

✓

MATERIAL PENTRU INSTRUIREA INTREGULUI PERSONAL DE ÎNGRIJIRE PRIVIND MOBILIZAREA BOLNAVILOR/PACIENTILOR

1. SCOP

Stabilirea unui set unitar de reguli și responsabilități privind mobilizarea pacientului (pozițiile acestuia în pat, schimbarile de pozitie, etc).

2. DOMENIUL:

Procedura se aplică de către toate asistentele/ infirmierele din cadrul **Spitalului**

DESCRIEREA PROCEDURII, RESPONSABILITATI SI RASPUNDERI IN DESFASURAREA ACTIVITATII

Pozițiile pacientului în pat

În funcție de starea generală și de boala sa, bolnavul ocupă în pat o poziție activă, pasivă sau forțată.

Poziția activă – pacientul se mișcă singur, nu are nevoie de ajutor

Poziția pasivă – pacientul nu poate să- și schimbe singur poziția, și- a pierdut forța fizică, are nevoie de

ajutorul altei persoane; bolnavi grav, adinamici

Poziția forțată – pacientul are o postură inadecvată; poziția poate fi:

1. determinată de afecțiunea de bază (în tetanos, meningită)
2. ca o reacție de apărare a organismului (în crizele de dureroase de ulcer sau în colica biliară)
3. ca o măsură profilactică în prevenirea unor complicații (prevenirea emboliei în cazul tromboflebitei)
4. ca măsură terapeutică (folosirea aparatelor de extensie – condiție esențială a tratamentului)
5. alte poziții forța

Asistentele trebuie să cunoască pozițiile pe care le iau pacienții în pat, poziția în care aceștia trebuie aduși

cu ocazia unor îngrijiri și examinări speciale și manoperele prin care se asigură schimbările de poziție.

Poziția	Cum se realizează	Afecțiunile/situațiile care o impun	Observații
Decubit dorsal Poziția Fowler	Culcat pe spate cu fața în sus - fără pernă - cu o pernă subțire - cu 2 perne (poziție obișnuită și comodă)	după puncție lombară - unele afecțiuni ale coloanei vertebrale (suprafață tare) - anemii post- hemoragice - unele afecțiuni cerebrale - pacienți slăbiți	Previne contractura mușchilor abdominali - Este mai confortabilă cu genunchii îndoiți poz. Fowler - menținută timp îndelungat=dureri



			Zone explorate: capul, gâtul, toracele anterior, plămânii, sânii, inima, abdomenul, extremitățile, zonele de palpare a pulsului
Semișezând	- culcat pe spate - toracele formează cu linia orizontală un unghi de 30-45° - Se realizează: - cu un nr. mai mare de perne - cu rezemător mobil - cu somieră articulată - Ca pacientul să nu alunece, se așează sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau un sul din pătură învelit într- un cearșaf răsucit la extremități și introdus sub saltea . - Sub tălpi se pune un sprijinitor	- afecțiuni cardiace și pulmonare - perioada de convalescență - unele categorii de operații - vârstnici - primul ajutor dat pacienților cu afecțiuni cardiorespiratorii	Mentținerea îndelungată necesită măsuri de prevenire a escarelor (colaci de cauciuc sub regiunea fesieră) și a altor complicații. - Este interzisă pacienților cu ➤ tulburări de deglutiție ➤ comatoșilor
Șezând	În pat: - trunchiul formează cu membrele inferioare un unghi drept - pacientul are coapsele flectate pe bazin și gambele sunt în semiflexie pe coapse - genunchii sunt astfel ridicați - Poziția se realizează: - prin ridicarea părții cefalice a somierei articulate (cu ajutorul manivelei) - cu sprijinitorul de perne - sau se vor pune 4- 5 perne așezate în trepte ; capul se va sprijini cu o pernă mică - sub brațele pacientului	- în stare gravă - dispneici, în caz de pneumonii - întinse - insuficiență cardiacă - în perioada acceselor de astmă bronșic - vârstnici - după anumite intervenții chirurgicale (glanda tiroidă)	În vederea examinării pacientului, poziția șezând realizează expansiunea completă a plămânilor și permite o mai bună examinare a părții superioare a corpului. - Pacienții slăbiți d. p. d. v. fizics- ar putea să nu poată sta în această poziție ; ei vor fi așezați în decubit dorsal cu extremitatea cefalică a somierei ridicată. - Pacienții cu insuficiență cardiacă în cursul acceselor de dispnee nocturnă, se așează de mai multe ori la marginea patului cu picioarele atârinate; sub tălpi se așează un

	se poate așeza câte o pernă ; pt. a împiedica alunecarea se așează sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau un sul din pătură învelit într- un cearșaf răsucit la extremități și introdus sub saltea . Sub tălpi se pune un sprijinitor. În fotoliu: este așezat confortabil, bine îmbrăcat și acoperit cu pătură		tabureti Zone explorate: capul, gâtul, spatele, toracele posterior, plămânii, sânii, axila, inima, extremitățile superioare.
Decubit lateral	Poate fi drept sau stg: - culcat pe o parte - capul sprijinit pe o singură pernă -mb. inf. flectate ușor - sau mb. inf. ce este în contact cu suprafața patului întins, iar celălalt îndoit - spatele sprijinit cu o pernă sau un sul sau cu rezemătoare speciale	- în pleurezii -meningite - după intervenții intratoracice - după intervenții renale - în cazul drenajului cavității pleurale Se mai impune: ➤ în cursul efectuării toaletei ➤ schimbării lenjeriei ➤ administrării clismelor și Supozitoarelo măsurării temperaturii pe cale rectală ➤ pt. puncția lombară ➤ în cursul sondajului duodenal ➤ drenajului postural r	pt. a împiedica apariția escarelor - între genunchi și maleole se introduc inele de vată - sub trohanterul mare, un colac de cauciuc îmbrăcat ➤ vârstnicii, adinamicii vor fi întorși la intervale regulate de 1- 2- 3 ore pt. prevenirea complicațiilor ➤ dacă pacientul are un mb. inf: - paralizat - fracturat - dureros - operat acesta va fi menținut în cursul manoperei de întoarcere de către asistentă și așezat pe un suport pregătit în prealabil. Zonele ce pot fi explorate : inima (decubit lateral stg) ; poziția este ideală, pt. a auzi murmurul cu sonor redus.
Poziție (declivă) Trendelenburg	- Decubit dorsa, eventual lateral, cu capul mai jos decât restul	- pe masa de operație în cazul sincopelor din cursul anesteziei	favorizează o bună circulație pentru centrul vitali ➤ în decubit lateral se

	corpului Se realizează prin: - ridicarea extremității distale a patului - diferența între cele 2 extremități ale patului poate varia de la 10 la 60cm - sub capul pacientului se poate pune o pernă subțire - se protejează capul pacientului cu o pernă așezată vertical la căpătâiul patului - pentru evitarea alunecării de pe masa de operație, pacientul este fixat în chingi sau rezemătoare speciale de umăr	generale - în anemii acute - pt. autotransfuzii - pt. oprirea hemoragiilor membrelor inf. și organelor genitale feminine după intervenții ginecologice - după rahianestezie - pt. a favoriza drenajul secrețiilor din căile respiratorii superioare	așează at. când este pericol de aspirare a secrețiilor 
Poziție proclivă (Trendelenburg inversat)	- oblică cu capul mai sus	pentru extensia coloanei cervicale (tratament ortopedic)	
Decubit ventral	- culcat pe abdomen - capul într-o parte pe o pernă subțire - membrele superioare așezate la stg și la dr. capului - cu fața palmară pe suprafața patului - cu degetele în extensie Sub glezne: - o pernă cilindrică Sub torace și abdomen se pot așeza perne subțiri, moi	- în paralizia unor grupuri musculare; hemiplegie - în escare extinse - drenarea unor colecții purulente - inconștienți	este poziția de noapte pt. sugari și copii mici - nu este posibilă fără pernă pt. anumite boli cardiace și pulmonare
Poziție ginecologică	decubit dorsal - cu genunchii îndoiți - coapsele îndepărtate Se poate realiza: - în pat - pe masa de examinare - pe masa ginecologică care are sprijinitor pt. mb.	pt. examene ginecologice și obstetricale - facilitează introducerea speculului vaginal-valvelor - pt. examinări rectale (rectoscopie, tușeu rectal)	Examinarea se face după golirea vezicii urinare și a rectului - poziție jenantă și inconfortabilă - nu se prelungeste prea mult examinarea - pacienta tb. menținută bine acoperită

	inferioare, iar sub placa de șezut are o tăviță mobilă		
Poziția genupectorală	pacientul așezat pe genunchi, aceștia fiind ușor îndepărtați - aplecat înainte pieptul atinge planul orizontal (masa de examinat)	pt. explorarea zonei rectale	- este o poziție jenantă, inconfortabilă - pacienții cu artrită sau alte deformări articulare nu o vor putea practica

2

Schimbările de poziție ale pacientului

Pot fi : active (le execută pacientul singur) și pasive (pacientul necesită ajutor).

4

Schimbările pasive se efectuează la pacienți : dinamici, imobilizați, inconștienți, paralizați, cu aparate gipsate etc.

Principii de respectat:

- sunt necesare 1- 2 asistente
 - as. trebuie să adopte o poziție potrivită pt. a putea ridica pac. cu mai multă ușurință și cu un efort fizic mai mic;
 - - prinderea pacientului se face precis și sigur cu toată mâna, așezând palma pe suprafața corpului pac. a. î.
 - suprafața de contact să fie cât mai mare
 - așezarea as. cât mai aproape de pat (de pac.)cu picioarele depărtate pt. a avea o bază de susținere cât mai mare
 - genunchii flectați, coloana vertebrală ușor aplecată (ac. poz. asigură protejarea col. vertebrale a as. prin
 - diminuarea compresiunii asupra discurilor intravertebrale și asupra corpului vertebrei, permițând as. să utilizeze
 - forța coapsei și a gambei, impulsionând toată energia ei spre picioare; prin
 - flectarea genunchilor, automat centrul
 - de greutate coboară, a. î. poziția este mult mai convenabilă pt. a efectua mai ușor un efort cu membrele sup. și inf.
- Cele mai frecvente mișcări pasive prin care se schimbă poziția bolnavului în pat sunt:

1. întoarcerea bolnavului din decubit dorsal în decubit lateral și înapoi.
2. aducerea bolnavului în poziție șezândă la marginea patului



3. readucerea la loc a bolnavilor care au alunecat jos de pe pernă

1. Întoarcerea bolnavului din decubit dorsal în decubit lateral și înapoi

Asistenta se așează la marginea patului spre care va fi întors bolnavul:

- îndoaie brațul bolnavului din partea opusă peste celălalt
- asistenta se așează cu fața în dreptul toracelui bolnavului având piciorul dinspre capătul patului așezat mai înaintea celui alt

- își flexează ușor genunchii, se apleacă și prinde cu mâna umărul din partea opusă, iar cu cealaltă mână prinde șoldul bolnavului

- as. trece greutatea corpului ei dinspre mb. inf. plasat mai în față înspre mb. aflat mai în spate și întoarce bolnavul spre ea

- în timpul acestei mișcări as. își flexează bine genunchii.

Readucerea în decubit dorsal se face de către 2 asistente:

- ambele paciente se așează de aceeași parte a patului în spatele pacientului

- as. așezată la capul pacientului prinde pac. sub axilă, cea mai apropiată de suprafața patului și- i sprijină capul pe antebraț

- cealaltă as. introduce o mână sub bazinul pacientului

- cu mâinile rămase libere ele întorc pacientul

2. Aducerea bolnavului în poziție șezândă la marginea patului

Există 3 metode:

1) As. se așează la marginea patului cu fața spre pacient:

- plasează piciorul care se află lângă pat mai în urma celui alt

- brațul dinspre pat al as. rămâne liber până în mom. ridicării pacientului

- celălalt braț, as. îl trece peste umărul pac. și plasează mâna (palma) între omoplații acestuia

- pt. a ridica pac. as. își basculează greutatea corpului dinspre piciorul aflat în față spre piciorul plasat mai în spate,

- flexând genunchii în același timp

- cu brațul liber își fixează ca punct de sprijin marginea patului.

Astfel centrul de greutate al as. contrabalansează greutatea pacientului.

2) As. se așează la marg. patului:

- cu mâna dinspre extremitatea distală a patului prinde regiunea axilară a pacientului, iar cu cealaltă mână îl

- îmbrățișează din spate, sprijinindu- i capul pe antebraț

- pac. dacă starea îi permite se poate sprijini de brațul as. sau de gâtul acesteia, îmbrățișându-o

3) pac. în stare gravă= 2 as.

- as. se așează de o parte și de alta a patului
- ele încrucișează antebrățele în regiunea dorsală a pacientului, așezând palmele pe omoplații pacientului
- cu cealaltă mână prind pacientul sub axilă

5

- la comanda uneia dintre ele ridică pacientul în poziție șezând, cu o singură mișcare.

3. Ridicarea pacientului pe pernă

Se execută de către 2 pers. așezate de o parte și de alta a patului, cu fața ușor întoarsă spre capul patului:

- își largesc baza de susținere prin depărtarea picioarelor și plasarea acestora unul în fața celuilalt (cel dinspre extremitatea distală a patului fiind plasat mai în spate)
- îndoiesc brațele pacientului peste abdomen
- introduc mâna dinspre capul patului sub omoplații pacientului cu palma în sus
- cealaltă mână o introduc sub regiunea fesieră a pacientului, unde mâinile celor două persoane se unesc
- își flectează genunchii
- la comanda uneia dintre ele se ridică pacientul, folosind metoda membrilor inferioare prin trecerea greutateii de pe un picior pe altul

pt. a ușura efortul de ridicare cele 2 pers. se pot sprijini cap în cap
Readucerea pacientului pe pernă se poate face și de către o singură pers. dacă pacientul poate să se ajute

flectându-și genunchii și împingând cu picioarele sprijinite pe suprafața patului
Important:

- pt. ușurarea mișcării pac. este importantă balansarea corpului as. de pe un picior spre celălalt în direcția mobilizării pacientului (transferând greutatea prin împingere)
- explicăm întotdeauna pacientului clar ce se face cu el și ce colaborare așteptăm de la el
- urmărim atent pacientul în tot timpul manoperei, asigurându-ne că se află în poziție confortabilă

Mobilizarea pacientului

Scop

- mișcarea pacientului pt. a preveni complicațiile ce pot apărea din cauza imobilizării
- recâștigarea independenței

Obiective

- normalizarea tonusului muscular



- menținerea mobilității articulare
- asigurarea stării de bine și de independență a pacientului
- stimularea metabolismului
- favorizarea eliminărilor de urină și fecale (la baie, nu în pat)
- stimularea circulației sanguine pentru profilaxia trombozelor, pneumoniilor, escarelor, contracturilor.



Principii de respectat

Mobilizarea se face în funcție de:

- natura bolii
 - starea generală
 - tipul de reactivitate a pacientului
 - perioada de exerciții pasive și active pt. refacerea condiției musculare și anvergura de mișcare tb.
- Începută încet, mărindu-se treptat, în funcție de răspunsul fiziologic al pacientului (creșterea frecvenței pulsului, semne de slăbiciune musculară, diaforeză)
- exercițiile se fac înainte de mese
 - pacientul tb. învățat să intercaleze ex. de mișcare cu ex. de respirație
 - momentul în care se încep mobilizarea și scularea din pat, precum și ritmul vor fi hotărâte de medic

În funcție de tipul de mișcare impus se pregătesc halat, papuci, fotoliu, cârje.

Se informează pacientul despre procedeu, scop etc.

Se măs. pulsul, TA, se observă starea pacientului, expresia feței (colorația tegumentelor, respirația).

Se poate determina gradul de flexie a articulației cu goniometrul.

Mobilizarea bolnavului începe cu mișcări active și pasive: mișcarea capului, degetelor, mâinii, gleznelor, mișcarea și schimbarea de poziție a membrilor superioare și inferioare, păstrând poziția de decubit.

Urmează :

- așezarea în poz. șezând, în mod pasiv la început
- așezarea în poz. șezând – în mod activ, de mai multe ori /zi - crescându-se nr. de min.
- așezarea în poziție șezând la marginea patului, fotoliu în mod pasiv, apoi activ
- așezarea pacientului în poziție ortostatică și primii pași

6

Mobilizarea bolnavului în poziție șezândă la marginea patului

1. - Asistenta se așează la marginea patului cu picioarele depărtate și cu genunchii flectați

- introduce o mână la spatele pacientului sub omoplat, iar cealaltă mână sub regiunea poplitee
- Bolnavul se poate ajuta, fie sprijinindu- se de marginea patului, fie îmbrățișând gâtul asistentei
- odată cu ridicarea pacientului în poziție șezând, asistenta va roti picioarele bolnavului într- un unghi de 90° urmărind poziția coloanei vertebrale a acestuia

2. În cazul pacienților care nu se pot sprijini sau prinde cu mâinile:

- asistenta așează brațele pacientului peste abdomen
- mb. inf. dinspre asistentă îl trece peste celălalt din partea opusă
- as. așează o mână sub omoplatul pacientului cu dosul palmei, iar cealaltă sub genunchii acestuia
- ridică pacientul în poziție șezând, rotindu- i în același timp picioarele într- un unghi de 90° urmărind poziția coloanei vertebrale a acestuia

Bolnavul nu trebuie menținut mult timp în această poziție; prima așezare pe marginea patului să fie numai câteva minute. Dacă el devine palid sau cianotic sau se plânge că are amețeli va fi imediat așezat înapoi în pat, controlându- i- se pulsul. Durata șederii la marginea patului în ziua următoare se poate prelungi cu câteva minute.

Așezarea în fotoliu

- asistenta așează fotoliul cu marginea laterală lipită de marginea patului
- pune un pled pe fotoliu
- îmbracă pacientul cu halat și ciorapi
- aduce pacientul în poziție șezând la marginea patului
- se așează în fața pacientului și introduce mâinile sub axilele acestuia
- pacientul se sprijină cu mâinile pe brațele sau umerii asistentei
- asistenta ridică pacientul în picioare și, întorcându- l cu spatele către fotoliu, îl așează încet în fotoliu
- îl acoperă cu pledul
- sub picioare se poate așeza un scăunel

Când așezarea în fotoliu se face de către 2 asistente, acestea se așează de o parte și de alta a pacientului care stă în poziție șezând la marginea patului, introduc mâna de lângă pacient sub axila acestuia și- l ridică în picioare, apoi, rotindu- l îl așează în fotoliu și- l acoperă

Ridicarea în poziție ortostatică

1. După ce pacientul este așezat în poziție șezând, pe marginea patului, asistenta de lângă pacient stă cu spatele la

pat, sprijină pacientul de sub ambele axile și-l ridică.

Se poate menține , la prima ridicare , câteva minute.

2. - as. se așează în fața pacient. care stă în poziție șezând la marginea patului

- fixează cu genunchii ei genunchii pacientului, iar cu mâinile îl ține de sub axile

- pacientul se prinde de umerii asistentei sau de gâtul acesteia

- prin împingere în genunchii pacientului, centrul de greutate al asistentei coboară, crescând astfel forța de ridicare a pacientului

