



NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA  
Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Eiropas Sociālā fonda darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, bērnu (sākot no perinatālā un neonatālā perioda) aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai”, projekts Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”

## KLĪNISKAIS ALGORITMS

### Pozicionēšana pediatrikajā aprūpē

**SalvumTD**  
Aprūpe un izglītība

Profesionālās tālākizglītības un  
pilnveides izglītības iestāde „Salvum TD”

2023. gads  
Rīga

## **Autori**

Jana Žīva, vispārējās aprūpes māsa, sertificēta internās aprūpes māsas specialitātē

Ilva Aršauska, sertificēta internās aprūpes māsas un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas māsas specialitātēs

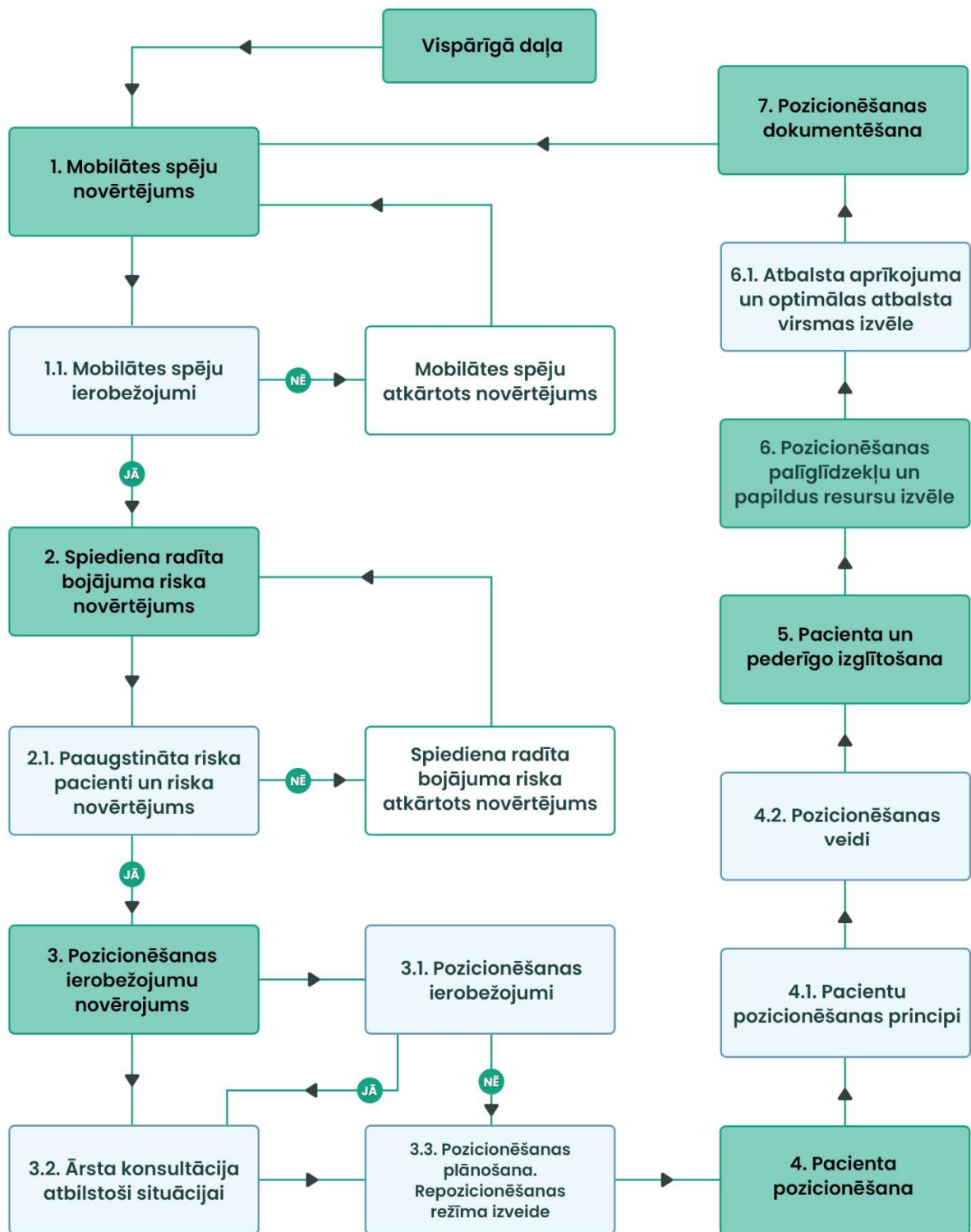
Ieva Damberga, vispārējās aprūpes māsa, sertificēta bērnu aprūpes māsas specialitātē

## **SATURS**

Klīniskā algoritma shēma .....	4
Vispārīgā daļa .....	5
Ievads .....	5
Klīniskā algoritma mērķis .....	5
Klīniskā algoritma mērķa grupa .....	6
1. Mobilitātes spēju novērtējums .....	7
1.1. Mobilitātes spēju ierobežojumi .....	7
2. Spiediena radīta bojājuma riska novērtējums .....	9
2.1. Paaugstināta riska pacienti un riska novērtējums .....	9
2.1.1. Paaugstinātu risku ietekmējošie faktori .....	9
2.1.2. Riska novērtējuma skala .....	10
2.1.3. Novērtējuma kritēriji .....	11
2.1.4. Spiediena radītu bojājumu risks .....	13
2.1.4.1. Aktivitātes un mobilitātes ierobežojumi .....	14
2.1.4.2. Ādas veselības stāvoklis .....	14
2.1.4.3. Perfūzija un oksigenācija .....	15
2.1.4.4. Uztura uzņemšana un ķermeņa barojums .....	15
2.1.4.5. Mitrums .....	17
2.1.4.6. Ķermeņa temperatūra .....	17
2.1.4.7. Vecums .....	17
2.1.4.8. Ārstnieciskās procedūras .....	18
2.1.4.9. Sensorā uztvere .....	18
2.1.4.10. Vispārējais un garīgais veselības stāvoklis .....	18
3. Pozicionēšanas ierobežojumu novērtējums .....	19
3.1. Pozicionēšanas ierobežojumi .....	19
3.2. Ārsta konsultācija atbilstoši situācijai .....	20
3.3. Pozicionēšanas plānošana. Repozicionēšanas režīma izveide .....	21
4. Pacienta pozicionēšana .....	22

4.1. Pozicionēšanas veidi .....	24
4.1.1. Pozīcija guļus uz muguras .....	24
4.1.2. Faulera pozīcija .....	25
4.1.3. Ortopniskā jeb statīva pozīcija .....	26
4.1.4. Stāvoklis guļus uz vēdera .....	27
4.1.5. Laterālā jeb guļus uz sāniem pozīcija .....	28
4.1.6. Simsa pozīcija .....	29
4.1.7. Trendelenburga pozīcija .....	30
4.1.8. Pozicionēšana ritenkrēslā .....	30
5. Pacienta un piederīgo izglītošana .....	33
6. Pozicionēšanas palīgīdzekļu un papildu resursu izvēle .....	36
6.1. Atbalsta aprīkojuma un optimālas atbalsta virsmas izvēle .....	36
6.1.1. Optimālas atbalsta virsmas izvēle .....	36
6.1.2. Atbalsta aprīkojums pacienta pozicionēšanā .....	38
7. Pozicionēšanas dokumentēšana .....	40
Izmantotās literatūras un avotu saraksts .....	41
Pielikumi .....	43
1. pielikums Izgulējuma riska novērtēšanas skala – Bradena skala .....	43
2. pielikums Izgulējuma riska novērtēšanas skala – Bradena Q skala .....	46
3. pielikums Spiediena radītu bojājumu riska izvērtējums un dokumentēšana pēc Bradena vai Bradena Q skalas – paraugs .....	48
4. pielikums Pacienta novērtēšanas “no galvas līdz papēžiem” dokumentēšanas paraugs ..	49
5. pielikums Pozicionēšanas dokumentēšanas piemērs .....	50
6. pielikums Ādas bojājumu risku izvērtēšanas dokumentēšanas piemērs .....	51

# KLĪNISKĀ ALGORITMA SHĒMA



## VISPĀRĪGĀ DAĻA

### Ievads

Pacienti veselības aprūpes iestādēs bieži pavada gultā ilgu laiku ar ierobežotām pārvietošanās spējām un izmainītu funkcionalitāti, tā rezultātā rodas funkcionēšanas traucējumi. Aprūpes procesā ir svarīgi palīdzēt pacientiem nodrošināt pēc iespējas ērtāku un drošāku ķermeņa stāvokli, īpaši domājot par pacienta pozu gultā, lai saglabātu ķermeņa funkcionalitāti ilgtermiņā.

Funkcionēšanas traucējumi ir slimības, traumas vai iedzimta defekta izraisīts fiziska vai garīga rakstura traucējums, kas ierobežo indivīda spējas strādāt, veikt pašaprūpi un apgrūtina indivīda iekļaušanos sabiedrībā. Funkcionēšanas traucējumus nosaka atbilstoši Starptautiskajai funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijai. Tā nosaka, ka funkcionēšana ir visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas, aktivitātes un dalību; līdzīgi, nespēja ir visaptverošs termins nevarības, aktivitātes un dalības ierobežojumu apzīmēšanai (Slimību profilakses un kontroles centrs [SPKC], 2003).

Jāpiebilst, ka diviem pacientiem ar līdzīgu saslimšanu var būt atšķirīgi funkcionēšanas līmeņi un arī pacientiem ar vienādu funkcionēšanas līmeni var nebūt vienāds veselības stāvoklis. Balstoties uz funkcionēšanas līmeņu novērtēšanu un iegūto rezultātu pielietošanu praksē, var iegūt kvalitatīvus datus par pacientu aprūpes mērķiem un nepieciešamajām intervencēm to sasniegšanā (SPKC, 2003).

Lai praksē veiksmīgi varētu izmantot pacienta pozicionēšanu kā aprūpes pamatu pacientiem ar dažādu kustību ierobežojumiem, kas rada spiediena radītu ādas bojājumu risku, ir nepieciešamas pamata zināšanas par ādas veseluma izvērtēšanu, riska faktoriem, kas var radīt bojājumus, un pozicionēšanas pamatprincipiem. Kvalitatīvas aprūpes īstenošanai ir nepieciešama izpratne par dažādiem pacientu pozicionēšanas veidiem, to vizualizāciju, saglabāšanas laiku un iespējamo ietekmi uz veselību kopumā.

Klīniskais algoritms atspoguļo pediatriskā pacienta pozicionēšanas pamatprincipus, kas ir nozīmīgs pacienta aprūpes aspekts, lai saglabātu ādas veselumu, mazinātu spiediena radītu bojājuma veidošanās riskus un palīdzētu justies komfortabli dažādu kustību ierobežojumu gadījumos pacientiem no dzimšanas līdz 18 gadu vecumam, ietverot arī tos pediatriskos pacientus, kuru veselības traucējumi ir saistīti ar prioritārajām veselības jomām (sirds un asinsvadu slimības, onkoloģiskās slimības un psihiskā veselība).

### Klīniskā algoritma mērķis

Veidot strukturētus norādījumus pediatriskā pacienta pozicionēšanas plānošanai, veikšanai un dokumentēšanai, kā arī pacienta un viņa piederīgo izglītošanai, pamatojoties uz pacienta mobilitātes spēju, spiediena radīta bojājuma riska un pacienta pozicionēšanas ierobežojumu novērtējumu.

## **Klīniskā algoritma mērķa grupa**

Vispārējās aprūpes māsas, praktizējošas primārā, sekundārā un terciārā veselības aprūpes līmenī, kas strādā ar pacientu grupu vecumā līdz 18 gadiem.

## 1. MOBILITĀTES SPĒJU NOVĒRTĒJUMS

Pediatricā mobilitātes spēju novērtējums ir cieši saistīts ar bērna fizisko attīstību dažādos vecuma posmos, tomēr bērnu un jauniešu funkcionēšanas novērtējums dažādos vecuma posmos un funkcionēšanas jomās ir grūts uzdevums, ir svarīgi pārzināt bērnu fizioloģisko attīstību, kā arī ņemt vērā iespējamās attīstības traucējumus. Laiks, kad bērniem un jauniešiem attīstās dažādas ķermeņa funkcijas, struktūras un aktivitātes, var būt atšķirīgs, un tas saistīts ar individuālām augšanas un attīstības atšķirībām (Ausekle, 2020).

Fiziskās attīstības novērtējums attiecas uz bērna spējām īstenot aktivitātes, izmantojot savu motoriku, iekļaujot pašaprūpes spējas (Sociālās iekļaušanas politikas departaments, 2019).

Profilaksei nepieciešams pastāvīgs riska novērtējums, nejausu faktoru apsvēršana, profilakses stratēģiju īstenošana un piemērotas atbalsta virsmu izmantošana. Ja novērtējumā tiek konstatēts, ka pacients ir pakļauts spiediena traumas riskam, nekavējoties jāveic intervence. RCH (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2022) izmantotais spiediena traumu riska novērtēšanas rīks ir modificēts *Glamorgan* spiediena traumu riska novērtēšanas rīks, kas ietver pacienta mobilitātes novērtējumu, lai identificētu riskam pakļautos bērnus un palielinātu izpratni par iespējamām ar spiedienu saistītām traumām.

1. tabula

**Bērna mobilitātes novērtējums**  
(Pielāgots no *Glamorgan* riska novērtējuma skalas, Apvienotā Karaliste)

Mobilitāte	Bērnu nevar pārvietot bez lielām grūtībām vai stāvokļa pasliktināšanās/ vispārējās anestēzijas līdzekļa	20
	Nevar mainīt savu stāvokli bez palīdzības/nevar kontrolēt ķermeņa kustības	15
	Zināma mobilitāte, bet vecuma dēļ samazināta	10
	Vecumam atbilstoša mobilitāte	0
Aprīkojums	Iekārtas/priekšmeta/cietas virsmas izraisīts spiediens uz ādu vai berze	15

Bērna mobilitātes un aprīkojuma ietekmes novērtējums atbilstošajā kategorijā norāda uz iespējamu spiediena radīta bojājuma risku (*skat. 1. tabula*) (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2022).

### 1.1. Mobilitātes spēju ierobežojumi

Mobilitāte ir spēja spontāni un neatkarīgi pārvietoties apkārtējā vidē un veikt mērķtiecīgas darbības, piemēram, pašaprūpi. Funkcionālā mobilitāte ir spēja pārvietoties no vienas pozīcijas telpā uz citu, un tā ietver mobilitāti gultā, pārsēšanos, pārvietošanos, mobilitāti ritenkrēslā (Mauk, 2012).

Pacientiem, kuriem pēc novērtēšanas nekonstatē ierobežotas mobilitātes spējas, ir jāveic atkārtota mobilitātes spēju novērtēšana pēc vajadzības vai kā to nosaka aprūpes iestādes iekšējās regulas (Frontera et.al., 2019).

Mobilitātes spēju ierobežojumi pediatrijā var būt saistīti ar pacienta vecumu un viņa fizisko spēju attīstību vai pacienta veselības stāvokli (Frontera et.al., 2019).

Mobilitātes traucējumus bieži izraisa paralīze, parēze, stāvoklis pēc operācijas vai citi esošie veselības stāvokļi, kas t.sk. izraisa paaugstinātu spiediena radīta bojājuma attīstības risku, īpaši stacionāra apstākļos. Motoriska paralīze tieši ietekmē indivīda spēju neapzināti reaģēt uz potenciāli kaitīgiem stimuliem, piemēram, svara pārnesanu sēžot vai grozīšanos gultā miega laikā. Samazināta mobilitāte būtiski maina arī indivīda spēju apzināti mainīt pozu, kas nepieciešams, lai mazinātu ilgstošu spiedienu, sākot no svara maiņas sēžot un beidzot ar staigāšanu. Mobilitātes zudumu vai ierobežojumu var vēl vairāk sarežģīt jušanas traucējumi, kas izraisa normālu vides stimulu, piemēram, sāpju vai temperatūras, izmainītu uztveri. Pacientiem ar traucētu jutību un/vai propriocepciju ir paaugstināts spiediena radītu bojājumu attīstības risks, jo indivīds nevar sajūst brīdinājuma signālus, kas parasti vērojami pirms audu bojājuma (Frontera et.al., 2019).

Mobilitātes spēju ierobežojums būtiski ietekmē visas ķermeņa orgānu sistēmas un var izraisīt muskuļu atrofiju, kontraktūras, ortostatisko hipertensiju, dziļo vēnu trombozi, pneimoniju, atelektāzi, dehidratāciju, aizcietējumus, urīnceļu infekciju, jušanas mazināšanos, dezorientāciju, depresiju un ādas bojājumu (Mauk, 2012).



## **2. SPIEDIENA RADĪTA BOJĀJUMA RISKĀ NOVĒRTĒJUMS**

Spiediena radīti bojājumi ir bieži sastopama veselības aprūpes problēma visā pasaulē. Tie ir sāpīgi, bieži rada komplikācijas un ir dārgi izmaksu ziņā. Visā pasaulē spiediena radītu bojājumu izplatība veselības aprūpes iestādēs svārstās no 0% līdz 72,5%, tomēr vērojamas samērā lielas atšķirības gan ģeogrāfiski, gan dažādu aprūpes iestāžu un līmeņu starpā. Akūto palīdzību sniedošās veselības aprūpes iestādēs spiediena radītu bojājumu izplatība sastopama 11,6% - 14,8%. Spiediena traumas izplatības rādītāji bērnu vidū, par kuriem ziņots kopš 2000. gada, svārstās no 0,47% līdz pat 75%. Augstākā izplatība ziņota jaundzimušajiem un bērniem ar hroniskām slimībām. (European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance [EPUAP, NPIAP, PPPIA], 2019).

Lai klīniskajā praksē identificētu pacientus, kuriem varētu veidoties spiediena izraisīti bojājumi, ļoti svarīgs ir spiediena radītu bojājumu riska izvērtējums. Riska novērtējumā jāiekļauj gan modificējami, gan nemodificējami riska faktori [EPUAP, NPIAP, PPPIA], 2019).

### **2.1. Paaugstināta riska pacienti un riska novērtējums**

1. Pacienti paliatīvā aprūpē;
2. Pacienti ar muguras smadzeņu traumām;
3. Jaundzimušie un bērni;
4. Pacienti, kuru veselības stāvoklis ir kritisks un ārstēšanās norit intensīvās terapijas vai paliatīvās aprūpes nodaļās;
5. Pacienti ar akūtām saslimšanām, kas ārstējas intensīvās aprūpes nodaļās;
6. Pacienti ar gūžas kaula lūzumu;
7. Pacienti ar muguras smadzeņu traumām;
8. Pacienti ar hroniskām neiroloģiskām saslimšanām;
9. Pacienti ar cukura diabētu;
10. Pacienti, kuri atrodas ilgstošā mājas aprūpē vai sociālās aprūpes iestādē;
11. Pacienti ar traumatiskiem bojājumiem;
12. Pacienti, kuri ilgstoši atrodas vienā pozā ķirurģiskas operācijas laikā (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

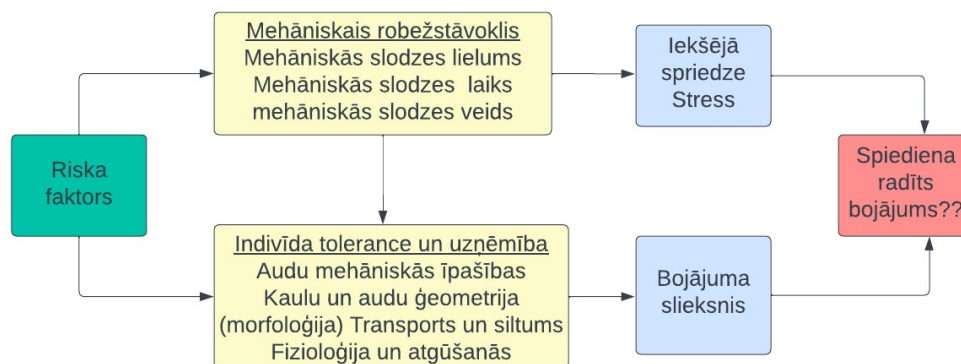
Pacientiem, kuri neietilpst spiediena radītu bojājumu riska grupā vai arī kuriem pēc novērtēšanas nav konstatēts spiediena radīta bojājuma risks, ir jāveic atkārtota novērtēšana pēc vajadzības vai kā to nosaka aprūpes iestādes iekšējās regulas (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **2.1.1. Paaugstinātu risku ietekmējošie faktori**

Pacientiem, kuriem ir augsts spiediena radītu bojājumu risks, ir šādi risku veicinoši faktori:

1. Pakļauti mehāniskiem robežnosacījumiem (mehāniskās slodzes veids, apjoms, laiks un ilgums);

2. Individuāla jutība un tolerance (mehāniskās īpašības, ģeometrija, fizioloģija un atjaunošanās, kā arī ādas un audu vielu apmaiņa un termiskās īpašības) (skat. 1. attēlu).



1. attēls. Faktori, kas ietekmē indivīda uzņēmību pret spiediena radītiem bojājumiem/ievainojumiem pielāgots no EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Klīniskās prakses uzdevums ir identificēt tās pacientu grupas, kurām piemīt visas īpašības, kas liecina, ka varētu attīstīties spiediena radīts bojājums. Spiediena radītu bojājumu etioloģijā ietilpst gan individuālie riska faktori, kas saistīti ar paša cilvēka organismu, gan arī organizatoriskie faktori, kas saistīti ar apkārtējo vidi un tajā esošām situācijām. Dažādu faktoru ietekmes uz riska grupām pētīšanu un aprakstīšanu dēvē arī par daudzfaktoru modelēšanu; tā ļauj precīzi noteikt konkrētus riska faktorus noteiktām pacientu grupām. Tas palīdz izstrādāt arī pacienta pārvietošanas un pozicionēšanas pamatprincipus. Spiediena radītu bojājumu riska izvērtēšanai ir svarīgas divas galvenās konceptuālās sastāvdaļas – mehāniskie robežnosacījumi un indivīda tolerance un uzņēmība (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

### 2.1.2. Riska novērtējuma skala

Bērniem no 3 nedēļu vecuma līdz 8 gadiem spiediena radītu bojājumu riska novērtējumam var lietot Bradena Q skalu (skat. 1. pielikumu), kas ietver 7 apakšpunktus:

1. Mobilitāte, kustīgums – spēja mainīt un kontrolēt sava ķermeņa stāvokli;
2. Pacienta aktivitāte – fiziskās aktivitātes apjoms;
3. Sensorā funkcija (jušana) – spēja atbilstoši atbildēt uz spiediena radītu diskomfortu;
4. Ādas mitruma raksturojums;
5. Uztura uzņemšana;
6. Pakļautība berzes un bīdes iedarbībai;
7. Audu perfūzija un oksigenācija.

Pacientiem no 8 gadu vecuma spiediena radītu bojājumu riska novērtējumam var lietot Bradena skalu (*skat. 2. pielikumu*), kas ietver sešus apakšpunktus:

1. Jušana;
2. Ādas mitrums;
3. Pacienta aktivitāte;
4. Pacienta mobilitāte;
5. Uzturs;
6. Bīde un berze.

### **2.1.3. Novērtējuma kritēriji**

Pēc Bradena Q skalas novērtē katru no 7 apakšpunktiem, atlasot katras kategorijas aprakstu, kas vislabāk raksturo pacienta pašreizējo stāvokli. Katrs no 7 apakšpunktiem tiek vērtēts no 1 līdz 4. Aprēķina kopējo punktu skaitu. Jo mazāks kopējais punktu skaits, jo lielāks spiediena radīta ādas bojājuma risks (British Columbia Provincial Nursing Skin and Wound Committee, 2014).

Katru apakšpunktu novērtējot 4 līmeņos, iegūst kopējo punktu skaitu un, balstoties uz Bradena Q skalu, pacientus pēc novērtējuma iedala 3 riska grupās – augsta riska grupa (līdz 16 punktiem), vidēja riska grupa (17–21 punkti), zema riska grupa (22–28 punkti) (Oxford Health NHS, 2017).

Pēc Bradena skalas minimālais iespējamais novērtējums ir 6 balles, maksimālais – 23. Jo zemāks novērtējums, jo lielāks risks attīstīties spiediena radītiem bojājumiem. Saskaņā ar zināmajiem datiem, 18 balles uzskatāmas par sliekšni augstam spiediena radītu bojājumu attīstības riskam (15–18 balles – spiediena radītu bojājumu attīstības riska grupa; 13–14 balles – vidēji augsta riska grupa; 10–12 balles – augsta riska grupa; 6–9 balles – ļoti augsta riska grupa). Bradena skala ir validēta, ar augstu ticamību un specifiskumu (Nacionālais veselības dienests, 2010).

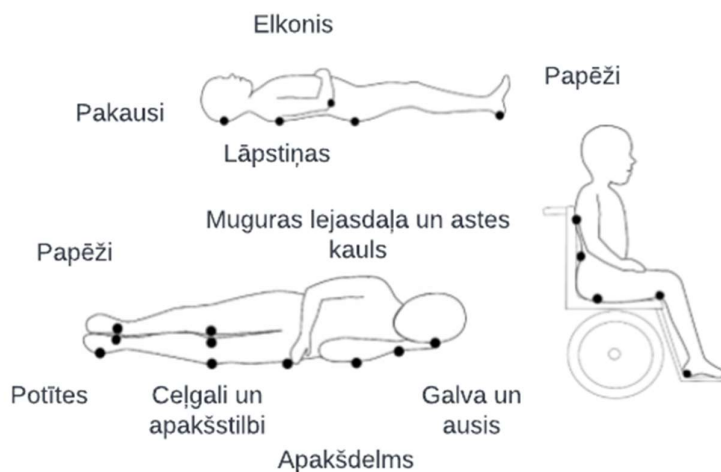
Spiediena radītu bojājumu attīstības risks ir jāizvērtē katram pacientam 6 stundu laikā pēc uzņemšanas stacionārā ārstniecības iestādē vai citā veselības aprūpes iestādē. Bradena skalas lietošana pacienta novērtēšanā nevar aizstāt vispusēju pacienta novērtēšanu ar tai sekojošām aprūpes darbībām, tāpēc riska novērtējuma skala lietojama tikai kā papildu līdzeklis vispusējai klīniskai izmeklēšanai un riska faktoru novērtēšanai (Nacionālais veselības dienests, 2010).

Mainoties pacienta vispārējam veselības stāvoklim, riska novērtējums jāatkārto vienu reizi diennaktī (Nacionālais veselības dienests, 2010).

Spiediena radīta bojājuma riska un ādas novērtējuma dokumentēšanas lapa tiek izmantota (*skat. 3. pielikumu*), lai dokumentētu pacienta risku saslimt ar ādas traumām un iegūt spiediena radītu bojājumu, kā arī noteikt iespējamo rīcību tā novēršanā. Kopējie Bradena vai Bradena Q skalas rādītāji atspoguļo spiediena radīta bojājuma rašanās riska līmeni (Nacionālais veselības dienests, 2010).

Bradena vai Bradena Q skalas kopējais iegūtais rezultāts palīdz noteikt profilaktisko

pasākumu kopumu un iespējamību un arī to, ka var izveidoties spiediena radīts bojājums. Bradena vai Bradena Q skala ir jāizmanto kopā ar ādas novērtējumu “no galvas līdz kājām”, īpaši pievēršot uzmanību kaulu izvirzījumiem – riska zonām (*skat. 2.attēlu*), tādējādi iegūstot informāciju pozicionēšanas un aprūpes plāna izstrādei, lai izvairītos no spiediena radītiem bojājumiem un/vai nodrošinātu ārstēšanas procesu (Nacionālais veselības dienests, 2010).



**2. attēls. Ādas novērtējums pozicionēšanai – spiediena radīta bojājuma riska zonas**  
(Children's Minnesota, 2022)

Ar Bradena vai Bradena Q skalā norādīto vērtēšanas parametru palīdzību var noteikt konkrētas pacienta problēmas vai trūkumus, kuriem nepieciešams turpmāks novērtējums un specifiskas profilaktiskas intervences spiediena traumu gadījumā (British Columbia Provincial Interprofessional Skin & Wound Committee, 2018).

Bradena un Bradena Q skala ir dokuments, kurā atzīmē pacienta esošās izmaiņas spiediena radīta bojājuma riska noteikšanai pēc noteiktas shēmas un apraksta tās. Skalas un to uzbūve aplūkojamas pielikumā (*skat. 1. un 2. pielikumu*) (British Columbia Provincial Intraprofessional Skin&Wound Comitee, 2018).

Ādas bojājuma riska dokumentēšana notiek saskaņā ar veselības aprūpes iestādes iekšējo politiku un procesu organizāciju, balstoties uz pierādījumos balstītas labas prakses principiem. Dokumentācijas procesam saistībā ar spiediena radītu bojājuma risku ir divas daļas. Viena daļa ir riska novērtējuma skala, kas ietverta pacienta aprūpes dokumentācijā (*skat. 3. pielikumu*), to aizpilda katras 24 stundas. Otra daļa (*skat. 4. pielikumu*) aptver pacienta novērtējumu kopumā “no galvas līdz papēžiem”. Dokumentācija var būt papīra vai elektroniskas formā (British Columbia Provincial Intraprofessional Skin&Wound Comitee, 2018).

**Novērtēšanu un iegūto datu dokumentāciju veic:**

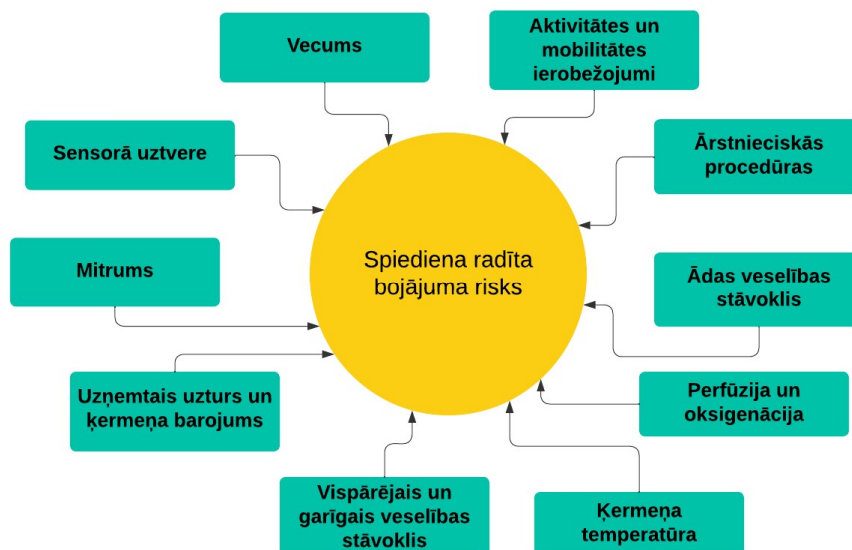
1. Stacionārā uzņemšanas nodaļā, pirms pacienta uzņemšanas kādā no stacionāra nodaļām;

2. Intensīvās aprūpes nodaļā kopējās izvērtēšanas procesa ietvaros pirmo 8 stundu laikā;
3. Operāciju zālē, pirms ķirurģiskas ārstēšanas uzsākšanas;
4. Subakūtās un Rehabilitācijas nodaļās uzņemšanas procesa ietvaros pirmo 8 stundu laikā;
5. Akūtās aprūpes nodaļās stacionārā pirmreizējās pacienta novērtēšanas ietvaros pirmo 6 stundu laikā pēc uzņemšanas nodaļā;
6. Mājas aprūpē pirmo divu vizīšu laikā;
7. Sociālās aprūpes iestādē pirmo 6 stundu laikā (British Columbia Provincial Intraprofessional Skin&Wound Comitee, 2018).

Ja ir noteiktas problēmas ar ādu un/vai brūcēm, tās dokumentē brūču novērtēšanas un aprūpes lapā. Pacienta aprūpes dokumentācijā ir jānorāda izmantotā skala (Bradena vai Bradena Q), iegūtais skalas punktu skaits un spiediena radītu bojājumu riska līmenis (British Columbia Provincial Intraprofessional Skin&Wound Comitee, 2018).

#### 2.1.4. Spiediena radītu bojājumu risks

Lai identificētu pacientus, kuriem varētu veidoties spiediena radīti bojājumi un īstenotu pasākumus to novēršanai, spiediena radītu bojājumu riska novērtējums ir viens no klīniskās prakses stūrakmeņiem. Tā īstenošanai ir nepieciešams apzināt faktorus, kas veicina spiediena radītu bojājumu riska attīstību. Vairāku faktoru izvērtējums un kopainas iegūšana tiek dēvēta par daudzfaktoru moduļa izmantošanu riska novērtēšanai (*skat. 3. attēlu*) (EPUAP, NPIAP, PPIA, 2019).



3. attēls. Spiediena radītu bojājumu risku veicinošie faktori – daudzfaktoru modelēšana (pielāgots no Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline, 2019)

#### **2.1.4.1. Aktivitātes un mobilitātes ierobežojumi**

Virknē pētījumu, kuros analizēti riska faktori, ir aprakstīti dažādi veselības traucējumi, kas saistīti ar ķermeņa daļu vai visa ķermeņa nekustīgumu. Vadlīnijās par spiediena radītu bojājuma riska faktoru pētījumu datu analīzēs (38 no 50 pētījumiem) ir minēts, ka vismaz viens aktivitātes vai mobilitātes ierobežojums ir nozīmīgs faktors spiediena radītu bojājuma attīstībai (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Aktivitāte un mobilitāte ir specifiskas ķermeņa funkcionēšanas sastāvdaļas. Aktivitāte ir indivīda fizisko uzdevumu vai darbību izpilde, traucēta aktivitāte norāda uz ķermeņa funkciju vai struktūras problēmām, kas izraisa indivīda darbības veida vai darbības biežuma samazināšanos. Mobilitāte attiecas uz indivīda spēju mainīt un kontrolēt ķermeņa stāvokli. Mobilitātes traucējumi tiek raksturoti ar kustības veida un biežuma samazināšanos un ierobežojumiem veikt kustības. Mobilitāte ir spēja pārvietoties, tostarp pārvietoties gultā un krēslā un spēja saglabāt noteiktas ķermeņa pozīcijas (piemēram, 30° pozīcija guļus uz sāniem). Ja nav mobilitātes un aktivitātes ierobežojumu, citi riska faktori paši par sevi nevar izraisīt spiediena radītu bojājumu.

#### **Aktivitātes un mobilitātes ierobežojumus veicina un ietekmē:**

1. Vispārējās ikdienas dzīves aktivitātes (IDzA);
2. Ar aktivitāti/mobilitāti saistītās ikdienas dzīves aktivitātes;
3. Operācijas ilgums;
4. Ekstremitāšu lūzums;
5. Muguras smadzeņu bojājumi.

Mobilitātes un aktivitātes ierobežojumi tieši ietekmē un palielina indivīda pakļaušanu spiedienam, bīdei un no tā izrietošajiem berzes spēkiem (Chiari et al., 2017).

#### **2.1.4.2. Ādas veselības stāvoklis**

Ādas novērtējums ir galvenais faktors, lai novērstu, klasificētu/diagnosticētu un ārstētu spiediena radītus bojājumus. Visiem pacientiem stacionārā ir jāveic ādas novērtējums, lai noteiktu tās vispārējo stāvokli un faktorus, kas veicina spiediena radītu bojājumu attīstības risku. Pacienta ādas stāvoklis ir vissvarīgākais agrīnais rādītājs, kas norāda uz ādas reakciju uz spiedienu un pastāvīga spiediena ievainojumu risku (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2022).

Ādas veselības stāvokļa novērtējumā veic vispārīgu vizuālu ādas pārbaudi, tostarp visas ādas virsmas analīzi, lai novērtētu tās integritāti un noteiktu visas pazīmes, kas liecina par spiediena radītiem bojājumiem, pārbauda ādu zem pārsējiem, protēzēm un ierīcēm, ja tas ir klīniski iespējams, un pārbauda, vai nav lokāla karstuma, ādas bojājumu, tūskas, apsārtuma vietas un brūces sacietējumu (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2022).

Novērtējot katra pacienta ādas veselumu, tās stāvokli, ir jāņem vērā jebkura potenciālā spiediena radītu iespējamo ietekmi un spiediena radītu bojājumu iespējamo attīstību. Tāpat svarīgs

aspekts ādas izvērtējumā ir iepriekš pārciesti ādas bojājumi, kā rezultātā mainījies ādas veselums un tās reakcija uz iespējamu traumēšanos. Veicot ādas veseluma izvērtējumu, novērtē ne tikai atsevišķus spiedienu punktus, bet visu ādu kopumā “no galvas līdz papēžiem”. Vērtējot spiediena radīto ietekmi uz ādu, noteikti ir jāvērtē sāpju esamība noteiktos ķermeņa punktos. Analizējot dažādus literatūras avotus un klīniskās vadlīnijas saistībā ar spiediena radītām traumām, ir aprakstīti vairāki ādas veseluma izmaiņu kritēriji, kas norāda, ka pastāv risks veidoties spiediena radītam ādas bojājumam:

1. Esoši pirmās un otrās pakāpes spiediena radīti ādas bojājumi atsevišķās ķermeņa vietās
2. Ādas sāpes
3. Pastiprināts jūtīgums uz ādas
4. Dažādi ādas plankumi un izteikti sausa āda
5. Apsārtusi āda
6. Ādas un gļotādu pārmērīgs mitrums u.c. (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **2.1.4.3. Perfūzija un oksigenācija**

Audu perfūzijas un oksigenācijas izmaiņas var radīt augstu spiediena radītu bojājumu attīstības risku, jo traucēta audu apgāde ar skābekli un vielmaiņas galaproduktu slikta izvide maina audu fizioloģisko veselumu. Pacienti ar cukura diabētu, perifērām neiropatijām cieš no traucētas audu perfūzijas, kas rada augstu spiediena radītu bojājumu attīstības risku. Izvērtējot riska faktorus, noteikti jāpievērš uzmanība maņu uztveres deficītam, cerebrovaskulārām traumām, asinsvadu slimībām, tostarp perifēro asinsvadu un elpošanas ceļu slimībām. Novērtējumā jāiekļauj dažādi mērījumi, piemēram, pulsa spiediens, arteriālais asinsspiediens, cirkulācijas izvērtējums uz kaulu izvirzījumiem – papēžiem, elkoņiem, potītēm -, kā arī tūsku izvērtējums, kas rada intersiciālas (iekšējo audu) spiediena izmaiņas. Asinsrites slimību klātbūtne ietekmē ādas jūtīgumu un toleranci, savukārt neiropatijas veicina nelabvēlīgu mehānisko robežapstākļu iedarbību (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Riska izvērtējumā praktiski vienmēr jāņem vērā vairāki aspekti vienlaikus. Novērtējot risku, kas saistīts ar faktoriem, kas ietekmē centrālo un perifēro cirkulāciju, ir jāveic klīniskais vērtējums (cerebrovaskulāras slimības, hroniski izmainīts asinsspiediens, perifēro asinsvadu, artēriju slimības u.c.) Ja ir slikta audu perfūzija, tad ir vērojama paaugstināta audu jutība pret spiediena kaitīgo ietekmi. Īpaša uzmanība jāpievērš kritiski slimiem pacientiem, jaundzimušajiem un maziem bērniem (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **2.1.4.4. Uztura uzņemšana un ķermeņa barojums**

Uztura deficīts un aptaukošanās ir būtiska daudzfaktoru modeļa izvērtējuma daļa, kas ietver dažādus aprakstošus rīkus un skalas, kuru pamatā ir tādi mērījumi kā ķermeņa svars, ķermeņa masas indekss, uztura uzņemšanas paradumu novērtēšana, ķermeņa barojuma izvērtējuma skalas un citi.

Uztura deficīts ietekmē ādas jūtīgumu un toleranci, audu morfoloģiju, fizioloģiju un atjaunošanos, vielu transporta un termoregulācijas īpašības. Pacienti ar pārmērīgu ķermeņa svaru vai ķermeņa masas indeksu ir pakļauti mehāniskiem robežapstākļiem, kas rada augstu audu bojājuma risku (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Jaundzimušie un bērni ir pakļauti lielākam uztura deficīta riskam, jo viņiem ir palielināta nepieciešamība pēc uztura uz svara vienību, lai nodrošinātu augšanas vajadzības. Turklāt bērniem, kuriem ir spiediena traumas vai ir risks gūt spiediena radītu bojājumu, lielākoties ir citas smagas akūtas vai hroniskas blakus slimības, kas var ietekmēt gan uztura vajadzības, gan spēju apmierināt šīs vajadzības (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Aptaukošanās izplatība pēdējo gadu desmitu laikā ir dramatiski palielinājusies. Pašlaik 65% pasaules iedzīvotāju, kuri cieš no liekā svara vai aptaukošanās, ir lielāka mirstība nekā to iedzīvotāju vidū, kuriem ir nepietiekams svars. Pēc Pasaules Veselības organizācijas (PVO) datiem 2020. gadā 39 miljoniem bērnu, kas jaunāki par 5 gadiem, novēroja lieko svaru vai aptaukošanos. 2016. gadā vairāk nekā 340 miljoniem bērnu un pusaudžu vecumā no 5 līdz 19 gadiem konstatēja lieko svaru vai aptaukošanos (WHO, 2021).

Ķermeņa masas indekss (ĶMI) ir definēts kā ķermeņa svars kilogramos, dalīts ar augumu metros kvadrātā. ĶMI izmanto, lai klasificētu aptaukošanos, un tas ir ieteicams kā skrīninga līdzeklis bērniem no 2 gadu vecuma un pusaudžiem, lai identificētu tos, kuriem ir liekais svars vai kuri ir pakļauti liekā svara riskam (Čirko, Kalniņa, 2019).

PVO lieko svaru un aptaukošanos definē kā patoloģisku parādību. Pārmērīga tauku uzkrāšanās var pasliktināt veselību. Klīniskajā vidē aptaukošanos nosaka pēc ķermeņa masas indeksa, ķermeņa sastāva novērtējuma vai saskaņā ar citu apstiprinātu pieeju. Izmantojot ķermeņa masas indeksu, lai noteiktu aptaukošanos, **PVO ir noteikusi trīs liekā svara smaguma pakāpes:**

1. Aptaukošanās I: ĶMI no 30,0 līdz 34,9 kg/m<sup>2</sup>.
2. Aptaukošanās II: ĶMI no 35,0 līdz 39,9 kg/m<sup>2</sup>.
3. Aptaukošanās III: ĶMI  $\geq$  40,0 kg/m<sup>2</sup> (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Pacienta ar aptaukošanos aprūpe ir izaicinājums gan pašam pacientam, gan aprūpētājiem. Šiem pacientiem ir īpašas veselības aprūpes prasības, kas atšķiras no pacientiem ar normālu ķermeņa masu. Izaicinājumus ietekmē pacienta izmainītā orgānu sistēma, mobilitātes spējas, ķermeņa forma, svars un citas ar veselību saistītas blakus slimības. Papildu izaicinājumi rodas, ja aprūpētājiem ir ierobežota aprīkojuma pieejamība vai trūkums, piemēram, ķermeņa tipam raksturīga gulta, atbalsta virsmas un mobilitātes ierīces. Aprīkojuma trūkums vai ierobežotā pieejamība, strādājot ar personām ar aptaukošanos, rada grūtības aprūpēt esošos spiediena radītos bojājumus un novērst turpmāku ādas bojājumu attīstību, respektīvi, mazināt risku. Turklāt aprūpētājiem, izvēloties aprīkojumu darbam ar šādiem pacientiem, jāņem vērā arodslimību risks (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).



Bīde un berze bieži palielinās, jo pacients ar aptaukošanos savās kustībās tiecas vilkt papēžus un krustus, pārvietojoties gultā vai izkāpjot no gultas. Palielināts spiediens uz zarnām un urīnpūsli no vēdera svāra palielina stresa nesaturēšanas un svīšanas risku, kas savukārt palielina ādas macerācijas risku. Aptaukošanās var apdraudēt arī elpošanu traucētu diafragmas kustību dēļ, tā rezultātā veidojas audu perfūzijas traucējumi. Riska mazināšanai būtiskas ir atbalsta virsmas un papildu resursi (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **2.1.4.5. Mitrums**

Kopumā 54 % no veiktajiem pētījumiem, kuros pētīta ādas mitruma veicinošu ietekmi uz spiediena radīta bojājuma attīstību, tika iegūts augsts pierādījumu līmenis. Tomēr literatūrā ir sastopami arī pretrunīgāki dati, kuru skaidrojums varētu būt saistīts ar dažādo pētījuma dalībnieku loku, metodoloģijas atšķirībām un modelēšanā iekļauto mainīgo lielumu klāstu (tas ir, urīna nesaturēšana, fekāliju nesaturēšana, dubultā nesaturēšana, cita nesaturēšana, urīnpūšļa katetrs, ādas mitruma un mitruma mērīšanas apakšskalas) (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Literatūrā ir parādīta mērena statistiskā saistība starp pārmērīgu ādas mitrumu un jaunu spiediena traumu veidošanos. Ir arī iespējams, ka mitruma klātesamības gadījumā problēmas izraisa ne tikai pats mitrums, bet arī ādu kairinošā komponente. Runājot par pamatā esošo konceptuālo ietvaru (*skat. 3. attēlu*), mitruma klātbūtne var ietekmēt gan mehānisko robežstāvokli (slodzes veidu), gan ādas jutīgumu un toleranci (audu mehāniskās īpašības) (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **2.1.4.6. Ķermeņa temperatūra**

Paaugstināta ķermeņa temperatūra (38,5 °C un vairāk) var būt nozīmīgs faktors daudzfaktoru modulēšanā. 54% pētījumu norāda šo faktoru kā nozīmīgu, bet ne atsevišķu ietekmi. Paaugstināta ķermeņa temperatūra var izmainīt ādas veselumu, mazināt ādas izturību pret slodzi, fizioloģiskās norises un organisma atjaunošanās spējas. Pastiprinātas svīšanas gadījumā veidojas palielināts mitrums uz ādas, kas kopā ar mehāniskajiem spēkiem var radīt spiediena radītu bojājumu risku (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **2.1.4.7. Vecums**

Vecums pats par sevi nav riska faktors, bet jaundzimušajiem un bērniem pastāv spiediena radītu bojājumu risks, jo tiem ir salīdzinoši lielāks galvas ādas virsmas laukums, jo ir lielāks galvas apkārtmērs, un tas paaugstina pakauša spiediena traumas risku. Jaundzimušo ādai parasti ir arī labi attīstīta epiderma un raga slānis, lai gan tie joprojām attīstās, savukārt priekšlaicīgi dzimušu jaundzimušo ādai ir mazāks raga slānis, kas palielina trauslumu. Nenobriedušai ādai ir pasliktinātas termiskās īpašības un palielināta caurlaidība, izraisot ūdens un elektrolītu līdzsvara traucējumus (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Cilvēka vecums ir viens no daudzfaktoru modelēšanas rādītājiem, jo tā ietekmē veidojas citi faktori, un šo faktoru kopums jau veido spiediena radītu ādas bojājumu attīstības risku. Balstoties

uz esošo konceptuālo ietvaru (*skat. 3. attēlu*), indivīda vecums var ietekmēt gan mehāniskos robežnosacījumus, gan visas četras ādas jutīguma un tolerances sastāvdaļas: audu mehāniskās īpašības, audu morfoloģiju, fizioloģiju un atjaunošanos, kā arī vielu transporta un termiskās īpašības (EPUAP, NPIAP, PPIA, 2019).

#### **2.1.4.8. Ārstnieciskās procedūras**

Nereti, veicot pacienta izmeklēšanu un ārstēšanu, ir nepieciešams pacientu ilgstoši novietot vienā pozā, lai sasniegtu kvalitatīvāku izmeklēšanas un ārstēšanas procesa rezultātu. Arī šādu procedūru laikā darbojas tie paši nosacījumi, kas jebkurā citā situācijā, kad pacients atrodas piespiedu pozīcijā savas ierobežotās mobilitātes un aktivitātes dēļ, kuru savukārt rada procesa laikā izmantotā sedācijas metode. Tā iemesla dēļ arī šādu procedūru laikā ir jānodrošina pareiza pacientu pozicionēšana, lai izvairītos no spiediena radītiem bojājumiem (EPUAP, NPIAP, PPIA, 2019).

#### **2.1.4.9. Sensorā uztvere**

Spēja noteikt sajūtas, piemēram sāpes un diskomfortu, kas norāda uz nepieciešamību mainīt ķermeņa stāvokli, tiek vērtēta kā svarīgs faktors ādas veseluma saglabāšanai. Literatūrā to apraksta kā trešo svarīgāko faktoru pēc imobilitātes un aktivitātes ierobežojuma (Mauk, 2012).

#### **2.1.4.10. Vispārējais un garīgais veselības stāvoklis**

Par vispārējā veselības stāvokļa mainīgajiem lielumiem, kas ietekmē ādas toleranci pret spiedienu, tiek uzskatītas urīnceļu un elpceļu infekcijas, hroniskas brūces, noteiktas medicīniskās diagnozes (piemēram, sirds apstāšanās, plaušu slimības, ļaundabīgs audzējs), medikamentu lietošana (piemēram, steroīdi, vazopresori, sedatīvi), kā arī aprūpes personāla skaits un pacienta uzturēšanās ilgums ārstniecības iestādē (EPUAP, NPIAP, PPIA, 2019).

### 3. POZICIONĒŠANAS IEROBEŽOJUMU NOVĒRTĒJUMS

Lai izprastu pozicionēšanu ierobežojošos apstākļus, ir svarīgi zināt un saprast pozicionēšanas iemeslus un mērķa darbības. Visi apstākļi un situācijas, kas neļauj sasniegt pozicionēšanas mērķi, ir uzskatāmi par pozicionēšanas ierobežojumiem (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **Pacienta pozicionēšana tiek veikta ar mērķi:**

1. Izvairīties no audu bojājuma, kas var veidoties ilgstoša spiediena rezultātā, pacientam atrodoties vienā pozā;
2. Veicināt tīrus elpceļus, nodrošināt posturālu drenāžu, palielināt krūšu kurvja eskursiju;
3. Veicināt cirkulāciju visā ķermenī;
4. Palīdzēt pacientam justies ērti, atrodoties gultā, krēslā;
5. Samazināt pacienta spiediena radītus bojājumus operācijas vai brūču kopšanas laikā;
6. Veicināt pacienta privātuma ievērošanu, piemēram, perioperatīvajā periodā, higiēnas procedūru veikšanas laikā;
7. Nodrošināt nepārtrauktu ādas stāvokļa izvērtēšanu un savlaicīgu pozas maiņu riska novēršanai;
8. Aizkavēt kontraktūru rašanos;
9. Veicināt zarnu darbību, paaugstinot intraabdominālo spiedienu (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Viens no galvenajiem pacientu pozicionēšanas mērķiem ir novērst spiediena radītu ādas bojājumu izveidošanos, kas būtiski pasliktina pacienta dzīves kvalitāti, ķermeņa veselumu kopumā, rada dažādus sociālos draudus un palielina finansiālos ieguldījumus atveseļošanās procesā (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Balstoties uz šiem apsvērumiem, ir svarīgi rūpīgi novērtēt pacienta veselības stāvokli, lai saprastu, kādas situācijas nosaka to, ka ir jāsasniedz augstāk minētie mērķi un uzdevumi, bet ka ir konkrēti apstākļi vai veselības traucējumi, kas liedz izmantot parastos pozicionēšanas paņēmienus. Šādi apstākļi tiek dēvēti par pozicionēšanas ierobežojumiem (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### **3.1. Pozicionēšanas ierobežojumi**

Situācijās, kad pacienta pozicionēšanai var būt ierobežojumi, ir svarīgi izvērtēt, kuras pozīcijas ir kontrindicētas un kurās pozicionēšana var notikt droši. Ir situācijas, kurās pacienta pozīcijas maiņai nepieciešami papildu cilvēkresursi vai tehnoloģiskie risinājumi, bet pozīciju izvēle nav ierobežota. Bērnu slimnīcā visbiežāk pavada kāds tuvinieks, ir ieteicams vienmēr jautāt tuviniekam par vēlmi iesaistīties pacienta pozicionēšanas nodrošināšanā. Vecāku klātbūtne un sarunas ar bērnu veicina bērna atveseļošanos un nodrošina lielāku komfortu. Atsevišķos gadījumos var būt situācijas, kurās standarta pacientu pozicionēšana jāpielāgo individuāli pacienta vajadzībām, izmantojot palīgriekus, kuri konkrētajā vidē ir pieejami (Hoeman, 2007).

Pacientiem, kuriem pozicionēšanas ierobežojumi saistīti ar galvas, kakla un krūšu bojājumiem, mugurkaula bojājumiem vai spastiku, muskuļu rigiditāti, piespiedu pozu ekstremitāšu

imobilizācijas dēļ vai pozas ierobežojumiem pēc operācijas, brūcēm, plīsumiem un nobrāzumiem pēc multiplām traumām, patoloģiskiem veidojumiem, medicīnisku ierīču izmantošanu ārstēšanā (piem., dažādi katetri), jāveido individuāls pozicionēšanas plāns sadarbībā ar speciālistu. Plāns jāpielāgo pacienta vajadzībām un individuālās vajadzības jāfiksē aprūpes dokumentācijā (Hoeman, 2007).

Atsevišķu pozicionēšanas pozu izmantošanu ierobežo (minētie piemēri neatspoguļo visas situācijas, kad atsevišķām pozām ir ierobežojumi):

1. Lokālas brūces;
2. Apgrūtināta elpošana;
3. Sirds ritma traucējumi;
4. Paaugstināts intrakraniālais spiediens;
5. Ārējās drenāžas ierīces;
6. Plaušu tūska/embolija/audzējs;
7. Empiēma;
8. Nekontrolēta hipertensija;
9. Palielināti vēdera dobuma orgāni;
10. Skeletomuskulārās ārējās fiksācijas ierīces (Hoeman, 2007).

### **3.2. Ārsta konsultācija atbilstoši situācijai**

Situācijās, kad pacientam ir kāds no augstākminētajiem vai cits pozicionēšanas ierobežojums konkrētu pozu izvēlei, nepieciešams konsultēties ar ārstējošo ārstu. Aprūpējot pacientu, var būt situācijas, kurās ārstējošais ārsts varēs pateikt ierobežojumus, tad tie ir jāiekļauj pacienta aprūpes dokumentācijā un jāveido individuāls pozicionēšanas plāns atbilstoši pacienta specifiskajām vajadzībām. Ja ārstējošais ārsts uzskata, ka nepieciešama speciālista konsultācija, lai kopīgi lemtu par drošāko risinājumu pacienta pozicionēšanas plāna izveidei, jāpiesaka ārsta speciālista, fizioterapeita konsultācija (Hoeman, 2007).

Ārsts speciālists, veicot pacienta novērtēšanu un izvērtējot pozicionēšanu ierobežojošos faktoros, izveido ieteikumus un plāno pacienta pozicionēšanu atbilstoši individuālai situācijai. Māsa kopā ar ārstu speciālistu veido individuālu pacienta pozicionēšanas plānu un izstrādā repositionēšanas režīmu. Lai nodrošinātu aprūpes procesa pēctecību un sasniegtu precīzu rezultātu, ir rūpīgi jāinformē visas pacienta aprūpē iesaistītās personas. To dara, veicot aprūpes ierakstus pacienta vispārējā dokumentācijā, pozicionēšanas plānā, un dežūras maiņas nodošanas laikā jāpārliedz, ka kolēģi ir sapratuši pacienta individuālās vajadzības (Hoeman, 2007).

Hronisku slimību gadījumā pastāv iespēja, ka pacients pats vai viņa vecāki var zināt specifiskus ierobežojumus vai dot ieteikumus, veicot pozicionēšanu. Strādājot ar bērniem, vecāki ir daļa no aprūpes komandas. Ieteikumus vienmēr ir vērts izrunāt kopīgi un, ja tie atbilst drošas aprūpes principiem, tos vēlams ņemt vērā (Hoeman, 2007).

### 3.3. Pozicionēšanas plānošana. Repozicionēšanas režīma izveide

Pozicionēšanas plānošana balstās uz novērtējuma datiem. Veicot pacienta aktivitāšu un mobilitātes novērtējumu, novērtējot spiediena radītu bojājumu riska faktoru klātbūtni un paredzot pacienta potenciālu iespējamai mobilizācijai, var sākt plānot pozicionēšanas pasākumus un noteikt tās režīmu. Pozicionēšanas režīms skaidri definē laika intervālus, pēc kuriem vadās pozicionēšanas darbību veikšanā. Tas nozīmē, ka izvēloties atbilstošus pacienta pozicionēšanas veidus konkrētam pacientam pie noteiktiem aktivitāšu un mobilitātes traucējumiem, ir noteikts laika brīdis, pēc kura maina pacienta pozīciju atbilstošā vidē ar noteiktu cikliskumu. Pozicionēšanas plānā noteikti ietver atkārtotu izvērtēšanu un izglītošanas pasākumus gan pacientiem, gan viņu tuviniekiem (Hoeman, 2007).

Parasti repositionēšana ir jāveic ik pēc divām stundām. Šo standartu 1959. gadā noteica M. Kosiaks, pamatojoties uz iepriekš veiktiem pētījumiem, un vēlāk to atbalstīja Veselības aprūpes politikas un pētniecības aģentūra (AHCPR). Tas ir minimālais standarts, un ir būtiski novērtēt pacienta ādas toleranci pret šo laika intervālu. Svarīgi ir veikt ādas novērtējumu kritiskajās vietās pozīcijas maiņas laikā un/vai laika intervāla izmaiņu gadījumā (Hoeman, 2007).

Katram pacientam, kam konstatēts spiediena radītu bojājumu veidošanās risks, jāizstrādā un jādokumentē tā novēršanas plāns. Plānam jāietver ādas apskates, kontroles un kopšanas pasākumi, barošanas plāns, kā arī aktivitātes un mobilitātes nodrošināšanas plāns. Plānam jāietver konkrēti norādījumi par to, kas veiks dažādos novēršanas pasākumus, cik bieži tas tiks darīts, kādi papildu resursi tam nepieciešami. Novērtējot pacientu, nepieciešams dokumentēt medicīnas aprīkojumu, kas var ietekmēt pacienta ādas bojājuma rašanās risku, piemēram, elpošanas atbalsta ierīces – skābekļa maskas, nazālās kanīles, CPAP ierīces, intubācijas caurules un to stiprināšanas mehānismi, nazogastrālas zondes, urīnpūšļa katetri, dažādas stomas u.c. (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

#### 4. PACIENTA POZICIONĒŠANA

Pacienta pozicionēšana gultā, krēslā, riteņkrēslā ietver pareizu pacienta ķermeņa neitrāla novietojuma saglabāšanu, novēršot pārmērīgu ekstensiju un galēju sānu rotāciju, lai novērstu nekustīguma un traumu komplikācijas. Pacientu pozicionēšana ir būtisks māsu prakses aspekts un atbildība. Ķirurģijā, paraugu ņemšanā vai citās ārstēšanas metodēs pareiza pacienta pozicionēšana nodrošina optimālu piekļuvi operācijas/ārstēšanas vietai un pacienta cieņas (privātuma) saglabāšanu, kā arī izvairīšanos no komplikācijām. Lielākajā daļā gadījumu pareiza pacientu pozicionēšana nodrošina elpceļu pārvaldību un ventilāciju, saglabā ķermeņa līdzsvaru un nodrošina fizioloģisko drošību (Beharková, Soldánová, 2019).

Viens no pacienta pozicionēšanas principiem ir izvērtēt pacienta vajadzības un iespējamus riskus, kas ietver pacienta **pozicionēšanas vajadzību noteikšanu atbilstoši pacientam:**

1. Aktīvs pacients (pacientam ir iespēja pašam mainīt savu pozīciju, viņš var brīvprātīgi pārvietoties);
2. Pacients var pozicionēt sevi piemērotā pozīcijā (ieņem pozu, kas mazina diskomfortu, sāpes vai atvieglo elpošanu, gremošanu u.c.);
3. Pasīvs pacients (personāls pozicionē pacientu – pārsvarā attiecas uz daļēji kustīgiem, nekustīgiem vai bezsamaņā esošiem pacientiem) (Beharková, Soldánová, 2019).

Izvērtējot pacienta pozicionēšanas vajadzību, jāņem vērā **pozicionēšana atbilstoši mērķim:**

1. Pozīcija diagnostikas laikā;
2. Terapeitiskā pozīcija (pozīcija, ko nosaka pacienta ārstniecības process, piem., brūču aprūpe u.c.);
3. Profilaktiska pozīcija (lai novērstu negatīvas fiziskas un psiholoģiskas izmaiņas) (Beharková, Soldánová, 2019).

Pareizas pacienta pozicionēšanas galvenais mērķis ir pasargāt pacientu no nekustīguma vai mazkustīguma rezultātā gūtiem spiediena radītiem bojājumiem un fizioloģiskām komplikācijām (Ahmed, Mohammed, 2019).

**Pozicionējot pacientu, var:**

1. Nodrošināt pacienta komfortu un drošību. Atbalstīt pacienta elpceļus un uzturēt cirkulāciju visas procedūras laikā (piemēram, operācijas, izmeklēšanas, paraugu ņemšanas un ārstēšanas laikā). Traucēta venoza atcece sirdī un ventilācijas un perfūzijas neatbilstība ir izplatītas komplikācijas. Pareiza pozicionēšana veicina komfortu, novēršot nervu bojājumus un nevajadzīgu ķermeņa izstiepšanos vai pagriešanos;
2. Saglabāt pacienta cieņu un privātumu, veicot dažādas procedūras un operācijas;
3. Nodrošināt labu redzamību procedūras vai operācijas laikā.

Lai novērstu traumas pacientiem un darbiniekiem, pozicionēšana jāveic pareizi (Ahmed, Mohammed, 2019).

Pozicionējot jaundzimušos, īpaši priekšlaikus dzimušos, ir jāatceras, ka, saistībā ar viņu vecumu, viņiem ir ierobežota spēja mainīt/noturēt pozu, ņemot vērā gravitācijas ietekmi. Lai nodrošinātu atbilstošu pozu un visu ekstremitāšu atbalstu, ir nepieciešams izmantot palīgmateriālus. Pozicionējot bez atbalsta izveides, gravitācijas ietekmē pleci un gurni pieplok tuvāk virsmai. Jaundzimušie parasti jūtas drošāk un fizioloģiski stabilāk, ja ap tiem ir izvietotas robežas (ligzdas), līdzīgi kā viņus grūtniecības laikā apņēma mātes dzemde, tas arī palīdz saglabāt priekšlaicīgi dzimušam jaundzimušajam labvēlīgu stāvokli, novietojot rokas kopā tuvu sejai. Tas veicina komfortu un miegu, tādējādi taupot enerģiju un samazinot svāra zudumu (Ahmed, Mohammed, 2019).

Jaundzimušā pozicionēšanā ir būtiski atcerēties, ka jānodrošina pozīciju maiņa un līdzsvars starp pozīcijām – pārmaiņus pozicionējot jaundzimušo uz vēdera, muguras un abiem sāniem (Thames Valley Neonatal ODN Quality Care Group, 2021).

### **Pacientu pozicionēšanas principi**

1. Izskaidrot procedūru. Izskaidro pacientam, kāpēc tiek mainīta viņa pozīcija un kā tas tiks darīts. Tas iedrošina pacientu un sniedz izpratni par pozicionēšanas jēgu;
2. Mudināt palīdzēt, cik vien iespējams. Izvērtēt, vai pacients var pilnībā vai daļēji palīdzēt. Pacienti, kas var palīdzēt, ietaupīs aprūpes personāla spēkus. Tas būs arī viens no vingrinājumiem, kas paaugstinās pacienta neatkarību un veicinās pašcieņu;
3. Saņemt atbilstošu palīdzību. Plānojot pacientu pārvietot vai mainīt viņa pozu, lūgt palīdzību citiem aprūpes veicējiem. Pozicionēšana nav vienas personas uzdevums;
4. Izmantot mehāniskos palīg līdzekļus. Gultas dēļi, bīdāmie dēļi, slīdpalagi, spilveni, pacientu pacelāji un stropes var atvieglot pozīcijas maiņu;
5. Pacelt pacienta gultu. Pielāgot vai pārvietot pacienta gultu tā, lai svārs atrastos māsas vai māsas palīga smaguma centra līmenī (tas ir viduklis);
6. Biežas pozīcijas maiņas. Ņemt vērā, ka jebkura pareiza vai nepareiza pozīcija var kaitēt pacientam, ja viņš tajā tiek turēts ilgstoši. Pacienta stāvokļa maiņa **ik pēc divām stundām** palīdz novērst tādas komplikācijas kā spiediena radīti ādas bojājumi;
7. Izvairīties no berzes un bīdes. Pārvietojot pacientu, pacelt nevis bīdīt, lai novērstu berzi, kas var noberzt ādu, vairāk to pakļaujot ādas bojājumiem;
8. Pareiza ķermeņa mehānika pašam aprūpes veicējam, lai nodrošinātu savu un pacienta drošību:
  - 8.1. Nostāties tuvu pacientam;
  - 8.2. Izvairīties no muguras, kakla un iegurņa sagriešanas, turot tos vienā virzienā;
  - 8.3. Saliekt ceļus un turēt pēdas plati;
  - 8.4. Izmantot rokas un kājas, nevis muguru;
  - 8.5. Gatavojoties kustībai, pievilkt vēdera muskuļus un sēžas muskuļus;

- 8.6. Cilvēks ar vislielāko slodzi koordinē pārējos pozicionēšanas dalībnieku centienus un sāk skaitīšanu līdz trīs;
9. Individuāla pieeja, regularitāte, konsekvence;
  10. Ievērot locītavu fizioloģisko stāvokli;
  11. Saglabāt ādu tīru un sausu, uzturēt gultu tīru un sausu;
  12. Apzināties un līdz minimumam samazināt iekšējos riska faktoros (nepietiekams uzturs, citu slimību izraisīta dekompensācija, piemēram, cukura diabēts); ādas apsārtuma (hiperēmijas/eritēmas) gadījumā izvairīties no pozīcijām, kas varētu kairināt skarto vietu;
  13. Izmantot "mikropozicionēšanu" (nelielas pozīcijas izmaiņas, t.i., pārvietot ekstremitātes un galvu jebkuras mijiedarbības laikā ar pacientu) (Beharková, Soldánová, 2019).

#### 4.1. Pozicionēšanas veidi

Pacienta pozicionēšanas veida izvēli nosaka pacienta novērtējums, pašaprūpes vajadzības, veselības aprūpes mērķi un uzdevumi. Pozicionēšanas veids nosaka to, kādas darbības sistemātiski veicamas un kādi resursi tam nepieciešami. Pozicionēšanas veids ir noteikti dokumentējams un atkārtoti izvērtējams ikdienas aprūpē. Pozicionēšanas veids ir ķermeņa un tā daļu novietošanas veids, lai maksimāli izvairītos no dažādu spiediena radītu bojājumu izveidošanās iespējas, nodrošinātu maksimāli iespējamo pacienta komfortu un radītu drošu vidi atveseļošanās procesam (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

##### 4.1.1. Pozīcija guļus uz muguras (piem., pēc spinālas anestēzijas, mugurkaula operācijas)

Uzmanīties no ādas bojājumiem. Stāvoklis guļus var pakļaut pacientu spiediena čūlu un nervu bojājumu riskam. Novērtēt ādas bojājumus un polsterējuma kaulu izciļņus.

1. Galva novietota vienā līnijā ar mugurkaulu;
2. Pacienta galvai jāatrodas apmēram 6–8 cm attālumā no gultas galvas balsta;
3. Zem pacienta galvas un plecu augšdaļas novieto spilvenu, lai radītu komfortu un saglabātu neitrālu kakla pozīciju (Matt, 2022).



##### 4. attēls. Pozīcija guļus uz muguras (Gyd. G.Vaitkienė, 2021)

*Pozīcijas izmaiņas.* Guļus stāvoklī kājas var būt izstieptas vai nedaudz saliektas, rokas novietotas uz augšu vai uz leju. Tas nodrošina vispārēju komfortu pacientiem, kas atveseļojas pēc noteikta veida operācijas (Matt, 2022).



*Atbalsts guļus pozīcijai.* Virs un zem *sacrum* var novietot mazus spilvenus, lai izliektu jostasvietu. Kad abi spilveni ir novietoti pareizi, starp ķermeni un gultu var novietot taisnu plaukstu, tā pārbaudot, vai spiediens ir mazināts. Papēži ir jāaizsargā no spiediena, izmantojot spilvenu vai potītes rulli. Lai novērstu pēdu ilgstošu plantāru saliekšanu un izstiepšanu, pēdu atbalstam novieto spilvenu vai polsterētu dēli. Novieto spilvenu starp ceļiem un potītēm, lai mazinātu spiedienu starp tām (Hoeman, 2007).

### **Stāvoklis guļus uz muguras ķirurģijā**

Guļus stāvokli bieži izmanto, veicot procedūras, kas saistītas ar ķermeņa priekšējo virsmu (piemēram, vēdera apvidu, sirds, krūšu kurvja zonu). Galvas stabilizēšanai jāizmanto neliels spilvens vai rullis, jo galēja galvas pagriešana operācijas laikā var izraisīt mugurkaula artērijas oklūziju (Matt, 2022).

### **Stāvoklis guļus uz muguras pacientiem ar hemiparēzi**

Pacientiem ar hemiparēzi šo pozīciju lieto retāk, jo pieaug patoloģiskie refleksi, ātri veidojas izgulējumi uz krusta kaula un skartās puses papēža, un laterālās potītes. Lietojot šo pozicionēšanas variantu, jāievēro, ka krūšu daļa nedrīkst būt uz spilvena, nedaudz tiek pacelta tikai galva un pleci. Paliktņi zem ceļiem var traucēt venozo atceci. Tādēļ, ja nepieciešams uzlabot venozo atceci, labāk pacelt uz augšu visu kājgali vai uzlikt kāju uz spilvena tā, lai spilvens būtu arī zem ceļiem (Hoeman, 2007). Galva un pleci balstīti uz spilvena;

1. Galvu novieto centrāli, neitrālā pozā vai nedaudz noliektu uz veselo pusi;
2. Parētiskā roka iztaisnota gar ķermeni un tiek balstīta uz spilvena;
3. Parētiskā kāja iztaisnota un tiek stabilizēta ar spilveniem no sāniem vai novietojot spilvenu zem parētiskās gūžas, lai ierobežotu kājas ārējo rotāciju;
4. Parētiskās kājas pēda tiek balstīta pret segu vai spilvenu gultas galā vai nepieciešamības gadījumā tiek izmantota šina (Hoeman, 2007).

#### **4.1.2. Faulera pozīcija**

Faulera pozīcija, kas pazīstama arī kā pussēdus pozīcija, ir gultas pozīcija, kurā gultas galvgalis ir pacelts  $45^{\circ}$  līdz  $60^{\circ}$  leņķī. Faulera pozīcijas variācijas ietver zemo Faulera pozīciju ( $15^{\circ}$  līdz  $30^{\circ}$ ), pus- Faulera pozīciju ( $30^{\circ}$  līdz  $45^{\circ}$ ) un augsto Faulera pozīciju (gandrīz vertikāli).

1. Pozīcija veicina krūšu kurvja ekskursiju, tāpēc tiek izmantota pacientiem, kuriem ir apgrūtināta elpošana, jo šajā stāvoklī gravitācija velk diafragmu uz leju, ļaujot palielināt krūškurvja un plaušu izplešanos;
2. Faulera pozīcija ir noderīga pacientiem ar sirds, elpošanas vai neiroloģiskām problēmām, un bieži vien ir optimāla pacientiem ar nazogastrālo zondi;
3. Faulera pozīciju izmanto arī, lai sagatavotu pacientu vertikalizēšanai vai staigāšanai. Māsām ir jāuzmanās, lai, mainot stāvokli, pacientam nerastos reibonis vai vājums;

4. Pārāk liela spilvena novietošana aiz pacienta galvas var veicināt kakla izliekuma kontraktūru veidošanos. Jāmudina pacients katru dienu dažas stundas atpūsties bez spilveniem, lai pilnībā izstieptu kaklu;
5. Faulera pozīcija parasti tiek izmantota operācijās, kas saistītas ar neiroķirurģiju vai plecu zonu;
6. Lai novērstu pēdu ilgstošu plantāru saliekšanu un izstiepšanu, pēdu atbalstam novieto spilvenu vai polsterētu dēli;
7. Nesēdināt šajā pozīcijā ilgstoši, jo tā izraisa “dzirkļu” efektu (Hoeman, 2007; Matt, 2022).



5. attēls. Faulera pozīcija (Gyd. G.Vaitkienė, 2021)

#### 4.1.3. Ortopniskā jeb statīva pozīcija

1. Novieto pacientu sēdus stāvoklī vai uz gultas malas ar virs gultas izvietojamu galdu priekšā, uz kura balstīties, un vairākus spilvenus uz galda, uz kuriem atpūsties;
2. Pozīcija ir īpaši noderīga pacientiem, kuriem ir problēmas ar izelpošanu, jo viņi var atspiest krūškurvja apakšējo daļu pret gultas galda malu (Hoeman, 2007).

#### Stāvoklis sēdus gultā pacientiem ar hemiparēzi

1. Sēdinot novājinātus pacientus, kuri nevar noturēt kaklu un galvu, augstajā atzveltnes krēslā, nedēļas laikā var panākt labu efektu;
2. Šiem pacientiem veidojas tonuss kaklā, kas nepieciešams stabilai sēdēšanai;
3. Pacienti, kuri ir pie samaņas, var sēdēt gultā, krēslā vai riteņkrēslā, papildus lietojot galdiņu un spilvenus aizsardzībai;
4. Ja pacients atrodas krēslā, jānodrošina stingra aizsardzība, jābūt augstai atzveltnei un apakšdelmu paliktņiem, īpaši, ja pacientam ir paralīze;
5. Gultas galvgalis pacelts maksimāli taisni;
6. Spilvens aizmugurē;
7. Galva neatbalstīta;
8. Ķermenis vertikāli;
9. Kājas pret ķermeni taisnā leņķī, balsts uz abiem gurniem;
10. Rokas taisni izstieptas, ar elkoņiem atbalstās pret galdiņu ar spilvenu;
11. Drošības nolūkos vienmēr uzlikt gultas malu vai neatstāt pacientu bez uzraudzības (Hoeman, 2007).

## Stāvoklis sēdus pacientiem ar hemiparēzi krēslā vai riteņkrēslā pie galda

1. Spilvens balsta muguras lejasdaļu;
2. Rokas: uz priekšu, elkoņi atbalstīti uz galda, uz spilvena, pirkstiem jābūt pēc iespējas taisniem;
3. Kājas: pēdas balstās pret grīdu vai uz riteņkrēsla pēdu balstiem, ceļi novietoti tieši virs pēdām (Hoeman, 2007).

### 4.1.4. Stāvoklis guļus uz vēdera

Atrodoties guļus stāvoklī, pacients guļ uz vēdera, galvu pagriežot uz vienu pusi, un gurni nav izliekti (Hoeman, 2007; Matt, 2022).

1. Šajā pozīcijā var novietot pacientu, kuram ir stabili vitālie rādītāji un intrakraniālais spiediens normas robežās;
2. Pozīcija guļus uz vēdera ir vienīgā gultas pozīcija, kas ļauj pilnībā izstiept gūžas un ceļa locītavas. Tā arī palīdz novērst gurnu un ceļgalu saliekuma kontraktūras;
3. Smaguma spēka iedarbība uz vidukli, kad pacients atrodas guļus stāvoklī, rada izteiktu mugurkaula lordozi jeb izliekumu uz priekšu, tāpēc tas ir kontrindicēts pacientiem ar mugurkaula problēmām. Stāvokli guļus uz vēdera vajadzētu izmantot tikai tad, ja pacienta mugura ir pareizi izlīdzināta;
4. Atrašanās guļus stāvoklī arī veicina šķidruma aizplūšanu no mutes un ir noderīga pacientiem bezsamaņā vai tiem, kas atgūstas pēc mutes vai rīkles operācijas;
5. Lai atbalstītu pacientu, kas atrodas guļus uz vēdera, novieto spilvenu zem galvas un nelielu spilvenu vai dvieļu rulli zem vēdera (Hoeman, 2007; Matt, 2022).



### 6. attēls. Pozīcija guļus uz vēdera (Gyd. G.Vaitkienė, 2021)

7.

1. Gultas matracis ir jāpielāgo tā, lai tiktu saglabāts normāls pēdas stāvoklis;
2. Galvu novieto uz neliela spilvena tā, lai netiktu apgrūtināta elpošana un sekrēta drenāža;
3. Zem krūškurvja novieto spilvenu, rokas saliekta elkoņos apmēram 90° leņķī, ar plaukstām virzienā pret galvu;
4. Zem iegurņa, augšstilbiem un apakšstilbiem novieto spilvenus;
5. Ceļus atstāj brīvus;
6. Pēdas atbalsta, ja pirkstu gali pieskaras gultas matracim, gultas galu noņem, malu polsterē un pēdas laiž pāri gultas malai (Hoeman, 2007; Matt, 2022).

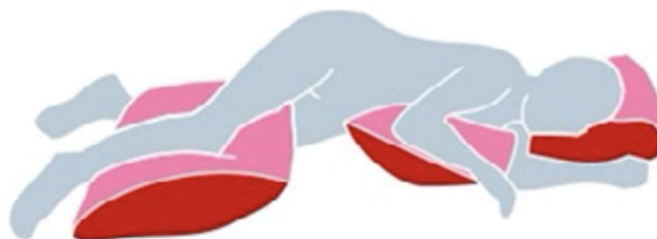
## **Stāvoklis guļus uz vēdera ķirurģijā**

Pozīciju guļus uz vēdera bieži izmanto neiroķirurģijā lielākajā daļā kakla un mugurkaula operāciju (Matt, 2022).

### **4.1.5. Laterālā jeb guļus uz sāniem pozīcija**

Sānu jeb guļus uz sāniem stāvoklī pacients guļ uz vienas ķermeņa puses, augšējās kājas apakšstilbs novietots priekšā, gurni un ceļgali saliekti.

1. Gūžas un ceļgala augšdaļas saliekšana un šīs kājas novietošana ķermeņa priekšā rada platāku, trīsstūrveida atbalsta pamatni un nodrošina lielāku stabilitāti;
2. Gūžas un ceļa augšdaļas saliekuma palielināšanās nodrošina lielāku stabilitāti un līdzsvaru. Šāda saliekšana samazina lordozes risku un veicina labu muguras izlīdzināšanu (Hoeman, 2007; Matt, 2022).



### **7. attēls. Laterāla jeb guļus uz sāniem pozīcija (Gyd. G.Vaitkienė, 2021)**

1. Sānu pozīcija palīdz mazināt spiedienu uz krustu zonu un papēžiem, īpaši cilvēkiem, kuri sēž vai atrodas gultā guļus stāvoklī vai Faulera pozīcijā;
2. Šajā stāvoklī lielākā daļa ķermeņa svara tiek sadalīta starp apakšējā lāpstiņas sānu daļu, gūžas kaula sānu daļu un augšstilba kaula lielo trohanteru;
3. Lai pareizi un ērti novietotu pacientu sānu stāvoklī, ir nepieciešami atbalsta spilveni;
4. Novieto spilvenu zem galvas, lai radītu komfortu;
5. Novieto augšējo roku un plecu uz spilvena virzienā uz priekšu. Apakšējo plecu novieto nedaudz uz atpakaļu, lai mazinātu spiedienu;
6. Augšējo kāju novieto uz priekšu uz spilvena. Apakšējo kāju/gurnu nepieciešams mazliet pagriezt uz mugurpusi, lai neradītu spiedienu uz gurnu un kāju kauliem;
7. Novieto spilvenu starp gultu un potītēm (Hoeman, 2007; Matt, 2022).

### **Pozīcija guļus uz sāniem uz parētiskās ķermeņa puses**

1. Galvu novieto uz neliela spilvena, nedaudz noliec uz priekšu;
2. Rumpi novieto uz sāniem, perpendikulāri gultas virsmai;
3. Muguru atbalsta ar spilveniem, lai pacients neveltos uz muguras;

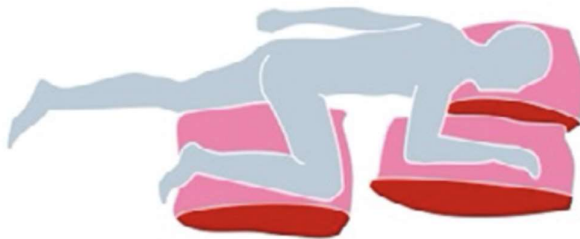
4. Skarto roku novieto  $90^{\circ}$  leņķī pret ķermeņa asi; elkonis, delna – ekstensijā, apakšdelms – supinācijas pozīcijā;
5. Skarto gūžu iztaisno, viegli ieliec celī;
6. Veselo kāju taisnā leņķī, saliektu gūžā, novieto uz spilvena tā, lai celis būtu gūžas augstumā;
7. Lai novērstu plaukstas savilkšanu dūrē, ieliek tajā sarullētu dvieļi vai bumbiņu–ezīti;
8. Parētiskā kāja saliekta gūžā un celī, atbalstīta uz spilveniem (Hoeman, 2007).

### **Daļēja sānu pozīcija**

1. Aiz muguras novieto spilvenu vai ķīli, lai pacients neveltos atpakaļ uz muguras;
2. Starp ceļiem ievieto spilvenu, lai pasargātu ceļus, piemēram, no spastikas izraisītas berzes;
3. Novieto spilvenu zem galvas un plecu augšdaļas, lai radītu komfortu;
4. Novieto spilvenu pie pacienta muguras. Saglabā plecus pozīcijā uz aizmuguri, lai saglabātu krūšu kurvī brīvu;
5. Nenovieto roku zem ķermeņa, to atbalsta ar spilvenu, kā norādīts attēlā;
6. Patur augšējās rokas elkonī novietotu gar sāniem. Ja nepieciešams, roku atbalsta ar spilvenu, lai saglabātu krūšu kurvī atvērtu;
7. Pagriez gurnus uz sāniem. Ja nepieciešams, atbalsta muguras lejas daļu ar spilvenu;
8. Novieto spilvenu gareniski starp kājām, lai tas atrastos gan starp kāju augšdaļu, gan apakšdaļu. Nenovieto kājas tieši vienu zem otras. Iespējams, būs nepieciešams vairāk saliekt ceļgalu, lai izvairītos no velšanās atpakaļ;
9. Ja nepieciešams, novieto spilvenu starp gultu un potīti (Hoeman, 2007).

### **4.1.6. Simsa pozīcija**

Simsa pozīcija jeb pusguļus pozīcija ir tad, kad pacients ieņem pozu pusceļā starp sānu un guļus stāvokli. Apakšdelms atrodas aiz pacienta un augšdelms ir saliekts pie pleca un elkoņa. Augšstilbi ir vairāk saliekti gan gurnā, gan ceļgalā (Hoeman, 2007; Matt, 2022).



8. attēls. **Simsa pozīcija** (Gyd. G.Vaitkienė, 2021)

1. Var lietot pacientiem bezsamaņā, jo tā atvieglo šķidruma aizplūšanu no mutes un novērš šķidruma aspirāciju;

2. Lieto arī paralizētiem pacientiem, jo tā samazina spiedienu virs krustu kaula un gūžas lielajiem trohanteriem;
3. To bieži izmanto pacientiem, kuriem tiek veikta klizma, un reizēm pacientiem, kuriem tiek veikta starpenes zonas izmeklēšana vai ārstēšana;
4. Lai atbalstītu pareizu ķermeņa izlīdzināšanu Simsa stāvoklī, novieto spilvenu zem pacienta galvas un zem augšdelma, lai novērstu iekšējo rotāciju. Novieto vēl vienu spilvenu starp kājām (Hoeman, 2007; Matt, 2022).

#### **Pozīcija gūļus uz veselā sāna pacientiem ar hemiparēzi**

1. Galvu novieto uz neliela spilvena, nedaudz noliec uz priekšu;
2. Rumpis sagāzts uz priekšu;
3. Veselo roku pacients parasti var pats novietot, kā ērtāk, zem spilvena;
4. Skarto roku novieto uz spilvena pacientam priekšā, pret rumpja vertikālo asi tā, lai elkonis, plauksta, pirksti būtu iztaisnoti;
5. Veselā kāja iztaisnota vai novietota ērtā stāvoklī (Hoeman, 2007).

#### **4.1.7. Trendelenburga pozīcija**

Trendelenburga pozīcija ietver gultas galvgaļa nolaišanu un pacienta gultas pēdas pacelšanu. Pacienta rokām jābūt piespiestām pie sāniem (Matt, 2022).

1. Pacienti ar hipotensiju var gūt labumu no šīs pozīcijas, jo tā veicina venozo atceci;
2. Trendelenburga pozīcija tiek izmantota, lai nodrošinātu bazālo plaušu daivu posturālo drenāžu;
3. Nepieciešams sekot līdzi vitālajiem rādītājiem, lai novērstu iespējamās blaknes (arteriālā spiediena paaugstināšanās, sirdsdarbības un elpošanas izmaiņas, u.c.);
4. Dažiem pacientiem posturālās drenāžas laikā var būt nepieciešams tikai mērens slīpums vai īsāks laiks šajā pozīcijā (Matt, 2022).

#### **4.1.8. Pozicionēšana riteņkrēslā**

1. Spiediena atslogošanai jālieto pretizgulējumu spilvens;
2. Jāveic svara pārvešana vismaz katru stundu, ja iespējams, ik pēc 15 minūtēm;
3. Pacientam ieteicams ik pēc 2 stundām atgulties;
4. Nelieto apļa veida spilvenus, gumijas riņķus, jo tie samazina asins apgādi.



9. attēls. **Pozicionēšana riteņkrēslā** (Gyd. G.Vaitkienė, 2021)

1. Iegurnis stabili atbalstīts pret riteņkrēsla muguras balstu un veido  $90^0$  leņķi;
2. Augšstilbi atrodas paralēli;
3. Pēdas atrodas neitrālā stāvoklī un ir atbalstītas pret kāju balstiem;
4. Apakšdelmi ir atbalstīti pret roku balstiem un veido  $90^0$  leņķi;
5. Galva atrodas neitrālā stāvoklī, skatiens uz priekšu (Hoeman, 2007).

### **Spiediena atslogošana riteņkrēslā**

Gandrīz katra kustība rada spiediena atslodzi.

1. *Atspiešanās.* Uzliekot rokas uz abiem balstiem vai riteņiem, pacients paceļ sēžamvietu no riteņkrēsla;
2. *Noliešanās uz priekšu un sāniem.* Pacients aizķeras ar vienu roku vai delnu aiz riteņkrēsla roktura un noliecas pāri pretējam ritenim un uz priekšu;
3. *Reklinācija.* Nolaizot krēsla muguru un paceļot kāju balstus, pacients nonāk guļus pozā, tādējādi atslogojot abus sēžas kaulus vienlaicīgi. Riteņkrēsliem, kam tādas iespējas nav, to var izdarīt, aprūpes sniedzējam atgāžot riteņkrēslu uz aizmuguri;
4. *Asistenta veikta atslogošana.* Ja pacients pats nespēj veikt atslogošanas kustības, to veic asistents. Asistents nostājas aiz riteņkrēsla, pacients saliek rokas uz krūtīm, asistents caur padusēm tās saņem un paceļ aiz tām pacientu. Pēc 30 sekundēm lēnām nolaiž krēslā (Hoeman, 2007).

### **Pacienta repositionēšana**

1. Izvairās novietot pacientu uz jau esošiem spiediena radītiem bojājumiem;
2. Izmanto pozicionēšanas ierīces, piemēram, spilvenus, ķīļus, lai saglabātu ķermeņa pozīciju un pārdalītu spiedienu uz kaulu izvirzījumiem;
3. Pārvietojot pacientu, izmantot palīglīdzekļus, kas atvieglo pārvietošanas procesu un ļauj pacientam pašam kustēties līdzī, cik vien tas iespējams;

4. Ja pacienta veselības stāvoklis to atļauj, ierobežo gultas galvgaļa atrašanos paceltā stāvoklī ilgstoši, ierobežo pacēlumu līdz 30 grādiem (daļējā Faulera pozīcija), tas palīdz novērst slīdēšanu (Hoeman, 2007).

### **Repozicionēšana krēslā/riteņkrēslā**

1. Pēc ārsta speciālista (egoterapeits, fizioterapeits) veiktā pacienta un sēdvirsmas novērtējuma izveido modificētu sēdēšanas grafiku pacientiem ar spiediena radītiem bojājumiem uz astes kaula vai *gluteus*, vai *sacrum* rajona. Sēdēšanas ilgums ir atkarīgs no dzīves kvalitātes mērķiem, aprīkojuma pieejamības un brūču dzīšanas progresu. Nedrīkst izmantot “virtuļa” veida (tipa) ierīces, kas novietotas uz sēdvirsmas;
2. Nodrošina pareizu pēdu atbalstu uz grīdas vai ratiņkrēsla kāju paliktņa (balsta);
3. Izglīto pacientu par pareizām svāra maiņas metodēm saskaņā ar pozicionēšanas un aprūpes plānu (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2016).



## 5. PACIENTA UN PIEDERĪGO IZGLĪTOŠANA

Pacienta izglītošana ir būtiska veselības aprūpes speciālistu darba daļa. Pacientam un viņa tuviniekiem ir tiesības saprast notiekošo, aprūpes darbību mērķi un to, kā mērķis tiks sasniegts. Pacienta mobilizācija, aktivizācija un pozicionēšana prasa rūpīgu skaidrojošo darbu kā no māsas, tā ārsta puses. Lai panāktu labu rezultātu un mazinātu ar mobilitātes traucējumiem saistītos riskus, ir būtiski izskaidrot pacientam un piederīgajiem dažādus risku veicinošos faktorus, aprūpes un ārstēšanas nianšes. Izglītošana ir vērsta uz to, lai novērstu atšķirību starp “to, ko mēs zinām” un “to, ko mēs darām” (RNO, 2016).

Lai izvairītos no spiediena radītu bojājumu veidošanās, jāveic izglītojošie pasākumi, kas veicina pacienta izpratni un līdzestību aprūpes procesā. Pacientam un viņa piederīgajiem ir jāizskaidro spiediena radīto bojājumu būtība, rašanās cēloņi.

### **Lai izglītošanas process būtu veiksmīgs, nepieciešams ievērot sekojošus principus:**

1. Sarunai ar pacientu jānotiek, izglītotājam atrodoties pacienta acu līmenī. Ja pacients guļ vai sēž, izglītotājam jāatrodas tuvu pacienta acu līmenim. Ieteicams izmantot krēslu un apsēsties. Stāvēšana un atrašanās augstāk neveicina sadarbību un var ierobežot mācīšanās efektivitāti;
2. Sarunā iesaista arī tuviniekus, kuru klātbūtnei pacients akceptē vai kuri izrāda interesi pacientu atbalstīt. Tuvinieku klātbūtne veicina atlabšanu, palielina izpratni par aprūpes procesu un aprūpes darbību veikšanu. Situācijās, kad pacientam paredzēta ilga atlabšana, tuvinieku zināšanas un prasmes būs nozīmīgas, lai pacients spētu pilnībā atveseļoties un viņa stāvoklis, kas saistīts ar mobilitātes un kustību ierobežojumiem, nekļūtu sliktāks;
3. Pielieto tehnoloģijas, uzskates materiālus, spēļu elementus – demonstrē video, izmanto bezmaksas aplikācijas telefonā vai planšetdatorā. Var pielietot arī citus demonstrāciju materiālus;
4. Sarunas struktūra. Ja izglītojošā saruna būs ilga, labāk to sadalīt vairākās daļās, lai pacientam un/vai tuviniekiem to būtu vieglāk uztvert. Izglītošanu par katru sadaļu veic daļēti vai nu dienas, vai vairāku dienu laikā. Lieto atvērtu valodu un aicina klausītājus uzdot jautājumus, ja ir kādas neskaidrības. Situācijās, kad tas iespējams, lūdz pacientam un/vai tuviniekiem saviem vārdiem pastāstīt dzirdēto, atkārtot teikto. Iedrošina pacientu un/vai tuviniekus ierakstīt vai pierakstīt stāstīto (RNAO, 2016).
5. Sarunai ar pacientu pediatrijā īpaši būtiski izvēlēties pacienta vecumam atbilstošas mācību metodes un materiālus, kā arī pielāgot sarunā izmantotās valodas sarežģītību.

Situācijās, kad pacients nespēj komunicēt verbāli vai citādāk vai ir bezsamaņā, aprūpes speciālista uzdevums ir pacientam īsi paskaidrot, ko viņš plāno darīt, un brīdināt pacientu par darbībām, kuras tiks veiktas. Piemēram: “Es jūs pagriezīšu uz sāniem, noņemšu segu, izņemšu spilvenu, tagad pavelšu uz savu pusi”. Šādi skaidrojot darbības, tiek radīta cieņas pilna attieksme un situācijās, kad pacients dzird skaidrojumu, viņš sapratīs, kas ar viņu notiek (RNAO, 2016).

Darbības, par kurām pacientam un/vai tuviniekiem ir jābūt informētiem un kuras viņiem jāsaprot, izskaidrotas turpinājumā. Pacientam un/vai tuviniekiem jāizskaidro, kādam nolūkam tās tiek veiktas un kā tās ietekmēs pacienta stāvokli (RNAO, 2016).

### **1. Stāvokļa kontrole un izvērtēšana dinamikā:**

- Regulāra ādas apskate izgulējuma riska zonās vismaz 1 reizi dienā katru dienu;
- Regulāra izgulējumu rašanās riska izvērtēšana pēc Bradena vai Bradena Q skalas.

### **2. Spiediena riska zonas samazināšana un/vai pilnīga atbrīvošana no tās:**

1. Groza pacientu katras 2 stundas;
2. Iespēju robežās pozicionē dažādos ķermeņa stāvokļos;
3. Ja ir pieejamas – lieto spiedienu samazinošas virsmas vai ierīces.

### **2. Spiediena riska zonas samazināšana un/vai pilnīga atbrīvošana no tās:**

- Groza pacientu katras 2 stundas;
- Iespēju robežās pozicionē dažādos ķermeņa stāvokļos;
- Ja ir pieejamas – lieto spiedienu samazinošas virsmas vai ierīces.

### **3. Bīdes samazināšana un/vai pilnīga izslēgšana:**

- Ja iespējams, pacienta galvgali tur aptuveni 30 grādu leņķī;
- Virsmai, uz kuras pacients gul, jābūt iespējami līdzenai;
- Ja iespējams, lieto balstu ceļu līmenī, kad gultas galvgalis ir pacelts;
- Lieto polsterējumu pacienta kājgalim.

### **4. Berzes samazināšana un/vai pilnīga novēršana:**

- Pacientu pārgrozot un apkopjot, nedrīkst viņu vilkt pa gultu, jālieto palīgierīces – dēļi, slidināšanas virsmas;
- Lieto pūderus (var lietot arī cieti) vietās, kur ādas virsma saskaras ar citu virsmu, lai mazinātu berzi un absorbētu mitrumu;
- Bojātos ādas reģionus nedrīkst berzt un spēcīgi masēt.

### **5. Mitruma samazināšana:**

- Novērtē urīna izvadi un vēdera izeju;
- Ja konstatē nesaturēšanas gadījumus – sistemātiska ķermeņa aprūpe, lai izvairītos no ādas vai esoša spiediena radīta bojājuma brūces kontaminēšanas mitrumu bojātajā ādas reģionā;
- Nepieciešamības gadījumā lieto savācējierīces vai uzsūcošus aprūpes piederumus. Vismaz vienu reizi dienā, bet nepieciešamības gadījumā (pēc vēdera izejas) biežāk, veic ādas aprūpi ar siltu ūdeni un tam sekojošu ādas mitrināšanu.

### **6. Adekvāta uztura un šķidruma uzņemšana:**

- Novērtē apetīti, uztura kvalitāti un uzņemšanas kvantitāti;
- Rekomendē diētu ar lielu šķiedrvielu daudzumu;
- Pacientam jāuzņem pietiekošs šķidruma daudzums.

## **7. Spastikas kontrole:**

- Rehabilitācijas pasākumi – aktīvas un pasīvas kustības
- Uzlabo pacienta muskuļu spēku, lokanību, koordināciju (RNAO, 2016).

## **6. POZICIONĒŠANAS PALĪGLĪDZEKĻU UN PAPILDU RESURSU IZVĒLE**

Pozicionēšanas palīglīdzekļu un papildu resursu pielietošanas izvēli nosaka pacientu pozicionēšanas plānošanas etapā, balstoties uz pacienta vajadzībām. Jāņem vērā, ka ne visās pozicionēšanās situācijās ir nepieciešami palīglīdzekļi vai papildu resursi. Ja tādi ir nepieciešami, tad izvēli veic, pirms pozicionē pacientu (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Lai saglabātu pareizu ķermeņa novietojumu, ir nepieciešams izmantot dažādus pozicionēšanas palīglīdzekļus. Jāņem vērā, ka pat vispiemērotākā palīgierīce var radīt spiediena zonas, ja tā netiek lietota pareizi. Lai novērstu spiediena jeb išēmisko zonu attīstību, nepieciešams pārbaudīt aprīkojumu ne retāk kā ik pēc 2 stundām, ja vien nav citu norādījumu par laika intervālu (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Pozicionēšanas ierīces palīdz mainīt pacienta stāvokli un tādējādi novērš izgulējumu rašanos vai veicina esošo izgulējumu dzīšanu. Tās ir ļoti noderīgas arī kā pārsēju mainīšanas un personīgās higiēnas procedūru palīglīdzekļi. Ar pozicionēšanas rīkiem ir ļoti viegli strādāt, nav stingru to lietošanas noteikumu, un to sniegtie ieguvumi ir pierādāmi. Pozicionēšanas ierīce var būt pārklāta ar higiēnisku, mitrumizturīgu, elpojošu apvalku, ko var dezinficēt (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Pozicionēšanas ierīces palīdz atrast pacientam piemērotāko stāvokli, noguldīt vai nosēdināt pacientu tā, lai viņš neatbalstītos uz jutīgajām izgulējumu un sāpju vietām (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Jaundzimušo aprūpē, nodrošinot bērna pozīciju, var izmantot gan speciāli izveidotus pozicionēšanas palīglīdzekļus, piemēram, pozicionēšanas ligzdas, gan arī izveidot nepieciešamos palīglīdzekļus jaundzimušā pozicionēšanas atbalstam, piemēram dvieļus, segas u.c. ikdienā lietojamus materiālus, tos satinot, sarullējot vai salokot nepieciešamajā formā un izmērā. Neatkarīgi no izvēlētajā pozicionēšanas palīgmateriāla veida, tiem ir jāfunkcionē, nodrošinot jaundzimušā pozicionēšanas vajadzības – pozicionēšanas materiāli veido robežas bērnam, lai jaundzimušais varētu pret tām atspiest ekstremitātes un tās netiktu izjauktas. Tās arī rada robežu ne tikai ekstremitātēm, bet arī citām ķermeņa daļām (Thames Valley Neonatal ODN Quality Care Group, 2021).

### **6.1. Atbalsta aprīkojuma un optimālas atbalsta virsmas izvēle**

#### **6.1.1. Optimālas atbalsta virsmas izvēle**

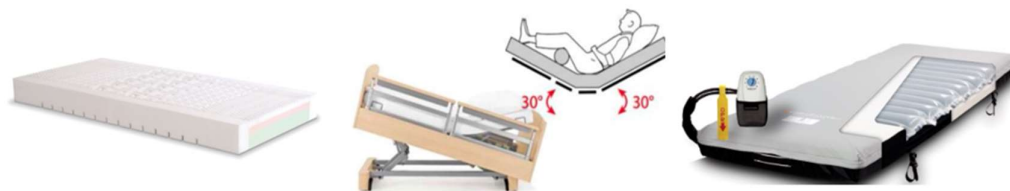
Vienmēr jāizvērtē pacients ar esošu spiediena radītu bojājumu vai augstu tā veidošanās risku, nodrošinot tādu virsmu, lai veicinātu brūču dzīšanu vai mazinātu risku. Pētījumi rāda, ka, lietojot dažādus virsmas atbalstus, svarīgs ir mainīgs spiediena pārklājums (3D vai gēla pārklājums) vai matracis, kas maina spiedienu ar gaisa plūsmu (Cassino et al., 2013).

Labs risinājums (pierādījumos balstīts) ir aprīkot spiedienu atslogojošo matraci vienlaicīgi ar dažādām tehnoloģijām (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

### Izvēloties atbalsta virsmu, ņem vērā:

1. Vai virsmu lietošana atbilst aprūpes plānam un pacienta ārstēšanas mērķim;
2. Pacienta funkcionālo mobilitāti un aktivitātes līmeni;
3. Nepieciešamību pēc mikroklimata kontroles (t.i., visrmas spēju kontrolēt mitrumu no drenējošām brūcēm, sviedriem un nesaturēšanas);
4. Spēju kontrolēt atbalsta virsmas temperatūru;
5. Veļa un spilveni, kurus izmanto, nedrīkst būt no vairākiem slāņiem, kas apgrūtina atbalsta virsmas bīdes kontroli pacienta pārvietošanas laikā;
6. Atbalsta virsmas kalpošanas laiku, lietošanas garantiju un apkopi;
7. Pacienta izmēru un svaru;
8. Pacienta izvēli, toleranci un komfortu;
9. Jauna spiediena radīta bojājuma risku un esošu bojājumu smaguma pakāpi, skaitu un lokalizāciju;
10. Cik sarežģīta vai vienkārša ir atbalsta virsmas pielietošana;
11. Izmaksas un pieejamību pacientam (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Izvēloties atbalsta virsmu, profesionāļu komanda sadarbībā ar pacientu un viņa piederīgajiem rūpīgi izvēlas atbilstošo atbalsta virsmu, tās atbilstību pacienta gultas rāmim, lai novērstu iesprūšanas risku. Iesprūšanas risks pastāv, ja atbalsta virsmas izmērs nesakrīt ar matrača izmēru, radot lieku spraugu starp matraci un gultas rāmi (RNAO, 2016).



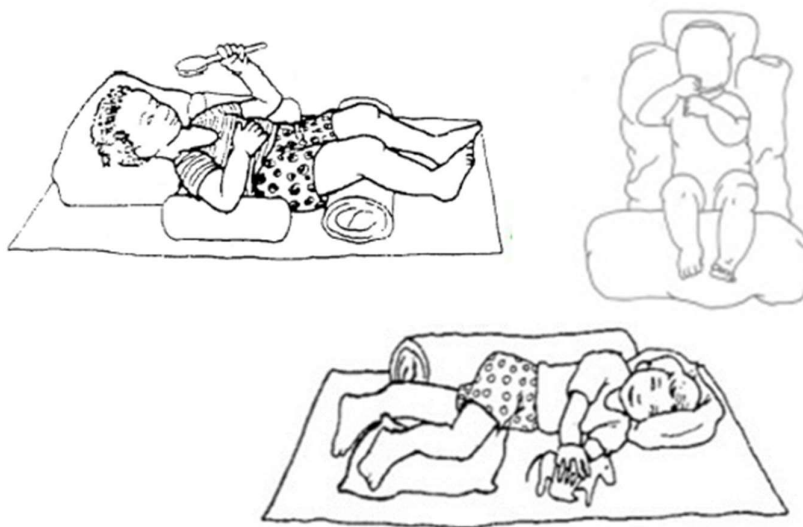
10. attēls. **Pozicionēšanas atbalsta virsmas** (Gyd. G.Vaitkienė, 2021)

## 6.1.2. Atbalsta aprīkojums pacienta pozicionēšanā

### Ruļļi, spilventiņi, ķīļi.



11. attēls. Atbalsta aprīkojums pozicionēšanā – ruļļi, spilventiņi, ķīļi  
(Gyd. G.Vaitkienė, 2021)



12. attēls. Pozicionēšanas atbalsta aprīkojuma izmantošanas piemēri (Physiopedia)

### Ausu pozicionēšanas spilventiņš



13. attēls. Atbalsta aprīkojums pozicionēšanā – ausu pozicionēšanas spilventiņš  
(Gyd. G. Vaitkiene, 2021)

## Elkoņu aizsardzība



14. attēls. Atbalsta aprīkojums pozicionēšanā – elkoņa aizsardzība  
(Gyd. G. Vaitkiene, 2021)

## Papēžu aizsardzība



15. attēls. Atbalsta aprīkojums pozicionēšanā – papēžu aizsardzība  
(Gyd. G. Vaitkiene, 2021)

## Pārsēji

Profilaktiskie pārsēji, ko izmanto paaugstināta riska zonās, ir galvenais profilakses protokola aspekts. *US National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) iesaka apsvērt iespēju paaugstināta riska zonās izmantot poliuretāna putu pārsējus, lai novērstu spiedienu (Vaitkiene, 2021)

## 7. POZICIONĒŠANAS DOKUMENTĒŠANA

Dokumentē sākotnējo un tekošo Bradena vai Bradena Q skalas novērtējuma punktu skaitu un ādas novērtējumu “no galvas līdz papēžiem”, aprūpes plānu, pacienta klīniskos rezultātus un aprūpes plāna pārskatīšanu kā regulāru aprūpes darbību. Dokumentē pacienta/ģimenes izglītošanu un apspriestos informatīvos materiālus (piemēram, profilakses stratēģijas). Ja pacientam rodas spiediena trauma, dziļo audu trauma, ar medicīnisko ierīci saistīts spiediena ievainojums vai gļotādas membrānas spiediena ievainojums, ziņo par “drošības notikumu” saskaņā ar veselības iestādes politiku (British Columbia Provincial Intraprofessional Skin&Wound Comitee, 2018).

Dokumentācijas process balstās uz novērtēšanā izmantojamo rīku pamatstruktūru. Veicot atkārtotu novērtēšanu, izmantojot šos rīkus, pēc noteiktiem kritērijiem aizpilda konkrētās ailes. Veicot iegūtā rezultāta analīzi, izdara secinājumus par plāna un režīma izpildi. Ne mazāk svarīgas ir aprūpes veicēju piezīmes, kuras arī dokumentē, jo bieži tajās atspoguļojas pacientu subjektīvie dati, kas nereti ļauj gūt priekšstatu par pacienta sajūtām, tostarp sāpēm, un par pacienta informētību par pozicionēšanas lomu veselības stāvokļa saglabāšanā vai uzlabošanā (*skat. 5. un 6. pielikumu*) (Matt, 2022).

Atbilstoši sastādītajam plānam jāveic plāna izpildes dokumentēšana un rezultātu izvērtēšana.

### **Dokumentācijas pamatā ir šādi ieraksti:**

1. Procedūras datums un laiks;
2. Procedūras skaidrojums pacientam;
3. Apzīmējums par pozīciju, kurā pacients tika novietots, ieskaitot pamatojumu;
4. Sniegtā atbilstošā apmācība;
5. Pacienta reakcija uz procedūru (Matt, 2022).



## Izmantotās literatūras un avotu saraksts

1. Ahmed, G. E. N., & Mohammed, B. A. (2019). Effect of Implementing Learning Package of Nesting and Swaddling for Premature Infants on Nurses' Knowledge and Performance in NICU. *American Journal of Nursing Research*, 7(4), 428-436. Retrieved from: <http://pubs.sciepub.com/ajnr/7/4/4/index.html>
2. Ausekle S. (2020). *Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (sfk-bj) pielietošana funkcionēšanas novērtēšanā un rehabilitācijas plānu sastādīšanā bērniem un jauniešiem*, Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.6.0/17/I/001 "Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana". Pieejams: [https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-02/100\\_SFK%20BJ%20un%20REHABILITACIJAS%20PLANI.pdf](https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2020-02/100_SFK%20BJ%20un%20REHABILITACIJAS%20PLANI.pdf)
3. Beharková, N., Soldánová D. (2019). Basics of Nursing Practices and Interventions. Retrieved from: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/osetrovatelske\\_postupy/web/pages\\_en/04-lecebne\\_polohy.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/osetrovatelske_postupy/web/pages_en/04-lecebne_polohy.html).
4. British Columbia Provincial Interprofessional Skin & Wound Committee. (2018). *Guideline: Prevention of Pressure Injury in Adults & Children*; Retrieved from: <https://www.clwk.ca/get-resource/prevention-of-pressure-injury/>
5. British Columbia Provincial Nursing Skin and Wound Committee, (2014). *Guideline: Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk in Adults & Children/ Infants*. Retrieved from: <https://docplayer.net/17881423-Guideline-braden-scale-for-predicting-pressure-ulcer-risk-in-adults-children-1-infants.html>
6. Cassino, R. et al. (2013). *A controlled, randomised study on the efficacy of two overlays in the treatment of decubitus ulcers*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23584270/>
7. Chiari, P. et al. (2017). *Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: A prognostic cohort study*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28068425/>
8. Children's Minnesota (2022). *Pressure sores: Prevention*. Patient & family Education materials. Retrieved from: <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/15594/pressure-sores-prevention/>
9. Curley, M.A.Q. et al. (2003). *Predicting Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients: The Braden Q Scale*. *Nursing Research*. 52(1):22-33, Retrieved from: [http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/nr\\_bq\\_article.pdf](http://www.marthaaqcurley.com/uploads/8/9/8/6/8986925/nr_bq_article.pdf)
10. Čirko A., Kalniņa I. (2019). *Fiziskās un garīgās attīstības novērtēšana bērnam vecumā no vienas nedēļas līdz pieciem gadiem un garīgās attīstības novērtēšanas lapas aizpildīšanas metodika. Jaundzimušo un zīdaiņu, un bērnu veselības aprūpe un izvērtēšana ambulatorajā praksē*. Metodiskais materiāls, Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.6.0/17/I/001 "Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana. Pieejams: <https://www.talakizglitiba.lv/fiziskas-un-garigas-attistibas-novertesana-bernam-un-garigas-attistibas-novertesanas-lapas>
11. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAN), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*, Retrieved from: [https://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick\\_Reference\\_Guide-10Mar2019.pdf](https://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf).
12. Frontera, W. R. et al. (2019). *DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice*. 6th ed. Lippincott williams & wilkins, a wolters kluwer business.

13. Hoeman, S. P. (2007). *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, and Outcomes*. 4th ed. St. Louis Missouri: Mosby.
14. Matt, V. (2022). *Patient Positioning: Complete Guide and Cheat Sheet for Nurses*. Retrieved from: <https://nurseslabs.com/patient-positioning/>
15. Mauk, K. L. ed. (2012). *Rehabilitation nursing : a contemporary approach to practice*. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.
16. Nacionālais veselības dienests. (2010). *Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas*. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/1424/download?attachment>
17. Oxford Health NHS. (2017). *The Braden Q risk assessment tool*. Retrieved from: <https://www.oxfordhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/08/The-Braden-Q-risk-assessment-tool-Ver-3-14.7.17.docx>
18. Physiopedia. *Positioning the Child with Cerebral Palsy*. Retrieved from: [https://www.physio-pedia.com/Positioning\\_the\\_Child\\_with\\_Cerebral\\_Palsy](https://www.physio-pedia.com/Positioning_the_Child_with_Cerebral_Palsy)
19. Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team*. 3th ed. Retrieved from: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Pressure\\_Injuries\\_BPG.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Pressure_Injuries_BPG.pdf)
20. Sociālās iekļaušanas politikas departaments. (2019). *Bērna ar funkcionāliem traucējumiem attīstības vērtēšanas kritēriju un individuālā izvērtējuma metodika*. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/lv/berni-ar-funkcionaliem-traucejumiem-kuri-atrodas-gimene>
21. Thames Valley Neonatal ODN Quality Care Group (2021). *Positioning and Handling on the Neonatal Unit*, Hosted by University Hospital Southampton NHS Foundation Trust. Retrieved from: [https://www.piernetwork.org/uploads/4/7/8/1/47810883/positioning\\_and\\_handling\\_on\\_the\\_neonatal\\_unit\\_v3\\_july\\_2017\\_final.pdf](https://www.piernetwork.org/uploads/4/7/8/1/47810883/positioning_and_handling_on_the_neonatal_unit_v3_july_2017_final.pdf)
22. The Royal Children's Hospital Melbourne. (2022). *Pressure injury prevention and management Clinical Guidelines (Nursing)*, Retrieved from: [https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital\\_clinical\\_guideline\\_index/Pressure\\_injury\\_prevention\\_and\\_management/](https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Pressure_injury_prevention_and_management/)
23. Vaitkienė, Gyd.G. (2021). *Pragulų teorija, profilaktika ir gydymo ypatumai*. UAB Slaugivita, Molnlycke Health Care UAB, Empatija Neuroklinika.
24. WHO (2021). *Obesity and overweight*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

## PIELIKUMI

### 1. pielikums Izgulējuma riska novērtēšanas skala – Bradena skala

Riska faktors	Situācijas apraksts	Punkti
<b>Jušanas izvērtējums</b> Spēja jēgpilni reaģēt uz spiediena radītu diskomfortu	<b>Pilnībā ierobežota.</b> Nav reakcijas. Nereagē uz sāpīgiem kairinājumiem (nevoid, nesaraujas vai nesatver) samazinātas apziņas vai sedācijas dēļ. <b>VAI</b> Ierobežota spēja sajūst sāpes lielākajā daļā ķermeņa.	1
	<b>Ļoti ierobežota.</b> Reagē tikai uz sāpīgiem kairinājumiem vaidot, nemierīgs, bet nespēj izstāstīt par diskomfortu. <b>VAI</b> Ir jušanas traucējumi, kas ierobežo spēju sajūst sāpes vai diskomfortu vairāk nekā 1/2 no ķermeņa.	2
	<b>Nedaudz ierobežota.</b> Reagē uz verbālām komandām, bet ne vienmēr spēj izstāstīt par diskomfortu vai vajadzību pagriezties. <b>VAI</b> Ir nelieli jušanas traucējumi, kas ierobežo spēju sajūst sāpes vienā vai divās ekstremitātēs.	3
	<b>Nav traucējumu.</b> Nav jušanas deficīta, kas ierobežotu spēju sajūst sāpēs vai diskomfortu vai izstāstīt par tām.	4
<b>Mitrums</b> Pakāpe, kādā āda ir pakļauta mitruma ietekmei	<b>Pastāvīgi mitra.</b> Āda pastāvīgi mitra no pārmērīgas svīšanas, urīna nesaturēšanas u.c. Pacienta pārvietošanas vai pagriešanas laikā katru reizi tiek konstatēts mitrums.	1
	<b>Bieži mitra.</b> Āda ir mitra bieži, bet ne vienmēr. Jāveic regulāra miesas apkope un gultas veļas maiņa vismaz 3 un vairāk reizes dienā.	2
	<b>Dažreiz mitra.</b> Āda laiku pa laikam ir mitra, nepieciešama veļas vai autiņbiksīšu maiņa 1–2 reizes dienā.	3
	<b>Reti mitra.</b> Āda parasti ir sausa, ārpuskārtas veļas maiņa nav nepieciešama.	4
<b>Aktivitāte</b> Fizisko aktivitāšu	<b>Gulošs.</b> Piesaisīts gultai.	1

pakāpe	<p><b>Sēdošs.</b> Stipri ierobežota vai iztrūkstoša spēja staigāt. Nevar noturēt sava ķermeņa svaru, ir nepieciešama palīdzība, iesēžoties krēslā vai ratiņkrēslā.</p>	2
	<p><b>Reizēm staigā.</b> Dienas laikā staigā īsus attālumus ar vai bez citu palīdzības. Lielāko dienas daļu pavada gultā vai ratiņkrēslā.</p>	3
	<p><b>Bieži staigā.</b> Pastaigājas ārpus savas istabas vismaz 2 reizes dienā un istabas robežās vismaz vienu reizi stundā aktīvajā dienas daļā.</p>	4
<p><b>Mobilitāte</b> Spēja mainīt un kontrolēt ķermeņa pozu</p>	<p><b>Pilnībā ierobežota (imobīls).</b> Nespēj veikt pat niecīgas ķermeņa un ekstremitāšu kustības bez citu palīdzības, lai izmainītu ķermeņa pozu.</p>	1
	<p><b>Ļoti ierobežota.</b> Veic dažas ķermeņa vai ekstremitāšu kustības pozas maiņai, bet nespēj to veikt regulāri un neatkarīgi.</p>	2
	<p><b>Nedaudz ierobežota.</b> Var patstāvīgi veikt neliela apjoma kustības ķermeņa un ekstremitāšu pozīcijas maiņai.</p>	3
	<p><b>Neierobežota.</b> Var neatkarīgi veikt visas kustības ķermeņa pozīcijas maiņai.</p>	4
<p><b>Uztura uzņemšana</b> Ikdienas uztura uzņemšanas veids</p>	<p><b>Ļoti nabadzīga.</b> Praktiski neēd pilnvērtīgu maltīti. Reti apēd vairāk nekā 1/3 no jebkura ēdiena piedāvātās porcijas. Apēd 2 vai mazāk porcijas olbaltumvielu (gaļas vai piena produktu) dienā. Nepietiekoši uzņem šķidrumu. Neuzņem papildu uztura bagātinātājus.</p> <p style="text-align: center;"><b>VAI</b></p> <p>Uzsākta parenterāla barošana un/vai papildus šķidruma pievade i/v, kas ilgst vairāk kā 5 dienas.</p>	1
	<p><b>Iespējams, nepietiekama.</b> Reti ēd pilnvērtīgu maltīti un parasti apēd tikai aptuveni 1/2 no piedāvātās porcijas. Olbaltumvielu patēriņš ietver tikai 3 porcijas gaļas vai piena produktu dienā. Reizēm lieto uztura bagātinātājus.</p> <p style="text-align: center;"><b>VAI</b></p> <p>Saņem mazāk par optimālo šķidruma daudzumu, uzsākta enterāla barošana.</p>	2
	<p><b>Apmierinoša.</b> Apēd vairāk nekā pusi no piedāvātās porcijas visās ēdienreizēs. Kopā katru dienu apēd 4 porcijas olbaltumvielu (gaļas vai piena produktu).</p>	3

	<p>Reizēm var atteikties no ēdienreizes, bet, ja piedāvā, lieto uztura bagātinātājus.</p> <p style="text-align: center;"><b>VAI</b></p> <p>Totāla enterāla vai parenterāla barošana, kas nodrošina lielāko daļu uzturvajadzību.</p>	
	<p><b>Laba</b></p> <p>Apēd gandrīz visu piedāvāto, nekad neatsakās no ēdiena. Apēd nepieciešamo olbaltumvielu un piena produktu daudzumu. Neatsakās no uzkodām starp ēdienreizēm. Nav nepieciešami uztura bagātinātāji.</p>	4
<b>Berzes un bīdes ietekme</b>	<p><b>Izteikta.</b></p> <p>Lai kustētos, nepieciešama palīdzība. Ja atstāj bez atbalsta, noslīd uz leju vai sāniem. Mainot pozu, nepieciešama repozicionēšana. Spasticitāte un kontraktūras.</p>	1
	<p><b>Daļēji izteikta.</b></p> <p>Spēj kustēties pats vai nepieciešama minimāla palīdzība. Kustību laikā vērojama berze pret gultu vai ratiņkrēslu. Pārsvarā spēj saglabāt apmierinošu stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, reizēm noslīd.</p>	2
	<p><b>Nenovēro.</b></p> <p>Spēj patstāvīgi kustēties gultā vai ratiņkrēslā. Ir pieteikams muskuļu spēks, lai mainītu pozu, neradot berzi. Ir optimāls ķermeņa stāvoklis gultā un ratiņkrēslā.</p>	3

2. pielikums  
Izgulējuma riska novērtēšanas skala – Bradena Q skala

Apakšpunkti	Apakšpunktu līmeņi				Punkti
<p><b>Mobilitāte, kustīgums -</b></p> <p>Spēja mainīt un kontrolēt sava ķermeņa stāvokli</p>	<p><b>1–Pilnībā ierobežota.</b></p> <p>Nespēj veikt pat nelielas kustības, lai bez palīdzības mainītu ķermeņa stāvokli.</p>	<p><b>2–Ļoti ierobežota.</b></p> <p>Reizēm veic nelielas kustības vai ķermeņa stāvokļa maiņu, bet nevar patstāvīgi veikt liela apjoma kustības.</p>	<p><b>3–Daļēji ierobežota</b></p> <p>Var patstāvīgi veikt neliela apjoma kustības, ķermeņa un ekstremitāšu stāvokļa maiņu.</p>	<p><b>4–Nav ierobežojuma.</b></p> <p>Var veikt liela apjoma un biežu ķermeņa stāvokļa maiņu bez palīdzības.</p>	
<p><b>Pacienta aktivitāte -</b></p> <p>Fiziskās aktivitātes apjoms</p>	<p><b>1–Guļošs.</b></p> <p>Piesaisīts gultai.</p>	<p><b>2–Pārvietošanās ratiņkrēslā.</b></p> <p>Spēja staigāt ir izteikti ierobežota vai nav iespējama. Nespēj pats sevi noturēt, nepieciešama palīdzība arī ratiņkrēslā.</p>	<p><b>3–Reizēm staigā.</b></p> <p>Var veikt nelielus attālumus pats vai ar palīdzību. Lielāko daļu laika pavada gultā vai ratiņkrēslā.</p>	<p><b>4–Bieži staigā.</b></p> <p>Var patstāvīgi pārvietoties ārpus palātas vairākas reizes dienā (vismaz reizi divās stundās).</p>	
<p><b>Sensorā funkcija (jušana) –</b></p> <p>spēja atbilstoši reaģēt uz spiediena radītu diskomfortu</p>	<p><b>1–Nav atbildes, pilnībā iztrūkst.</b></p> <p>Nav reakcijas (kunkstēšanas, saraušanās, satveršanas) uz sāpīgu stimulu, ir bezsamaņa vai traucēta apziņa sedācijas dēļ vai ierobežota spēja sajūst sāpes vairāk kā 1/2 ķermeņa virsmas.</p>	<p><b>2–Ļoti ierobežota.</b></p> <p>Reaģē tikai uz sāpīgiem stimuliem. Nespēj komunicēt, vienīgi vaid, vai arī ir sensorās funkcijas traucējumi, kas neļauj sajūst kairinājumu – sāpes vai diskomfortu apmēram 1/2 ķermeņa virsmas.</p>	<p><b>3–Nedaudz ierobežota.</b></p> <p>Reaģē uz verbālām komandām, bet ne vienmēr spēj paust diskomfortu, var būt nepieciešama palīdzība, vai arī ir nelieli sensori traucējumi, kas ierobežo spēju just sāpes un diskomfortu vienā vai divās ekstremitātēs.</p>	<p><b>4–Nav traucējumu.</b></p> <p>Reaģē uz verbālām komandām. Nav sensora deficīta, kas ierobežotu spēju sajūst sāpes vai diskomfortu.</p>	
<p><b>Ādas mitruma raksturojums</b></p>	<p><b>1–Āda pastāvīgi mitra.</b></p> <p>Āda ir mitra gandrīz visu laiku perspirācijas, urinēšanas dēļ u.tml. Mitrums tiek konstatēts katru reizi, kad pacients tiek pagriezts, kustināts.</p>	<p><b>2–Bieži mitra.</b></p> <p>Āda atkārtoti un bieži ir mitra. Jāveic regulāra veļas maiņa ik pēc 8 stundām.</p>	<p><b>3–Dažreiz mitra.</b></p> <p>Āda ir reizēm mitra; nepieciešama ārpuskārtas veļas maiņa ik pēc 12 stundām.</p>	<p><b>4–Reti mitra.</b></p> <p>Āda pārsvarā ir sausa; gultas veļas maiņa ik pēc 24 stundām.</p>	

<b>Uztura uzņemšana</b>	<b>1–Ļoti nepietiekama</b> i/v izmantošana vairāk nekā piecas dienas vai nekad neuzņem pilnīgi visu nepieciešamo uztura daudzumu (vairāk kā pusi no nepieciešamā). 2x dienā uzturs bagāts ar olbaltumvielām. Nepietiekama šķidruma uzņemšana atkarībā no vecuma (skat. tabulu).	<b>2–Nepietiekama</b> Reti apēd visu nepieciešamo uztura daudzumu, uzņem apmēram ½ no nepieciešamā daudzuma vai saņem ēdienu caur zondi, 3x dienā uzturs bagāts ar olbaltumvielām. Nepietiekama šķidruma uzņemšana atkarībā no vecuma (skat. tabulu) .	<b>3–Apmierinoša</b> Ēdināšana caur zondi atbilstoši vecumam, nodrošinot uzturu ar nepieciešamajām kalorijām un minerālvielām. 4 x dienā saņem olbaltumvielām bagātu uzturu. Apēd gandrīz visu vai lielāko daļu no nepieciešamā uztura.	<b>4–Laba.</b> Adekvāta diēta atbilstoši vecumam un kaloriju daudzumam. 4 x dienā saņem olbaltumvielām bagātu uzturu. Pietiekama šķidruma uzņemšana.	
<b>Pakļautība berzes un bīdes iedarbībai</b>	<b>1–Izteikta.</b> Kustībām nepieciešama palīdzība. Pilnīga atstāšana bez atbalsta, novēršot slīdēšanu, nav pieļaujama. Bieži slīd, mainot stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, ir nepieciešamība repozicionēt. Spasticitāte, kontraktūras, bieža berzes iedarbība.	<b>2–Daļēji izteikta.</b> Kustībām nepieciešama palīdzība. Bieži slīd, mainot stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, ir nepieciešamība repozicionēt.	<b>3–Potenciāla problēma</b> Spēj kustēties pats vai nepieciešama minimāla palīdzība. Kustību laikā vērojama berze pret gultu vai ratiņkrēslu. Pārsvarā spēj saglabāt apmierinošu stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, bet reizēm noslīd.	<b>4–Nenovēro.</b> Spēj kustēties gultā vai ratiņkrēslā patstāvīgi un ir pietiekams muskuļu spēks, lai mainītu pozu, neradot berzi. Ir optimāls ķermeņa stāvoklis gultā vai ratiņkrēslā.	
<b>Audu perfūzija un oksigenizācija</b>	<b>1–Ļoti apdraudēta</b> Hipotensija < 50 mmHG; < 40 jaundzimušajam vai pacientam nav pieļaujama pozīcijas maiņa.	<b>2–Apdraudēta</b> Normotensija; PH < 7,40; skābekļa saturācija var būt <95%; hemoglobīns <10 mg/dl; rekapilarizācijas laiks >2 sek..	<b>3–Adekvāta</b> Normotensija; PH – normāls; skābekļa saturācija var būt <95%; hemoglobīns <10 mg/dl; rekapilarizācijas laiks >2 sek..	<b>4–Laba</b> Normotenzija; PH – normāls; skābekļa saturācija var būt >95%; hemoglobīns normāls; rekapilarizācijas laiks < 2 sek..	
<b>Kopējais punktu skaits</b>					

(Curley et al. 2003)

### Spiediena radītu bojājumu riska izvērtējums un dokumentēšana pēc Bradena vai Bradena Q skalas – paraugs (British Columbia Provincial Intraprofessional Skin&Wound Comitee)

Spiediena radīta bojājuma riska novērtēšana pēc Bradena skalas										
<b>Riska līmeņa noteikšana</b>  <b>Punkti</b> <b>Riska līmenis</b> 15-18    Z= zems 13-14    V = vidējs 10-12    A = augsts 9 zemāk    Ļ A = ļoti augsts  <b>Apsvērums - pacienti ar šādiem nosacījumiem pakļauti lielākam riskam:</b> Esošs ādas bojājums Vecums 75 un vairāk Diastoliskais spiediens zemāk kā 60 Hemodinamiski nestabils Drudzis PerifVaskulSlim/Diabēts Aptaukošanās	Datums									
	Laiks									
	Jušana									
	Mitrums									
	Aktivitāte									
	Mobilitāte									
	Uztura uzņemš.									
	Bīde. Berze									
	Riska punkti									
	Riska līmenis									
	Māsas piezīmes									
	Iniciāli									

Spiediena radīta bojājuma novērtēšana pēc Braden Q skalas										
<b>Riska līmeņa noteikšana</b>  <b>Punkti</b> <b>Riska līmenis</b> 22-28    Z = zems 17 - 21    V = vidējs līdz 16    A = augsts	Datums									
	Laiks									
	Jušana									
	Ādas mitrums									
	Pacienta aktivitāte									
	Pacienta mobilitāte									
	Uzturs									
	Bīde un berze									
	Riska punkti									
	Riska līmenis									



**Pacienta novērtēšanas “no galvas līdz papēžiem” dokumentēšanas paraugs**  
(British Columbia Provincial Intraprofessional Skin&Wound Comitee)

Ķermeņa riska zonu novērtējuma lapa												
Atzīmē datuma un laika ailē atbilstoši vērtētajam Jā vai Nē vai NA - nav aktuāli BAL - brūču aprūpes lapa	<b>Datums</b>											
	<b>Laiks</b>											
	Vispārēja ķermeņa novērtēšana veikta	Jā/Nē										
	Augsta riska zonu pārbaude:											
	Pakausis	Jā/Nē/NA										
	Sacrum/Krusta kauls	Jā/Nē/NA										
	Bilaterāli sēžas kaula paugurs	Jā/Nē/NA										
	Bilaterāli potīte/papēdis	Jā/Nē/NA										
	Bilaterāli lielais grozītājs	Jā/Nē/NA										
	Ādas krokas	Jā/Nē/NA										
Medicīnas ierīces	Jā/Nē/NA											
Glotādas	Jā/Nē/NA											
Cits:	Jā/Nē/NA											
Ja ir brūce, atzīme BAL												
Māsas piezīmes												
<b>Māsas iniciāli</b>												

5. pielikums  
**Pozicionēšanas dokumentēšanas piemērs (EPUAP, NPIAP, PPPIA)**

Datums \_\_\_\_\_ Māsu palīgs \_\_\_\_\_

Darbība/Laiks	08 - 10	10 - 12	12 - 14	14 - 16	16 - 18	18 - 20	20 - 22	22 - 24	00 - 02	02 - 04	04 - 06	06 - 08	<b>Pretizgulējumu palīgīdzekļi</b> <input type="checkbox"/> Nav nepieciešams <input type="checkbox"/> Plāksteri <input type="checkbox"/> Polsteri <input type="checkbox"/> Papēžu atslogošana <input type="checkbox"/> Galvas riņķis <input type="checkbox"/> Kakla palīknis <input type="checkbox"/> Krustu atslogošana <input type="checkbox"/> Pretizgulējumu matracis <input type="checkbox"/> CITS _____
<b>LB sāns</b>	08:20												
<b>KR sāns</b>		10:15											
<b>Mugura</b>													
<b>Vēders</b>													
<b>Proced.izskaidr.</b>	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē	
<b>Komforts, sajūtas +/-</b>													

**Ādas bojājumu risku izvērtēšanas dokumentēšanas piemērs (EPUAP, NPIAP, PPIA)**

Riska līmeņa noteikšana  <b>Punkti</b> <b>Riska līmenis</b> 15-18    Z= zems 13-14    V = vidējs 10-12    A = augsts 9 zemāk    Ļ A = ļoti augsts	Datums												
	Laiks												
	Jušana												
	Mitrums												
	Aktivitāte												
	Mobilitāte												
	Uztura uzņemš.												
	Bīde. Berze												
	Riska punkti												
	Riska līmenis												
	Māsas piezīmes												
	Iniciāli												