridica în picioare (fig. 101), apoi rotindu-l în direcția corespunzătoare îl vor ășeza cu precauție în fotoliu și-l vor acoperi cu pledul. Repunerea bolnavului în pat se face cu aceleași mișcări în ordine inversată.

Ridicarea bolnavului în poziție ortostatică se face în felul următor : bolnavul se ășază în poziție șezînd pe marginea patului în așa fel încît să ajungă cu picioarele pe dușumea. Asistenta, care stă lîngă bolnav, întoarsă cu spatele către pat, va sprijini bolnavul de sub ambele axile și-l va ridica. Dacă bolnavul se simte bine, se poate menține în această poziție cîteva minute, iar dacă prezintă amețeli se reășază în pat.

Primii pași pe care-i face bolnavul după o perioadă mai lungă de imobilizare la pat trebuie totdeauna supravegheați cu mare atenție; este bine ca această mișcare să aibă loc în prezența medicului ca în caz de nevoie să i se poată acorda tratamentul de urgență.

După ce a fost ridicat în poziție ortostatică, sprijinit în axilă de către cele 2 asistente, bolnavul va face prima plimbare în salon.

Unii bolnavi, cu toate că starea lor generală ar permite plimbarea, refuză să se scoale din pat, fiindu-le frică să nu cadă. Cu aceștia, asistenta va duce muncă de lămurire asupra importanței mișcărilor active.



Fig. 100. — Fotoliu cu suport pentru asigurarea unei poziții mai comode.



Fig. 101. — Așezarea în fotoliu a bolnavului de către două asistente.

DEZBRĂCAREA ȘI ÎMBRĂCAREA BOLNAVULUI

Lenjeria de corp a bolnavului constă din cămașă de noapte sau pijama. În afară de acestea, femeile mai întrebuințează pentru pus pe cap un batic, iar bărbații bonetă. În timp de iarnă, femeile, peste cămașă de noapte, îmbracă o jachetă de flanelă. Lenjeria este confecționată din material moale, ușor lavabil. Pentru iarnă, lenjeria de corp se confecționează din finet. Asistenta va controla ca sub cămașă de noapte sau sub pijama bolnavul să nu mai poarte și altă lenjerie, cu care a fost îmbrăcat la internare. Asistenta trebuie să-și asigure inventarul său cu lenjerie de corp suficientă, pentru ca atunci când se internează un bolnav nou sau este necesară schimbarea lenjeriei murdărite să poată asigura bolnavilor rufe curate.

La bolnavii care se pot ridica din pat, dezbrăcarea și îmbrăcarea se fac ușor, fără ajutor. Nu este aceeași situație cu bolnavii dinamici, imobilizați, inconștienți sau paralizați.

Bolnavii se jenează de multe ori să apeleze la ajutorul celor din jur. Tocmai datorită acestui fapt, asistenta trebuie să fie deosebit de atentă față de ei și să-i ajute cu mult tact și blîndețe la îmbrăcare și dezbrăcare. Dacă bolnavul poate șede, asistenta, așezată de partea dreaptă a patului, îi va deschide cămașa sau jacheta de pijama și le va trage de sub regiunea fesieră. Va ridica bolnavul în poziție șezînd, apoi va aduce cu mîna toată cămașa strînsă din spate în față peste capul bolnavului (fig. 102). Bolnavul poate fi culcat sau în aceeași poziție se scoate ușor mîneca de o parte și apoi de cealaltă.



Fig. 102. — Dezbrăcarea bolnavului.

Dacă bolnavul nu se poate mișca, dezbrăcarea lui se va face de către două persoane. În acest caz, bolnavul este așezat în decubit lateral, i se trage cămașa ușor în sus pînă la torace, apoi este întors în decubit lateral opus, făcînd aceeași operație, după care este readus în decubit dorsal. Una dintre asistente va ridica bolnavul introducînd mîna sub cămașă, iar a doua va scoate cămașa cu o mișcare de la spate spre cap, culcînd apoi bolnavul și continuînd dezbrăcarea încet după metoda de mai sus.

Dacă bolnavul prezintă o afecțiune la membrele superioare, se dezbracă întîi brațul sănătos și pe urmă cel bolnav (fig. 103). Pentru bolnavii cu aparate gipsate se pot confecționa cămăși speciale, care au mîneca deschisă, prevăzută cu șireturi. La îmbrăcare se procedează în ordine inversă, îmbrăcînd întîi brațul bolnav și pe urmă cel sănătos (fig. 104), continuîndu-se îmbrăcarea cu trecerea cămășii peste capul bolnavului și trăgînd-o apoi peste spate, în timp ce una din asistente îl susține. Dacă starea bolnavului nu permite nici o mișcare, se îmbracă cu o cămașă deschisă la spate, asemănătoare cămășuțelor de



Fig. 103. — Dezbrăcarea unui bolnav cu o afecțiune a membrului superior drept.



Fig. 104. — Îmbrăcarea unui bolnav cu o afecțiune a membrului superior drept.

copii. Se îmbracă întâi o mână, pe urmă cealaltă, acoperind partea anterioară a corpului, iar cele două margini ale deschizăturii se așază lângă bolnav. Dacă starea bolnavului permite anumite mișcări, una dintre laturile cămășii se introduce sub spate, o margine fiind mai lată, pentru ca să se poată încheia lateral. Una dintre asistente va susține bolnavul.

Îmbrăcarea pijamalei se începe cu îmbrăcarea jachetei. Se descheie jacheta, se introduce o mână, apoi cealaltă și se încheie în față. Pentru îmbrăcarea pantalonilor se adună cu două mâini una din ramurile pijamalei și se trece prin ea laba piciorului, apoi se adună a doua ramură, introducând și celălalt picior. Pantalonii se trag în sus pînă la brîu, bolnavul fiind ridicat de una sau două persoane.

Nu se recomandă pijama pentru bolnavii cu afecțiuni ale membrelor inferioare. Dacă bolnavii pretind totuși utilizarea lor, îmbrăcarea pantalonilor de pijama se începe cu piciorul bolnav, iar dezbrăcarea se termină cu același picior. Când bolnavul se scoală din pat se îmbracă cu halat confecționat din molton, ciorapi și papuci. Astfel îmbrăcat poate fi condus în sala de tratament sau se poate deplasa la laboratoarele spitalului.

TOALETA BOLNAVULUI

Toaleta bolnavului constituie una din condițiile indispensabile ale procesului de vindecare. Prin toaleta de dimineață se îndepărtează de pe suprafața pielii stratul cornos, descuamat și impregnat cu secrețiile glandelor sebacee și sudoripare, amestecate cu praf, alimente, resturi de dejecții și alte substanțe străine care aderă de piele. Îndepărtarea acestora deschide orificiile de excreție ale glandelor pielii, înviorează circulația cutanată și a întregului organism, produce o hiperemie activă a pielii, favorizînd mobilizarea anticorpilor formați în celulele reticulo-endoteliale din țesutul celular subcutanat. Toaleta de dimineață liniștește bolnavul, îi creează o stare plăcută de confort, avînd un efect evident sedativ asupra organismului.

Majoritatea bolnavilor obișnuiți cu toaleta completă de acasă reclamă spălarea corpului, a dinților, a părului, schimbarea lenjeriei etc., dar există bolnavi mai puțin îngrijiți, cărora asistenta, în timpul spitalizării trebuie să le dezvolte deprinderile unei toalete complete pe baza normelor științifice ale igienei personale. Din acest motiv, asistenta se va îngriji și va controla felul cum își fac toaleta și bolnavii care se pot scula.

Toaleta zilnică a bolnavului trebuie executată în condiții de liniște și confort. Deșteptarea de dimineață trebuie făcută liniștit, cu mult tact, fără să se sperie bolnavii printr-un dinamism exagerat, care nu are ce căuta în spitale. Asistenta va crea bolnavilor în stare mai puțin gravă condițiile necesare pentru a-și executa singuri toaleta, iar celor în stare mai gravă le va executa ea toate manoperele necesare. Asistenta va programa ordinea în care va face toaleta bolnavilor, asigurîndu-și timp suficient pentru a se ocupa de fiecare, în măsura cerută de starea lui.

Pentru efectuarea toaletei bolnavului la pat este nevoie de următorul material: un paravan, trei prosoape de culori diferite, două mănuși de baie de culori deosebite, pentru a le putea deosebi și utiliza pe regiuni, săpun neutru, săpunieră, perie de unghii, foarfecă pentru unghii, pilă, perie de dinți, pastă de dinți, pahar pentru spălat pe dinți și un pahar cu soluție antiseptică pentru gargară, lighean, mușama, pudrieră cu pudră de talc, cană pentru apă caldă, o găleată pentru apă murdară, o flanelă sau un cearșaf, un termometru de baie și spirt mentolat sau camforat.

Materialele pentru toaleta bolnavului se vor așeza pe o masuță acoperită cu o față de masă din material plastic sau mușama sau într-o tavă pe un scaun. Se îndepărtează noptiera și în jurul patului se întinde paravanul.

Baia parțială la pat constă în spălarea întregului corp pe regiuni, descoperind progresiv numai partea care se va spăla. Asistenta va avea grijă ca temperatura din salon să fie de cel puțin 20° și să nu fie curenți de aer rece; ea va închide geamurile și va interzice ca în timpul efectuării toaletei să se deschidă ușa.

Se umple ligheanul 2/3 cu apa caldă (37°) și se controlează temperatura apei cu ajutorul termometrului de baie sau cu cotul, ca să nu fie prea caldă.

Se îndepărtează una dintre perne, iar cealaltă se acoperă cu o mușama, pentru a o proteja de umezeală, peste mușama așezându-se un prosop sau un cearșaf.

În timpul toaletei, pătura se poate înlocui cu o flanelă, bolnavul rămânând dezbrăcat și acoperit cu cearșaful și flanela. În fața bolnavului se așază un prosop, pentru a nu umezi acoperitoarea. Ordinea în care se va efectua toaleta trebuie să fie respectată: se va începe totdeauna cu fața, apoi urmează urechile, gâtul, membrele superioare, partea anterioară a toracelui, abdomenul, partea posterioară a toracelui, regiunea sacrată, coapsele, membrele inferioare, organele genitale și la sfârșit regiunea perianală.

Cu mîna îmbrăcată în prima mînușă de baie (fig. 105), umezită, se spală ochii, de la comisura externă la cea internă, unde se adună secrețiile în timpul nopții, și se șterge imediat cu primul prosop. Se continuă cu fruntea, de la mijloc spre temple, se spală cu mișcări circulare regiunea periorală și perinazală. La urechi se insistă la șanțurile pavilionului și la regiunea retroauriculară. După ce s-a spălat cu săpun și s-a limpezit cu apă de cîteva ori, porțiunea spălată trebuie ștearsă imediat pentru a nu rămîne umedă, și a predispuce bolnavul la răceală.

Urmează apoi spălarea gâtului, a membrilor superioare, mutînd mușama sub regiunea respectivă. Mușama și prosopul se întind sub întreg brațul, deasupra învelitorii și prin mișcări circulare se execută spălarea, începînd de la umăr spre capătul distal, ștergîndu-se imediat. Se va insista în special la axile, tamponîndu-se pînă la perfectă uscare (fig. 106). Dacă



Fig. 105. — Mînușă de baie.

Fig. 106. — Toaletă parțială.

bolnavul se poate întoarce în decubit lateral, spălarea celuiilalt membru superior se face în această poziție. Dacă nu se poate întoarce, asistenta va trece de partea opusă și va efectua spălarea după tehnica descrisă. Toaleta se continuă cu partea anterioară a toracelui, insistînd la femei la pliurile submamare, și apoi se trece la abdomen, unde se va avea grijă în special de ombilic, unii bolnavi internîndu-se în spital cu ombilicul foarte murdar. Îndepărtarea depozitului de murdărie se poate face cu ajutorul unui tampon de vată montat pe porttampon și înmuiat în benzină. După ștergerea cu benzină, ombilicul se spală cu apă și săpun, iar la bolnavii cu pielea sensibilă, pentru a se evita iritațiile, se unge regiunea cu vaselină. Spatele bolnavului este bine să se spele în poziție șezînd dacă este posibil, iar dacă nu în decubit lateral, fiind susținut după tehnica descrisă la facerea patului în lungime, așezînd mușama pe saltea pînă sub bolnav. Apa, mînușă de baie și prosopul vor fi înlocuite cu altele curate. În continuare, pentru spălarea membrilor inferioare se readuce bolnavul în decubit dorsal și se spală coapsele, insistînd la nivelul plicilor din regiunile inghinală și poplitee. Gambele, piciorul vor fi spălate ca și membrele superioare, cu atenție deosebită la spațiile interdigitale.

Spălarea picioarelor se mai poate face și cu ligheanul în pat, patul fiind protejat cu mușama (fig. 107). Gambele se flectează ușor pe coapse, iar picioarele se introduc în lighean. Această metodă ușurează curățirea și tăierea unghiilor.

Este bine ca după spălare, bolnavului să i se facă o frecție cu o soluție stimulantă a circulației, ca alcool (diluât, pentru



Fig. 107. — Spălarea picioarelor.

a nu usca tegumentele), spirt mentolat sau spirt camforat. După frecție se pudrează plicile naturale cu pudră de talc, care absoarbe umezeala.

La sfârșit se face toaleta organelor genitale și a regiunii perianale. De cele mai multe ori, bolnavul dorește să efectueze spălarea acestor regiuni singur. Dacă starea generală a bolnavului o permite, asistenta va admite acest lucru, dar va controla dacă s-a executat corect.

Asistenta va așeza sub regiunea sacrată a bolnavului

bazinetul, care va fi izolat de saltea cu mușamaua și traversa, va îmbrăca mănua de cauciuc, va așeza bolnavul în poziție ginecologică, apoi va începe spălarea organelor genitale cu mănua de baie îmbrăcată peste cea de cauciuc. Se indică folosirea săpunului neutru care nu irită pielea și mucoasele; îndepărtarea lui se va face foarte atent, resturile de săpun putând produce prurit, eventual inflamații. Limpezirea cu apă curată se poate face cu ajutorul unui jet de apă turnat dintr-o cană, după ce în prealabil s-a verificat temperatura apei, turnând cîteva picături pe fața internă a antebrațului. După limpezire, asistenta scoate bazinetul de sub bolnav și cu al treilea prosop va șterge organele genitale și regiunea din jur. Ștergerea se face foarte atent, în special în plici. Se pudrează cu pudră de talc, pentru prevenirea intertrigoului.

După o baie parțială corect executată, bolnavul se simte înviorat și munca asistentei este răsplătită prin recunoștința pe care i-o arată. Bolnavul va fi îmbrăcat și i se va aranja patul.

Îngrijirea cavității bucale. Asistenta are sarcina să îndrumeze și să controleze efectuarea îngrijirii cavității bucale la bolnavii conștienți și să efectueze toaleta cavității bucale la bolnavii inconștienți.

Ea va duce muncă de educație sanitară, lămurind bolnavii asupra urmărilor grave care se pot ivi din cauza neglijării

toaletei cavității bucale și îi va învăța tehnica corectă a spălării dinților.

După ce a pregătit peria cu pastă de dinți, paharul cu apă pentru clătire gura și tăvița renală, asistenta așază bolnavul în poziție șezînd și îi pune prosopul în jurul gîtului ca să nu se stropască. Îi dă peria în mîna dreaptă și paharul cu apă caldută în mîna stîngă, iar în fața bărbiei îi ține tăvița renală. După ce bolnavul s-a spălat pe dinți, asistenta îi va da celălalt pahar cu soluția dezinfectantă pentru gargară.

Dacă este nevoie, bolnavul va fi sprijinit în timpul efectuării toaletei cavității bucale. Bolnavii care nu se pot ridica vor fi așezați în decubit lateral și, singuri sau cu ajutorul asistentei, vor efectua curățirea dinților și a cavității bucale. În acest caz, în loc de pahar se va întrebuința o ceașcă cu cioc, utilizată numai pentru acest scop, sau un pahar cu tub de sticlă. Tăvița renală se așază lângă fața bolnavului, iar perna se acoperă cu mușamaua învelită în prosop.

Îngrijirea cavității bucale prezintă o deosebită importanță în cursul tratamentului cu săruri de mercur sau bismut. Metalele grele se elimină foarte greu din organism prin urină, sucuri digestive (deci și prin salivă). Întrucît la locurile de eliminare se realizează o concentrație mai înaltă a metalului, pot apărea inflamații locale, manifestate prin nefroză, colite sau stomatite.

Bolnavii tratați cu săruri de mercur sau bismut vor beneficia de toaleta danturii cu pastă de dinți după fiecare alimentare, urmată de gargară cu o substanță antiseptică în soluție diluată (clorat de potasiu, soluție 3%). Se va avea grijă de tratamentul cariilor dentare ale acestor bolnavi. Cea mai mică manifestare a stomatitei pe care asistenta o observă în cursul toaletei cavității bucale va fi raportată medicului. Se va amîna administrarea dozei următoare de medicament în cauză pînă la noi indicații.

Îngrijirea cavității bucale la bolnavii inconștienți. La bolnavii inconștienți, păstrarea igienei cavității bucale este deosebit de importantă. Pe dantura și mucoasele bucală și linguală ale acestor bolnavi se formează un depozit gros, care trebuie îndepărtat. Pentru curățirea cavității bucale la bolnavii inconștienți este nevoie de următoarele materiale: prosop, tăviță renală, porttampon, vată, pensă linguală, deschizător de gură, spatulă, tifon, pahar, apă boricată, sare, glicerină boraxată (fig. 108).

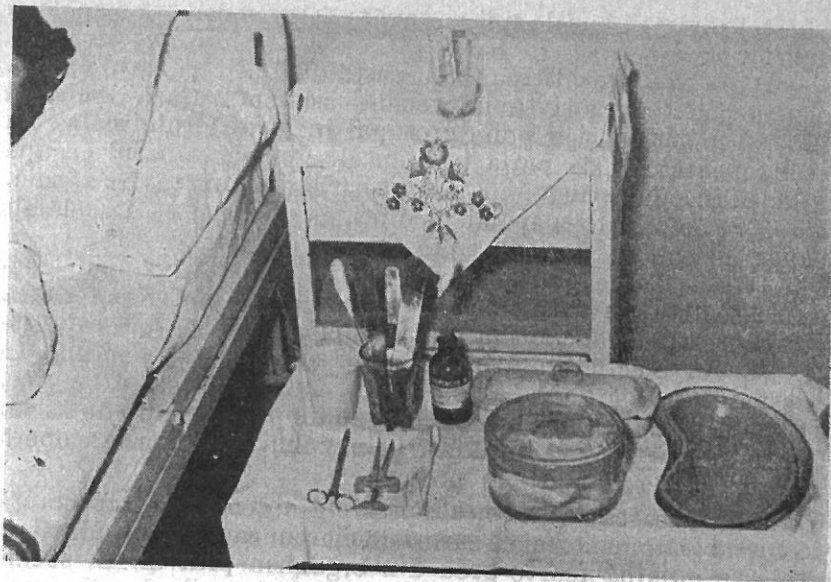


Fig. 108. — Materiale necesare pentru toaleta cavității bucale.

Tehnica. Îngrijirea cavității bucale la bolnavii inconștienți se face în decubit dorsal, cu capul întors într-o parte. Sub bărbia bolnavului se pune un prosop, apoi se deschide gura bolnavului și se menține în această stare cu ajutorul deschizătorului de gură. Se va introduce cu mîna dreaptă încet tamponul de vată înmuiat în glicerină boraxată 2% și cu mișcări ușoare se va șterge limba dispre bază înspre vîrf, apoi bolta palatină, în continuare suprafața internă a arcadelor dentare și la urmă suprafața lor externă. În timpul curățirii danturii, limba este ținută cu spatula sau prinsă cu pensa linguală. Cavitățile bucale a bolnavului se poate curăța și cu degetul arătător, înfășurat într-o bucată de tifon, îmbibată în glicerină boraxată sau zeamă de lămîie, ștergînd mucoasa bucală în ordinea arătată mai sus. Această metodă nu se utilizează la bolnavii agitați și psihici. La bolnavii inconștienți, deshidratați, buzele sînt uscate și crăpate; pentru a preveni apariția leziunilor mai grave, ele se vor unge cu glicerină sau ceară labială. La bolnavii în stare gravă, astenici, dinamici, precum și la cei inconștienți, mai ales dacă sînt tratați cu doze mari de antibiotice, se dezvoltă

în cavitatea bucală levura *Candida albicans*, care apare sub forma unui depozit alb, dens, ce prinde parțial sau complet suprafața mucoasei bucale. Asistenta are obligația de a supraveghea cavitatea bucală cu ocazia toaletei și de a descoperi la timp primele semne ale candidozei. Pentru prevenirea dezvoltării acestei levuri se pot adăuga la glicerină anumite substanțe antifungice, ca stamicina sau micostatina.

Îngrijirea protezelor dentare. La bolnavii cu proteze dentare mobile se va lucra cu mult tact, avînd în vedere că cei mai mulți evită să scoată proteza în prezența altora. Pentru a fi îngrijită, proteza trebuie scoasă obligatoriu și spălată zilnic. Bolnavii conștienți își vor spăla zilnic cavitatea bucală, dantura și proteza cu periută și pastă, iar noaptea vor scoate proteza și o vor pune într-un pahar cu apă, după ce în prealabil a fost curățită cu peria. Este de dorit ca paharul să nu fie transparent, pentru ca să nu se vadă conținutul. Paharul se acoperă cu o compresă de tifon.

Dacă bolnavul este inconștient, protezele mobile trebuie îndepărtate, pentru ca acestea să nu cadă, în faringe sau laringe, obstruînd căile respiratorii. Proteza se scoate prinzînd-o cu o bucată de tifon ca să nu alunece, iar mîna introdusă în gura bolnavului va fi totdeauna îmbrăcată cu mînușe. După ce proteza a fost scoasă, se curăță de către asistentă cu periută și pasta de dinți, se limpezește și se așază în paharul întrebuintat pentru acest scop. Se cere o mare atenție în manipularea protezelor dentare pentru a nu le rupe, producînd astfel pagube bolnavului și punîndu-l în imposibilitatea de a se alimenta. După efectuarea toaletei cavității bucale, toate instrumentele vor fi dezinfectate prin fierbere, iar tampoanele de vată și tifonul vor fi arse.

Îngrijirea părului. Îngrijirea părului necesită o deosebită atenție, deoarece lipsa igienei părului, pe lîngă senzația permanentă de prurit pe care o poate da, mai favorizează și dezvoltarea paraziților. La bolnavii febrili, care transpiră mult, părul se murdărește și mai repede. Îngrijirea părului constă în pieptănatul și periatul zilnic, cel puțin de două ori, precum și în spălarea lui de două ori pe lună.

Pieptănatul părului. Pieptănatul părului se va face la sfîrșitul toaletei de dimineață, punîndu-se accent pe acest lucru, în special la femeile cu părul lung.

Pentru pieptănarea părului este nevoie de următorul material: un pieptene rar, un pieptene des, perie de păr, prosop, un cristalizor cu tampon de vată, un dezinfectant, o tăviță renală.

Tehnica. Bolnava este adusă în poziție sezind; dacă această poziție nu este permisă, pieptănatul va fi executat în poziție culcat (fig. 109). Se așază sub cap un prosop și se întoarce capul într-o parte, cu părul spre asistenta care execută pieptănatul. Se desface părul în două părți, făcând cărare la mijloc. Se întrebuințează întâi pieptenul rar, apoi cel des și pe urmă peria. Părul va fi pieptănat șuviță cu șuviță întâi capătul, apropiindu-se din ce în ce mai mult de rădăcină. Asistenta va avea grijă să nu obosească bolnava și să nu-i producă dureri. După ce va fi pieptănată o parte, părul se împletește în cosiță, începând împletirea imediat lângă pavilionul urechii, pentru ca părul împletit să nu incomodeze bolnava când se culcă pe pernă. Se întoarce apoi capul bolnavei pe cealaltă parte și se continuă pieptănarea în felul descris. Dacă bolnava nu are piepten propriu, pieptenul și peria utilizate vor fi spălate după fiecare bolnavă în parte. Dacă pieptănatul bolnavei se face conștiincios în fiecare zi, părul nu va fi încâlcit și nici nu va fi dificil la pieptănat. Îngrijirea este mai ușoară dacă părul este tăiat scurt, dar asistenta nu are voie să-l taie decât cu consimțământul bolnavei și numai în cazuri absolut necesare, fără să caute să influențeze bolnava în această direcție.

Pieptănarea părului se va face foarte atent la bolnavele în stare inconștientă, întrucât părul încâlcit în această perioadă nu va putea fi desfăcut mai târziu, necesitând tăierea.

Spălarea părului. Bolnavii care se pot scula din pat sint conduși la baie. Se așază pe un scaun cu capul spre cadă sau lighean, având spatele acoperit cu o flanelă pentru ca să nu răcească, spălarea decurgând după regulile igienice obișnuite.

Spălarea părului la pat. Spălarea părului la pat se execută la bolnavii imobilizați.

Materialul necesar. Mușama, un cearșaf, 2 prosoape, săpun lichid sau șampon, pieptene, găleată, cană cu apă caldă și rece, oțet pentru clătirea părului, compresă de tifon, aparat Foehn, toate pregătite pe o tavă.

Înainte de a începe spălarea, se va controla temperatura din salon și se va acoperi bine bolnavul. La marginea patului pe un taburet se așază tava cu tot materialul necesar, pentru

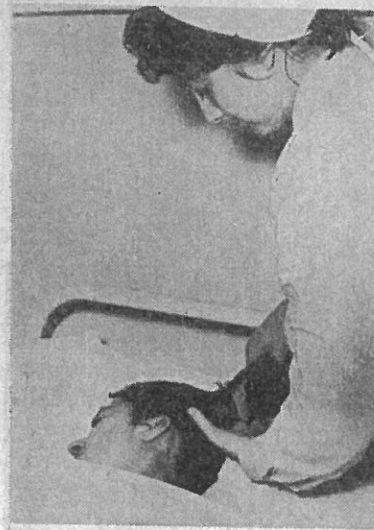


Fig. 109. — Pieptănatul părului.



Fig. 110. — Spălarea părului.

ca în timpul efectuării spălatului, asistenta să nu plece de lângă bolnav. Una dintre metodele care se întrebuințează pentru spălarea părului este aceea de a aduce bolnavul cu capul la marginea patului, așezându-l în poziție oblică și îndepărtând perna de sub cap (fig. 110).

Tehnica. Se rulează spre centru cele două capete ale mușamalei și se așază pe patul bolnavului în așa fel ca marginea de sus să fie sub capul bolnavului, iar marginea de jos să fie introdusă în găleata pregătită. Cele două capete rulate vor forma jgheabul prin care se scurge apa în găleată. Mușama se acoperă cu un prosop la nivelul cefei pentru ca să nu vină în atingere directă cu pielea bolnavului. În jurul gâtului se așază un cearșaf, pentru ca apa să nu ude lenjeria. Se acoperă ochii bolnavului cu o compresă pentru a-i feri de săpun. Asistenta susține capul bolnavului cu mâna stângă, cu dreapta umezește părul, apoi toarnă puțin câte puțin săpun lichid, șampon sau dă cu săpun. Se spală bine rădăcina părului, masând pielea capului cu vârful degetelor, fără să o zgârie. Se limpezește apoi cu apă multă, pentru a îndepărta săpunul de pe păr. În ultima apă de limpezire se adaugă oțet sau zeamă de lămâie.



Fig. 111. — Uscarea părului.

După ce s-a spălat toată pielea păroasă a capului și părul, cu mâna stângă se ridică capul bolnavului, se lasă să alunece mușamaua în găleată, iar cu mâna dreaptă se introduce sub capul lui un prosop încălzit. Se șterge fața bolnavului cu prosopul așezat în jurul gâtului. Părul se usucă prin tamponare și frecare cu prosop încălzit (fig. 111). Se leagă apoi capul cu un prosop curat sau cu un batic și se lasă așa câteva minute, după care se piaptănă. Pentru ca uscarea părului să fie grăbită se utilizează aparatul Foehn cu aer cald sau dacă starea bolnavului o permite, cu aprobarea medicului, se așază în jurul părului termofoare cu apă caldă. Se aranjează patul și după uscarea completă, părul se piaptănă din nou.

În funcție de afecțiunea bolnavului se pot aplica și alte metode pentru spălarea părului. Dacă salteaua este confecționată din trei bucăți, partea de sub capul bolnavului se scoate. În locul saltelei se introduce mușamaua, peste care se așază ligheanul.

Dacă salteaua este confecționată dintr-o singură bucată, atunci partea de sub capul bolnavului se îndoaie sub restul

saltelei, iar pe somieră se așază ligheanul pe o mușama (fig. 112). Mușamaua se prelungește pînă deasupra saltelei îndoită, iar peste aceasta se așază capul bolnavului în ușoară hiperextensie, atîrnînd ușor deasupra ligheanului.

Dacă bolnavul se poate ridica, ligheanul se așază pe un scaun lângă pat. Se aduce bolnavul la marginea patului și cu capul aplecat deasupra ligheanului se efectuează spălarea părului.

La sfîrșit se strînge tot materialul utilizat, se dezinfectează, se spală și se așază la loc.

Îngrijirea unghiilor. Îngrijirea unghiilor constituie o parte integrantă din toaleta bolnavului. Unghiile lungi, neîngrijite, pe lângă aspectul inestetic, constituie un focar de infecție, favorizînd depozitarea sub ele a impurităților, microbilor, eventual a ouălor de paraziți.

După efectuarea băii generale sau parțiale se curăță și se taie unghiile cu grijă, niciodată prea adînc, pentru a nu produce dureri și a nu favoriza creșterea lor deformată. Nu se va tăia pielea din jurul unghiilor, căci leziunile mici, inerente acestei operații, pot deveni porți de intrare pentru microbi. Aceeași atenție trebuie acordată și unghiilor de la membrele inferioare, a căror toaletă va începe cu înmuierea lor, realizată prin introducerea picioarelor în apă caldă 20 de minute. Tăierea unghiilor de la membrele inferioare după o tehnică greșită favorizează formarea unghiei încarnate.

Material necesar pentru tăierea unghiilor: foarfecă de tăiat unghiile, pilă pentru unghii, prosop.

Tehnică. Se așază sub membrul respectiv un prosop, pentru ca așchiile de unghie să nu se împrăști în patul bolnavului, căci ajungînd sub el îi pot produce microtraumatisme supărătoare. Se va avea grijă să nu se lezeze degetele. Asistenta va lua fiecare deget în parte, acoperind cu dosul mîinii restul degetelor bolnavului (fig. 113). După ce unghiile au fost tăiate, suprafața tăiată se va șlefui cu pila, pentru îndepărtarea eventualelor asperități rămase în urma tăierii. Materialul întrebuintat se strînge, se curăță, se spală, se dezinfectează și se așază la loc.

Instrumentele tăioase utilizate pentru toaleta unghiilor pot reprezenta un mijloc pentru transmiterea unor boli infecțioase, în special a hepatitei epidemice. Din acest motiv, dacă



Fig. 112. — Așezarea ligheanului pe o mușama, pe somieră.



Fig. 113. — Toaleta unghiilor.

bolnavul nu are instrumente proprii, ele vor fi dezinfectate riguros prin fierbere după fiecare bolnav, chiar dacă acest lucru este în detrimentul lor.

Baia generală. Pentru îndepărtarea murdăriei de pe suprafața pielii, bolnavul trebuie supus unei băi generale, cel puțin o dată pe săptămână, dacă afecțiunea de care suferă o permite.

Asistenta va avea grijă să aibă la dispoziție o cantitate suficientă de apă caldă. Temperatura din camera de baie va fi de 21—22°. Cada va fi dezinfectată cu praf de sodă, soluție de crezol 5% sau altă soluție dezinfectantă. Camera de baie va fi curățită. Timpul favorabil pentru baie este dimineața sau seara. În nici un caz baia nu va fi permisă cu o oră înainte de masă sau cu 2 ore după luarea mesei. Introducerea bolnavului în baie în timpul digestiei este interzisă.

Materialul necesar. Asistenta va pregăti pentru baie următoarele: săpun neutru, cearșaf de baie, 2 prosoape, 2 mănuși de baie, perii de unghii, foarfeci, pilă de unghii, grătar lângă cadă, un halat de baie și pentru femei un batic să-și lege părul.

Pe un scaun lângă cadă se va aranja în ordinea întrebuințării lenjeria de corp curată. Asistenta va avea grijă să nu facă aburi în camera de baie, de aceea întâi va da drumul la apa rece și apoi la apa caldă. Apoi va controla temperatura apei cu un termometru de baie sau introducând cotul în apă.

Când temperatura apei corespunde cerințelor se va conduce bolnavul la baie. Dacă starea sănătății sale o permite, el va fi lăsat să se îmbăieze singur. I se va atrage atenția să nu închidă ușa de la baie, pentru ca la nevoie asistenta să poată intra. Pentru respectarea simțului de pudoare al bolnavului se va așeza în fața căzii un paravan. Asistenta trebuie să fie atentă și la bolnavii care fac baie singuri și la cea mai mică suspiciune, zgomete neobișnuite va intra imediat în camera de baie, acordând ajutorul necesar. Se va cere bolnavului să nu manevreze robinetele, căci poate să se opărească cu apă fierbinte sau să dea drumul la prea multă apă rece. Trebuie să existe la îndemână bolnavului o sonerie bine izolată, prin care poate semnaliza imediat, dacă are nevoie de ceva. Dacă bolnavul prezintă tulburări subiective sau asistenta constată alterarea stării generale a bolnavului, baia se va întrerupe imediat. Este bine ca după terminarea băii, bolnavul să facă un duș la o temperatură mai scăzută decât apa din cadă, care îl înviează și-i va produce o vasoconstricție periferică. După terminarea dușului, bolnavul se acoperă cu un cearșaf de baie încălzit și se șterge repede. La nevoie se va face și toaleta unghiilor. Bolnavul se îmbracă în lenjerie curată, cu halatul cald, și se reîntoarce la patul lui, care între timp a fost schimbat. Bolnavul se învelește bine și dacă va prezenta frisoane va fi încălzit cu termofoare și hidratat cu lichide calde indiferente.

Bolnavii în stare gravă, care nu pot face baie singuri, vor fi spălați de asistentă, după cum s-a arătat.

Bolnavii care nu pot să se mențină în poziție ortostatică, vor fi dezbrăcați complet, culcați pe un cearșaf curat și săpuniți. Două asistente introduc apoi bolnavul cu ajutorul cearșafului în cadă. Cearșaful se menține în tot timpul băii pe fundul căzii, pentru ca la nevoie bolnavul să poată fi scos repede cu ajutorul lui. După ce săpunul a fost îndepărtat de pe tegumente, asistentele ridică bolnavul din cadă susținându-l de sub axile, îl înfășoară într-un cearșaf uscat și încălzit și îl culcă pe canapeaua din camera de baie sau pe o targă acoperită cu mușama și cearșaf curat. În poziție culcat, el va fi șters și îmbrăcat.

Spălarea acestor bolnavi se poate face și în poziție șezînd. Pentru acest scop se va așeza în cadă un scaunel. În acest caz, săpunirea și limpezirea se fac în cadă.

Bolnavii adinamici, cu forțe fizice mult diminuate, sînt aduși la baie de două asistente, pe un fotoliu rulant, acoperit cu un cearșaf curat. În camera de baie, bolnavul este dezbrăcat, umezit și săpunit încă în fotoliu și apoi introdus în cadă. Se vor introduce mai întii picioarele, ținînd fotoliul strîns lipit de baie, apoi se ridică bolnavul de sub axile și cu grijă se lasă să alunece în cadă. După terminarea băii se așază pe fotoliu cearșaful de baie încălzit, apoi asistentele ridică bolnavul, îl așază pe cearșaf, îl șterg, îl îmbracă cu lenjerie curată și îl transportă înapoi în salon.

Baia la duș. Baia în cadă este înlocuită din ce în ce mai mult cu dușul. Acesta este un mijloc de îmbăiere mult mai igienic, mai economic și nu epuizează organismul bolnavului într-o măsură așa de mare ca o baie în cadă.

La duș, bolnavii se spală în tot cursul băii cu apă curată. Există instalații de dușuri fixe și dușuri mobile. În funcție de gravitatea bolnavilor, dușul se va face în poziție ortostatică, șezînd sau culcat.

Tehnica. Bolnavii în stare mai ușoară se vor spăla singuri, în mod obișnuit sub dușul fix. Bolnavii în stare mai gravă vor fi spălați în poziție șezînd, cu ajutorul unui duș mobil. Bolnavii care nu pot fi expuși nici la acest efort, vor fi culcați pe un grătar de lemn și spălați cu dușul mobil. Spălarea sub duș exercită și o acțiune mecanică asupra organismului, prin presiunea jetului de apă. Forța presiunii și deci efectul ei variază în funcție de distanța la care va fi apropiată rozeta dușului mobil de suprafața corpului. Se va avea grijă să nu se acționeze cu o presiune prea mare asupra bolnavilor slabi, astenici, epuizați, ținînd dușul la o distanță mai mare.

Bolnavii adinamici care fac duș în poziție culcat se dezbracă și se așază pe grătar de lemn. Cu ajutorul dușului mobil, asistenta va proiecta apa umezind suprafața tegumentelor, dar evitînd capul bolnavului (fața, urechile și gîtul se vor spăla cu mînușa de baie după tehnica arătată la baia parțială). După aceea se săpunește suprafața corpului și se spală cu ajutorul dușului mobil.

După terminarea băii de curățenie se va continua stropirea suprafeței corpului cu apă la o temperatură mai scăzută, ca și în cazul băilor în cadă.

În afară de faptul că baia cu duș în poziție culcat este bine suportată și de bolnavii în stare gravă, aceasta, prin efectul ei mecanic, tonifică țesuturile, înviorază circulația și respirația și îmbunătățește starea generală a bolnavului.

DESERVIREA BOLNAVIILOR LA PAT

Asistenta nu trebuie să considere ca o muncă degradantă deservirea bolnavilor care nu pot părăsi patul, ci dimpotrivă lor trebuie să le acorde o atenție deosebită, deoarece de felul cum sînt îngrijiți depinde în mare măsură evoluția bolii lor.

Pentru captarea produselor defecțiilor fiziologice și patologice se utilizează plosca (bazinetul), urinarul, scupătorul, tăvița renală etc.

Plosca (bazinetul) (fig. 114). Bolnavii imobilizați la pat întrebuintează pentru actul de defecare plosca, confecționată din metal emailat, faianță, porțelan, cauciuc sau material plastic. În mod curent se utilizează cele din metal emailat, de formă ovală, prevăzute cu mîner și capac. În lipsa capacului se pot acoperi cu un șervet confecționat din material plastic, care se poate curăți ușor. Se va avea grijă de integritatea lor, cele cu smalțul dezlipit putînd leza bolnavul în timpul utilizării și fiind greu de curățit.

Plosca de cauciuc se întrebuintează la bolnavii slăbiți, la care simpla atingere a pielii produce dureri. Plosca de cauciuc este confecționată într-un mod asemănător cu colacul de cauciuc, însă la mijloc este închisă cu o placă de cauciuc impermeabilă. Înainte de întrebuintare, plosca este umflată la fel ca și colacul de cauciuc.

Plosca se utilizează pentru necesitățile bolnavilor la efectuarea toaletei organelor genitale, pentru clisme etc. Pentru ca atingerea rece a metalului sau cauciucului să nu producă o



Fig. 114. — Plosca (bazinetul)
(reprodus din „Aparate și instrumente medicale”, Editura tehnică, București, 1956).

senzație neplăcută bolnavului, înainte de a fi introdusă sub bolnav plosca va fi încălzită cu apă fierbinte.

Dacă bolnavul este internat într-un salon comun, în jurul patului se aşază un paravan.

Sub bolnav se aşază o muşama şi o aleză. Dacă bolnavul se poate ajuta singur este solicitat să se ridice puţin, iar dacă



Fig. 115. — Scaun rulant necesar pentru deplasarea bolnavilor la W.C.

nu poate, asistenta sau infirmiera îi ridică cămaşa de noapte sau îi dezbracă pijama. Introduce apoi mâna stângă cu palma în sus sub regiunea sacrată, ridică bolnavul şi în acelaşi timp cu mâna dreaptă introduce plosca sub bolnav. Bolnavul este acoperit şi menţinut aşa până termină actul defecării. După aceea i se dă hîrtie igienică şi în caz de nevoie se spală regi-

unea perianală. Îndepărtarea ploştii se face cu multă precauţie pentru a nu se răsturna şi împrăştia conţinutul ei pe lenjerie sau duşumea. Se acoperă imediat cu capacul sau şervetul pregătit şi se îndepărtează din salon.

Numeroşi bolnavi imediat ce se pot ajuta refuză plosca şi pretind să fie lăsaţi sau duşi la W.C. Pentru aceşti bolnavi se poate utiliza scaunul rulant special (fig. 115). Aşezarea bolnavilor pe acest scaun se face la fel ca şi aşezarea lor în fotolii.

Asistenta reface patul bolnavului, aeriseşte salonul, spală mîinile bolnavului şi se spală şi ea pe mîini.

Dacă materiile fecale trebuie păstrate pînă la vizita medicală se lasă plosca acoperită într-o cameră specială a grupului sanitar, avînd ataşat un bilet cu numele bolnavului, numărul salonului şi patului, şi cu ora evacuării.

Curăţirea ploştilor cade în sarcina infirmierelor sau îngrijitoarelor, dar starea lor de întreţinere trebuie să fie controlată de asistentă.

După ce plosca a fost golită se spală cu apă rece, apoi cu apă caldă. Îndepărtarea resturilor de pe pereţii vasului se face

cu ajutorul unei perii, care se întrebuiţează numai pentru acest scop. Peria se păstrează în soluţii dezinfectante : lizol 5%, cloramină 5%, clorură de var 20%, leşie etc., care se folosesc şi pentru ploscă.

Spălarea mai corectă se face cu aparate speciale cu jeturi de vapori fierbinţi, care dezinfectează şi curăţă mecanic vasele cu dejecţiile bolnavului.

Urinarele sînt recipiente confecţionate din metal sau sticlă, destinate captării urinei bolnavilor la pat. Deschizătura lor este diferită : pentru bărbaţi în formă de tub, pentru femei mai scurtă şi lătită, pentru a permite adaptarea lor la organele genitale externe. Cele mai avantajoase sînt urinarele confecţionate din sticlă, care sînt uşoare, transparente, permit urmărirea proprietăţilor fizice ale urinei şi se pot spăla uşor (fig. 116).

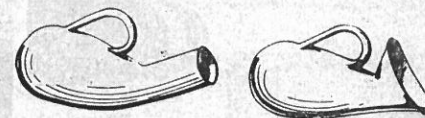


Fig. 116. — Urinare
(reprodus din „Aparate şi instrumente medicale”, Editura tehnică, Bucureşti, 1956).

Servirea urinarelor şi îndepărtarea lor se fac în mod asemănător cu ale ploştii.

Pentru bolnavii care solicită urinarul foarte frecvent şi nu se pot scula din pat se poate confecţiona un suport din sîrmă, care se fixează la marginea patului, la îndemîna bolnavului ca el să se poată servi singur (fig. 117). Urinarul va fi astupat cu un capac şi acoperit cu un şervet. Pentru transportul urinarelor se pot utiliza suporturi de metal vopsite în alb, la mijloc prevăzute cu mîner, care permite aşezarea a 6—8 urinare fără să fie atinse cu mîna (fig. 118).

Ca şi plosca, urinarul se goleşte şi se curăţă imediat după întrebuiţare. Pentru curăţirea urinarelor se poate instala la robinetul de apă un conduct în derivaţie îndreptat în sus, care permite adaptarea recipientului cu deschizătura pe jetul de apă, care ţîşnind puternic spală interiorul urinarului (fig. 119).

Urinarele curate se păstrează într-o cameră specială la un loc cu ploştile.

Scuipătorile sînt recipiente închise cu capac, confecţionate din metal emailat sau sticlă. Fiecare bolnav care expectorează trebuie să aibă scuiptătoare.

Există mai multe tipuri de scuiptători.



Fig. 117. — Suport pentru fixarea urinarului la patul bolnavului.

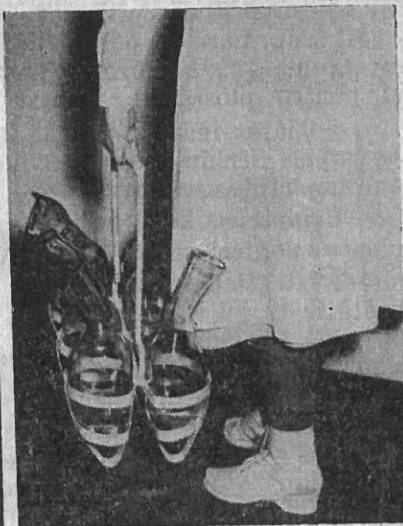


Fig. 118. — Suport pentru transportul urinarelor.

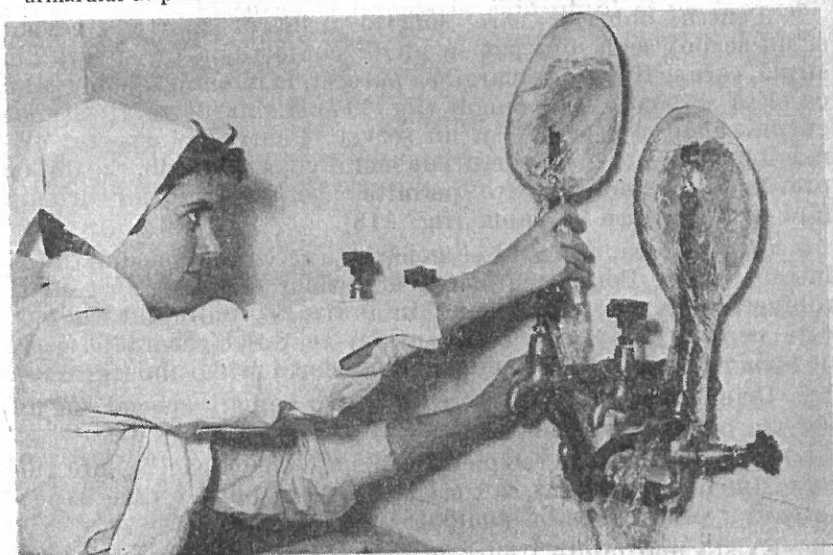


Fig. 119. — Spălarea urinarelor.

Scuipătorile de buzunar sînt confecționate în majoritatea cazurilor din sticlă sau metal și sînt prevăzute cu un capac cu care se închid ermetic. Mai des întrebuințate sînt cele din sticlă cu două orificii, unul superior și altul inferior, prevăzute fiecare cu un capac. Capacul superior se deschide ușor prin apăsarea pe un buton, iar cel inferior este fixat prin înșurubare și servește la golirea și curățirea scuipătorii. În interior există o pilnie pe care se scurge sputa în vas și în același timp împiedică vărsarea sputei în caz de răsturnare a recipientului.

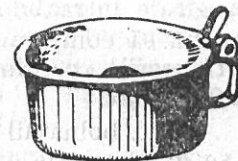


Fig. 120. — Scuipătoare (reprodus din „Aparate și instrumente medicale”, Editura tehnică, București, 1956).

Scuipătorile de mînă (fig. 120) sînt vase mici, rotunde, cu o capacitate de circa 200 ml, prevăzute cu mîner și acoperite cu capac rotund în formă de pilnie cu un orificiu la mijloc, care poate fi ușor ridicat.

Scuipătorile trebuie întreținute curat și în cazurile în care sputa nu se recoltează pentru vreo examinare bacteriologică.

Pentru ca sputa să nu adere de fundul scuipătorii se toarnă în ea o soluție dezinfectantă: lizol 3% sau fenol 2,5%, amestecate cu sodă caustică. Scuipătorile trebuie curățate în fiecare zi, iar la bolnavii cu expectorație abundentă, de mai multe ori pe zi. Se golește conținutul, se spală cu apă rece și apoi cu apă caldă și se freacă cu o perie folosită numai pentru acest scop, păstrată permanent într-o soluție dezinfectantă. După spălare se dezinfectează prin fierbere. Se recomandă ca scuipătorile de buzunar să fie fierte în fiecare zi. Dacă este nevoie de determinarea cantității eliminate, sputa va fi măsurată într-un cilindru gradat. Scuipătorile se păstrează într-un dulap închis, separat de urinare și bazinețe.

Captarea vărsăturilor. În timpul vărsăturilor bolnavii se ridică în poziție șezînd; asistenta va sta de partea stîngă a patului și va susține cu mîna dreaptă fruntea bolnavului. Bolnavului i se dă o tăviță renală curată și uscată. Pentru protejarea lenjeriei și a rufelor de pat, peste pătură se pune mușama, iar în fața bolnavului un prosop.

Dacă starea bolnavului nu permite ridicarea în poziție șezînd, el va rămîne culcat și numai capul îi va fi întors într-o parte. Sub cap se pune un prosop. Asistenta va sprijini cu o

mină fruntea bolnavului, iar cu cealaltă mină va ține tăvița renală curată și uscată lângă fața acestuia, luînd în prealabil măsuri de îndepărtare a protezelor dentare mobile din cavitătea bucală.

Dacă bolnavul prezintă vărsături după intervenții chirurgicale intraabdominale, el va fi sfătuit ca în timp ce vomiază să comprime ușor cu palma plaga operatorie. În acest fel durerile vor diminua, iar pericolul de desfacere a suturii va fi mai mic.

Cînd bolnavul s-a liniștit se îndepărtează tăvița renală și i se dă o soluție aromată să-și clătească gura. Această soluție se va arunca într-un alt vas, pentru ca produsele vomitate să se păstreze în forma lor inițială.

Se șterge gura bolnavului, se scot mușamaua, prosopul și se aerisește în salon.

Bolnavul este așezat apoi în repaus și supravegheat în continuare. La vizita medicului, asistenta va raporta frecvența, orarul, caracterul, cantitatea, conținutul vărsăturilor, precum și simptomele însoțitoare observate la bolnav.

PREVENIREA ESCARELOR DE DECUBIT

Bolnavii cu motilitatea activă păstrată își modifică destul de des poziția în pat, prin aceste schimbări punînd în contact cu suprafața patului mereu alte suprafețe ale corpului. La bolnavii în stare gravă, adinamici, inconștienți, cu paralizii, care n-au posibilitatea să-și schimbe singuri poziția în pat, sînt supuse presiunii permanente, exercitate de greutatea corpului, mereu aceleași suprafețe. La acești bolnavi, regiunile unde între tegument și suprafața osoasă nu se interpune un strat de țesut adipos sau muscular care să protejeze țesutul cutanat și subcutanat vor fi irigate într-o măsură insuficientă, ceea ce va avea ca rezultat apariția unor tulburări trofice, manifestate sub formă de escare. La început apare o zonă dure-roasă la presiune și pielea se înroșește datorită tulburării de circulație. Alimentarea țesuturilor neputîndu-se face în mod corespunzător, apar escare.

Regiunile predispuse la apariția escarelor pentru bolnavii în decubit dorsal sînt: regiunea occipitală, a omoplatului,

sacrată, deasupra olecranului și călcîiele, iar pentru bolnavii așezați în decubit lateral, regiunea deasupra crestei iliace, a trohanterului mare, partea externă și internă a genunchilor și regiunea maleolară.

Factorii favorizanți ai apariției escarelor sînt: căldura, umezeala (incontinența de urină, fecale, scurgeri vaginale, transpirații abundente etc.), neglijarea igienei tegumentelor, cearșaful mototolit, neîntins sau orice neregularitate de pe suprafața patului, edemele, pielea uscată și subțire, vîrsta înaintată a bolnavilor, starea de subnutriție.

Sînt anumite îmbolnăviri care predispun la apariția escarelor: tulburări de circulație, paralizii ale membrelor, afecțiuni ale măduvei spinării etc.

Pentru a împiedica apariția escarelor, asistenta trebuie în primul rînd să împiedice presiunea continuă pe aceleași regiuni. Aceasta se poate realiza prin schimbările frecvente de poziții ale bolnavului adinamic, în măsura în care starea generală îi permite. La bolnavii în stare gravă se poate întocmi și afișa orarul schimbării poziției, specificînd pentru fiecare perioadă de timp poziția în care trebuie sprijinit. Fixarea orarului o face medicul.

Se asigură bolnavilor un pat comod, cu lenjerie curată, cearșaf bine întins, fără cute, saltea antidecubit din burete sau pneumatică, compartimentată; sub regiunile periclitare se așază perne și colaci de protecție. Se vor îndepărta din pat cu mare atenție resturile alimentare și obiectele care ar putea produce prin comprimare tulburări locale de circulație: nasturi, medicamente, bucățele de gips etc.

Asistenta se va îngriji ca bolnavul să fie îmbrăcat în lenjerie curată, iar toaleta zilnică să fie riguros efectuată. Pentru activarea circulației se vor efectua fricțiuni, în special în regiunea spatelui, insistînd asupra părților declive.

Lenjeria de corp sau de pat umezită va fi imediat îndepărtată și înlocuită cu alta uscată și curată.

Cu ocazia toaletei zilnice, asistenta va examina tegumentele bolnavului și la apariția celui mai mic semn alarmant va anunța medicul. Ea va întreba zilnic bolnavii dacă nu au dureri în regiunile predispuse pentru formarea escarelor, chiar dacă nu se vede nici un semn obiectiv, luînd toate măsurile preventive.

Dacă cu toate îngrijirile preventive acordate s-au format escare se va anunța medicul și plaga se va îngriji după principiile tratamentelor plăgilor.

Starea tegumentelor reprezintă oglinda calității muncii profesionale de îngrijire și conștiinciozitate a asistentei. Apariția escarelor se datorește în marea majoritate a cazurilor neglijenței acelor care au sarcina de a îngriji bolnavul.

2. ALIMENTAȚIA BOLNAVULUI

PRINCIPIILE GENERALE ALE ALIMENTAȚIEI BOLNAVILOR

Una din cele mai importante probleme ale îngrijirii bolnavului este alimentația. Asigurarea aportului caloric necesar pentru susținerea forțelor fizice ale bolnavului, stabilirea regimului alimentar adecvat pentru asigurarea condițiilor de vindecare și administrarea alimentelor pe cale naturală sau artificială constituie sarcini elementare ale îngrijirii oricărui bolnav spitalizat sau tratat la domiciliu.

Alimentația bolnavului urmărește:

- Să acopere cheltuielile energetice de bază ale organismului, cele necesare creșterii (în cazul copiilor), cât și cele necesare refacerii pierderilor prin cheltuieli exagerate.

- Să favorizeze condițiile prielnice procesului de vindecare crușind organele îmbolnăvite și asigurând un aport de substanțe necesar organismului. Alimentația rațională este și un factor terapeutic important. Ea poate influența tabloul clinic al majorității bolilor, caracterul procesului patologic și ritmul evoluției acestuia.

- Să prevină o evoluție nefavorabilă în cazul unei îmbolnăviri latente, să împiedice transformarea bolilor acute în cronice, precum și apariția recidivelor.

- Să consolideze rezultatele terapeutice obținute prin alte metode de tratament.

Ținând seama de cele de mai sus, regimul dietetic al bolnavilor trebuie astfel alcătuit, încât el să satisfacă, atât necesitățile cantitative, cât și pe cele calitative ale organismului.

ASIGURAREA NECESITĂȚILOR CANTITATIVE ALE ORGANISMULUI

Aportul cantitativ al substanțelor alimentare necesare organismului este dirijat în stare normală de factori fiziologici ca: setea, foamea, obișnuința etc. În cazul bolnavilor, acești factori nu sînt totdeauna jaloane destul de sigure pentru dirijarea aportului alimentar. Într-o serie de boli, lipsa poftei de mîncare este un simptom precoce și dominant sau setea poate fi exagerată în foarte multe cazuri. Bolnavii inconștienți, comatoși, precum și cei somnolenți sînt complet lipsiți de senzațiile de sete și foame; ei nu-și pot dirija și asigura aportul necesar de alimente. De aceea, personalul care îngrijește bolnavul are un rol foarte important în alimentarea lui.

Aportul de substanțe alimentare trebuie asigurat pe baza necesităților reale de calorii. În caz că nu se asigură cantitatea necesară de alimente, organismul recurge la rezervele proprii tisulare. Necesitățile calorice ale unui bolnav adult, febril, variază între 2 500 și 3 000 de calorii; dacă organismul este supus unui regim de foame, va consuma din țesuturile sale proprii circa 1 kg în 24 de ore, ceea ce se traduce printr-o slăbire rapidă în greutate, mascată eventual printr-o retenție exagerată de apă.

Necesitățile calorice la bolnavul în repaus absolut la pat se apreciază în jurul cifrei de 25 calorii/kilocorp.

Astfel un bolnav cu greutate corporală de 60 kg va avea nevoie de 1 500 de calorii în 24 de ore. Necesitățile calorice ale copiilor sînt cu 20—30% mai mari, iar ale bătrînilor cu 10—15% mai mici. Această cantitate de substanțe alimentare acoperă cheltuielile metabolismului bazal. Necesitățile bolnavului ambulant, mai ales dacă lucrează, sînt mai mari în raport cu intensitatea efortului pe care-l depune. Astfel, același bolnav, în cazul unei munci ușoare, executate în stare șezînd, necesită 2 500—3 000 de calorii, iar în cazul unei munci grele, pînă la 5 000—6 000 de calorii.

Necesitățile calorice ale bolnavilor febrili se măresc mult în raport cu metabolismul. Distrucțiile de țesuturi produse sub influența microorganismelor ridică necesitățile calorice cu 10%—13%. Cheltuielile energetice care se mai pot adăuga, de exemplu cele rezultate din stări de neliniște și agitație, prin mișcări