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

1. SCOP

Stabilirea unui set unitar de reguli şi responsabilităţi privind mobilizarea pacientului (pozitiile acestuia in 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

Poziţiile pacientului în pat

În funcţie de starea generală şi de boala sa, bolnavul ocupă în pat o poziţie activă, pasivă sau forţată.

Poziţia activă – pacientul se mişcă singur, nu are nevoie de ajutor

Poziţia pasivă – pacientul nu poate să- şi schimbe singur poziţia, şi- a pierdut forţa fizică, are nevoie de

ajutorul altei persoane; bolnavi grav, adinamici

Poziţia forţată – pacientul are o postură inadecvată; poziţia poate fi:

1. determinată de afecţiunea de bază (în tetanos, meningită)
2. ca o reacţie de apărare a organismului (în crizele de dureroase de ulcer sau în colica biliară)
3. ca o măsură profilactică în prevenirea unor complicaţii (prevenirea emboliei în cazul tromboflebitei)
4. ca măsură terapeutică (folosirea aparatelor de extensie – condiţie esenţială a tratamentului)
5. alte poziţii forţa

Asistentele trebuie să cunoască poziţiile pe care le iau pacienţii în pat, poziţia în care aceştia trebuie aduşi

cu ocazia unor îngrijiri şi examinări speciale şi manoperele prin care se asigură schimbările de poziţie.

Poziţia	Cum se realizează	Afecţiunile/situaţiile care o impun	Observaţii
Decubit dorsal Poziţia Fowler	Culcat pe spate cu faţa în sus - fără pernă - cu o pernă subţire - cu 2 perne (poziţie obişnuită şi comodă)	după puncţie lombară - unele afecţiuni ale coloanei vertebrale (suprafaţă tare) - anemii post- hemoragice - unele afecţiuni cerebrale - pacienţi slăbiţi	Previne contractura muşchilor abdominali - Este mai confortabilă cu genunchii îndoiţipoz. Fowler - menţinută timp îndelungat=dureri

			Zone explorate: capul, gâtul, toracele anterior, plămânii, sânii, inima, abdomenul, extremitățile, zonele de palpare a pulsului
Semişezând	- culcat pe spate - toracele formează cu linia orizontală un unghi de 30-45º Se realizează: - cu un nr. mai mare de perne - cu rezemător mobil - cu somieră articulată Ca pacientul să nu alunece, se aşează sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau un sul din pătură învelit într- un cearşaf răsucit la extremităţi şi introdus sub saltea . Sub tălpi se pune un sprijinitor	- afecţiuni cardiace şi pulmonare - perioada de convalescenţă unele categorii de operaţii - vârstnici - primul ajutor dat pacienţilor cu afecţiuni cardiorespiratorii	Menţinerea îndelungată necesită măsuri de prevenire a escarelor (colaci de cauciuc sub regiunea fesieră) şi a altor complicaţii. - Este interzisă pacienţilor cu ➢ tulburări de deglutiţie ➢ comatoşilor
Şezând	În pat: - trunchiul formează cu membrele inferioare un unghi drept - pacientul are coapsele flectate pe bazin şi gambele sunt în semiflexie pe coapse - genunchii sunt astfel ridicaţi Poziţia se realizează: - prin ridicarea părţii cefalice a somierei articulate (cu ajutorul manivelei) - cu sprijinitorul de perne - sau se vor pune 4- 5 perne aşezate în trepte ; capul se va sprijini cu o pernă mică - sub braţele pacientului	- în stare gravă - dispneici, în caz de pneumonii întinse - insuficienţă cardiacă - în perioada acceselor de astmă bronşic - vârstnici - după anumite intervenţii chirurgicale (glanda tiroidă	În vederea examinării pacientului, poziţia şezând realizează expansiunea completă a plămânilor şi permite o mai bună examinare a părţii superioare a corpului. - Pacienţii slăbiţi d. p. d. v. fizics- ar putea să nu poată sta în această poziţie ; ei vor fi aşezaţi în decubit dorsal cu extremitatea cefalică a somierei ridicată. - Pacienţii cu insuficienţă cardiacă în cursul acceselor de dispnee nocturnă, se aşează de mai multe ori la marginea patului cu picioarele atârnate; sub tălpi se aşează un

	se poate aşeza câte o pernă ; pt. a împiedica alunecarea se aşează sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau un sul din pătură învelit într- un cearşaf răsucit la extremităţi şi introdus sub saltea . Sub tălpi se pune un sprijinitor. În fotoliu: este aşezat confortabil, bine îmbrăcat şi acoperit cu pătură		taburet. Zone explorate: capul, gâtul, spatele, toracele posterior, plămânii, sânii, axila, inima, extremităţile superioare.
Decubit lateral	Poate fi drept sau stg: - culcat pe o parte - capul sprijinit pe o singură pernă -mb. inf. flectate uşor - sau mb. inf. ce este în contact cu suprafaţa patului întins, iar celălat îndoit - spatele sprijinit cu o pernă sau un sul sau cu rezemătoare speciale	- în pleurezii -meningite - după intervenţii intratoracice - după intervenţii renale - în cazul drenajului cavităţii pleurale Se mai impune: ➢ în cursul efectuării toaletei ➢ schimbării lenjeriei ➢ administrării clismelor şi Supozitoarelo măsurării temperaturii pe cale rectală ➢ pt. puncţia lombară ➢ în cursul sondajului duodenal ➢ drenajului postural r	pt. a împiedica apariţia escarelor - între genunchi şi maleole se introduc inele de vată - sub trohanterul mare, un colac de cauciuc îmbrăcat ➢ vârstnicii, adinamicii vor fi întorşi la intervale regulate de 1- 2- 3 ore pt. prevenirea complicaţiilor ➢ dacă pacientul are un mb. inf: - paralizat - fracturat - dureros - operat acesta va fi menţinut în cursul manoperei de întoarcere de către asistentă şi aşezat pe un suport pregătit în prealabil. Zonele ce pot fi explorate : inima (decubit lateral stg) ; poziţia este ideală, pt. a auzi murmurul cu sonor redus.
Poziţie (declivă) Trendelenburg	- Decubit dorsa, eventual lateral, cu capul mai jos decât restul	- pe masa de operaţie în cazul sincopelor din cursul anesteziei	favorizează o bună circulaţie pentru centrii vitali ➢ în decubit lateral se

	corpului Se realizează prin: - ridicarea etremităţii distale a patului - diferenţa între cele 2 extremităţi ale patului poate varia de la 10 la 60cm - sub capul pacientului se poate pune o pernă subţire - se protejează capul pacientului cu o pernă aşezată vertical la căpătâiul patului - pentru evitarea alunecării de pe masa de operaţie, pacientul este fixat în chingi sau rezemătoare speciale de umăr	generale - în anemii acute - pt. autotransfuzii - pt. oprirea hemoragiilor membrelor inf. şi organelor genitale feminine după intervenţii ginecologice - după rahianestezie - pt. a favoriza drenajul secreţiilor din căile respiratorii superioare	aşează at. când este pericol de aspirare a secreţiilor
Poziţie 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 subţire - membrele superioare aşezate la stga şi la dr. capului - cu faţa palmară pe suprafaţa patului - cu degetele în extensie Sub glezne: - o pernă cilindrică Sub torace şi abdomen se pot aşeza perne subţiri, moi	- în paralizia unor grupuri musculare; hemiplegie - în escare extinse - drenarea unor colecţii purulente - inconştienţi	este poziţia de noapte pt. sugari şi copii mici - nu este posibilă fără pernă pt. anumite boli cardiace şi pulmonare
Poziţie ginecologică	decubit dorsal - cu genunchii îndoiţi - coapsele îndepărtate Se poate realiza: - în pat - pe masa de examinare - pe masa ginecologică care are sprijinitor pt. mb.	pt. examene ginecologice şi obstetricale - facilitează introducerea speculului vaginal-valvelor - pt. examinări rectale (rectoscopie, tuşeu rectal)	Examinarea se face după golirea vezicii urinare şi a rectului - poziţie jenantă şi inconfortabilă - nu se prelungeşte prea mult examinarea - pacienta tb. menţinută bine acoperită

	inferioare, iar sub placa de şezut are o tăviţă mobilă		
Poziţia genupectorală	pacientul aşezat pe genunchi, aceştia fiind uşor îndepărtaţi - aplecat înainte pieptul atinge planul orizontal (masa de examinat)	pt. explorarea zonei rectale	- este o poziţie jenantă, inconfortabilă - pacienţii cu artrită sau alte deformări articulare nu o vor putea practica

2

Schimbările de poziţie ale pacientului

Pot fi : active (le execută pacientul singur) şi pasive (pacientul necesită ajutor).
4
Schimbările pasive se efectuează la pacienţi : adinamici, imobilizaţi, inconştienţi, paralizaţi, cu aparate
gipsate etc.
Principii de respectat:
- sunt necesare 1- 2 asistente
- as. trebuie să adopte o poziţie potrivită pt. a putea ridica pac. cu mai multă uşurinţă şi cu un efort fizic mai mic;
- - prinderea pacientului se face precis şi sigur cu toată mâna, aşezând palma pe suprafaţa corpului pac. a. î.
suprafaţa de contact să fie cât mai mare
- aşezarea as. cât mai aproape de pat (de pac.)cu picioarele depărtate pt. a avea o bază de susţinere cât mai mare
genunchii flectaţi, coloana vertebrală uşor aplecată (ac. poz. asigură protejarea col. vertebrale a as. prin
diminuarea compresiunii asupra discurilor intravertebrale şi asupra corpului vertebrei, permiţând as. să utilizeze
forţa coapsei şi a gambei, impulsionând toată energia ei spre picioare; prin flectarea genunchilor, automat centrul
de greutate coboară, a. î. poziţia este mult mai convenabilă pt. a efectua mai uşor un efort cu membrele sup. şi inf.
Cele mai frecvente mişcări pasive prin care se schimbă poziţia bolnavului în pat sunt:
1. întoarcerea bolnavului din decubit dorsal în decubit lateral şi înapoi.
2. aducerea bolnavului în poziţie şezândă 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 şi înapoi
Asistenta se aşează la marginea patului spre care va fi întors bolnavul:
- îndoaie braţul bolnavului din partea opusă peste celălalt
- asistenta se aşează cu faţa în dreptul toracelui bolnavului având piciorul dinspre căpătâiul patului aşezat mai înaintea
celuilalt
- îşi flectează uşor genunchii, se apleacă şi prinde cu mâna umărul din partea opusă, iar cu cealaltă mână prinde şoldul
bolnavului
- as. trece greutatea corpului ei dinspre mb. inf. plasat mai în faţă înspre mb. aflat mai în spate şi întoarce
bolnavul spre ea
- în timpul acestei mişcări as. îşi flectează bine genunchii.
Readucerea în decubit dorsal se face de către 2 asistente:
- ambele paciente se aşează de aceeaşi parte a patului în spatele pacientului
- as. aşezată la capul pacientului prinde pac. sub axilă, cea mai apropiată de suprafaţa patului şi- i sprijină capul pe
antebraţ
- cealaltă as. introduce o mână sub bazinul pacientului
- cu mâinile rămase libere ele întorc pacientul
2. Aducerea bolnavului în poziţie şezândă la marginea patului
Există 3 metode:
1) As. se aşează la marginea patului cu faţa spre pacient:
- plasează piciorul care se află lângă pat mai în urma celuilalt
- braţul dinspre pat al as. rămâne liber până în mom. ridicării pacientului
- celălalt braţ, as. îl trece peste umărul pac. şi plasează mâna (palma) între omoplaţii acestuia
- pt. a ridica pac. as. îşi basculează greutatea corpului dinspre piciorul aflat în faţă spre piciorul plasat mai în spate,
flectând genunchii în acelaşi timp
- cu braţul liber îşi fixează ca punct de sprijin marginea patului.
Astfel centrul de greutate al as. contrabalansează greutatea pacientului.
2) As. se aşează la marg. patului:
- cu mâna dinspre extremitatea distală a patului prinde regiunea axilară a pacientului, iar cu cealaltă mână îl
îmbrăţişează din spate, sprijinindu- i capul pe antebraţ
- pac. dacă starea îi permite se poate sprijini de braţul as. sau de gâtul acesteia, îmbrăţişând-o
3) pac. în stare gravă= 2 as.

- as. se aşează de o parte şi de alta a patului
- ele încrucişează antebraţele în regiunea dorsală a pacientului, aşezând palmele pe omoplaţii pacientului
- cu cealaltă mână prind pacientul sub axilă
5
- la comanda uneia dintre ele ridică pacientul în poziţie şezând, cu o singură mişcare.

3. Ridicarea pacientului pe pernă

Se execută de către 2 pers. aşezate de o parte şi de alta a patului, cu faţa uşor întoarsă spre capul patului:
- îşi lărgesc baza de susţinere prin depărtarea picioarelor şi plasarea acestora unul în faţa celuilalt (cel dinspre extremitatea distală a patului fiind plasat mai în spate)
- îndoiesc braţele pacientului peste abdomen
- introduc mâna dinspre capul patului sub omoplaţii pacientului cu palma în sus
- cealaltă mână o introduc sub regiunea fesieră a pacientului, unde mâinile celor două persoane se unesc
- îşi flectează genunchii
- la comanda uneia dintre ele se ridică pacientul, folosind metoda membrelor inferioare prin trecerea greutăţii de pe un picior pe altul
- pt. a uşura efortul de ridicare cele 2pers. se pot sprijini cap în cap

Readucerea pacientului pe pernă se poate face şi de către o singură pers. dacă pacientul poate să se ajute flectându-şi genunchii şi împingând cu picioarele sprijinite pe suprafaţa patului

Important:
· pt. uşurarea mişcării pac. este importantă balansarea corpului as. de pe un picior spre celălalt în direcţia mobilizării pacientului (transferând greutatea prin împingere)
· explicăm întotdeauna pacientului clar ce se face cu el şi ce colaborare aşteptăm de la el
· urmărim atent pacientul în tot timpul manoperei, asigurându-ne că se află în poziţie confortabilă

Mobilizarea pacientului

Scop
- mişcarea pacientului pt. a preveni complicaţiile ce pot apărea din cauza imobilizării
- recâştigarea independenţei

Obiective
- normalizarea tonusului muscular

- menţinerea mobilităţii articulare
- asigurarea stării de bine şi de independenţă a pacientului
- stimularea metabolismului
- favorizarea eliminărilor de urină şi fecale (la baie, nu în pat)
- stimularea circulaţiei sanguine pentru profilaxia trombozelor, pneumoniilor, escarelor, contracturilor.

Principii de respectat

Mobilizarea se face în funcţie de:
- natura bolii
- starea generală
- tipul de reactivitate a pacientului
- perioada de exerciţii pasive şi active pt. refacerea condiţiei musculare şi anvergura de mişcare tb.

începută încet, mărindu-se treptat, în funcţie de răspunsul fiziologic al pacientului (creşterea frecvenţei
pulsului, semne de slăbiciune musculară, diaforeză)
- exerciţiile se fac înainte de mese
- pacientul tb. învăţat să intercaleze ex. de mişcare cu ex. de respiraţie
- momentul în care se încep mobilizarea şi scularea din pat, precum şi ritmul vor fi hotărâte de medic

În funcţie de tipul de mişcare impus se pregătesc halat , papuci, fotoliu, cârje.
Se informeaza pacientul despre procedeu, scop etc.
Se măs. pulsul, TA, se observă starea pacientului, expresia feţei (coloraţia tegumentelor, respiraţia).
Se poate determina gradul de flexie a articulaţiei cu goniometrul.
Mobilizarea bolnavului începe cu mişcări active şi pasive: mişcarea capului, degetelor, mâinii, gleznelor,
mişcarea şi schimbarea de poziţie a membrelor superioare şi inferioare, păstrând poziţia de decubit.
Urmează :
- aşezarea în poz. şezând, în mod pasiv la început
- aşezarea în poz. şezând – în mod activ, de mai multe ori /zi - crescându-se nr. de min.
- aşezarea în poziţie şezând la marginea patului, fotoliu în mod pasiv, apoi activ
- aşezarea pacientului în poziţie ortostatică şi primii paşi

6

Mobilizarea bolnavului în poziţie şezândă la marginea patului

1. - Asistenta se aşează la marginea patului cu picioarele depărtate şi cu genunchii flectaţi

- 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 şi- l ridică.
Se poate menţine , la prima ridicare , câteva minute.
2. - as. se aşează în faţa pacient. care stă în poziţie şezând la marginea patului
- fixează cu genunchii ei genunchii pacientului, iar cu mâinile îl ţine 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 forţa de
ridicare a pacientulu