

CURS 2

Pozitionarea pacientului ; Tranferurile ; Procedee metodice de mobilizare

In cadrul procesului motric se folosesc urmatoarele elemente :

- un bagaj de cunostinte aprofundate cu privire la aparatul locomotor
- mobilizarea segmentelor si a corpului in ansamblu in functie de scopul urmarit
- precizarea succesiunii in care sunt angrenate in miscare partile corpului pentru a finaliza actiunea propusa
- coordonarea intre partile corpului pentru a obtine fluiditate si eficienta in miscare precum si o orientare in spatiu cat mai corecta
- stabilirea segmentelor corpului care vor asigura echilibrul in faza finala a actiunii propuse pentru a reveni la pozitia initiala.

Utilizarea mijloacelor si procedeelor de posturare corecta se sistematizeaza dupa cum urmeaza:

- sustinuta prin mijloace ajutatoare(perne, chingi, sisteme adaptative)
- stabila, cu rol de fixare a segmentelor in cauza cu ajutorul unor dispozitive mecanice

Pozitia de decubit

Corpul se afla in contact cu suprafata de sprijin(pat,sol), de regula decubit dorsal.

Pozitia fundamentala aleasa trebuie raportata la bilantul functional al pacientului si va tine cont de toate formele de decubit(dorsal,ventral, lateral, in stand sau asezat) cu precizarea modalitatilor de revenire la pozitia initiala ;aceste detalii ii vor fi explicate pacientului.

Pozitia asezat

Trecerea din pozitia de decubit la cea asezat este dificila, necesitand un efort.

Preferinta pacientului ofera informatii despre restantul functional care va trebui sa ii asigure autonomia de deplasare.

De urmarit :

- modalitatea in care este efectuata flexia si extensia genunchiului si trunchiului
- procedeul de plasare a bazinului in functie de locul pe care urmeaza sa se aseze
- coordonarea miscarilor trunchiului si capului in raport cu cea a membrelor inferioare
- pozitionarea corpului la inaltimea la care trebuie sa se aseze
- in ce masura si cum sunt utilizate membrele superioare in actiunea de asezare cu referire la alegerea momentului celui mai potrivit, a modului si a nivelului la care sunt asociate bratele si precum si daca bratele pot fi utilizate pentru mentinerea echilibrului sau pentru sustinerea mersului in sprijin sub toate formele sale.

Pozitia stand

Metodologia de lucru este axata pe observarea atenta a ceea ce reprezinta pozitia corecta a corpului, fapt pentru care pacientul este plasat in fata unei oglinzi. I se cere sa se aseze cu spatele la un perete conditie care il obliga sa isi mentina spatele drept, capul va fi lipit de perete iar picioarele apropiate in asa fel incat el trebuie sa simta atingerea peretelui pe toata lungimea corpului sau.

Repere metodice de utilizare a pozitiilor fundamentale

Planul terapeutic in orice situatie ce reclama interventia kinetoterapeutica trebuie considerat o notiune globala ce incumbe absolut toate mijloacele de tratament indicate in cazul fiecarui deficient in parte, in timp ce programul terapeutic trebuie apreciat ca o componenta a planului, adaptat la o anumita perioada din evolutia pacientului in cauza si care se modifica permanent, in functie de evolutia pacientului. Kinetoterapia are ca scop final eliminarea sociodependentei ceea ce inseamna capacitate de autoservire si autonomie de deplasare.

Redobandirea aptitudinilor trebuie sa fie orientata catre deprinderile motrice cu caracter utilitar, iar in functie de evolutia pe care o va inscrie pacientul sa fie derivate si adaptate particularitatilor fiecarui caz in parte.

La nivelul mebrelor superioare, libertatea de miscare din pozitia stand este mare, in sensul ca bratele poti efectua flexii, extensii, abductii, adductii si circumductii in toate cele 3 planuri. Trebuie remarcat faptul ca la nivelul mainilor miscarile au o insemnatate mai deosebita intrucat ele au un caracter senzorial, profesional si sentimental. Concentrarea mentala asupra senzatiilor proprioceptive va oferi astfel posibilitatea de a descoperi propriul corp prin formarea imaginii mentale a schemei sale corporale.

Mobilitatea controlata este conditionata de integritatea structurilor mioartrokinetice, absenta tulburarilor de echilibru, evaluarea restantului functional.

Metodologia mobilizarii pacientului

Terapeutul trebuie sa tina cont de o serie de reguli : daca pacientul poate fi mobilizat, de pozitionarea corespunzatoare a corpului pentru a efectua exercitiile fizice, daca exista dificultati ale pacientului in efectuarea acestora, manevrele folosite contribuie la facilitarea actiunii de repozitionare a bolnavilor.

Planul terapeutic

Procesul de reeducare pe plan motric este organizat in functie de natura afectiunilor , de nivelul de intelegere si colaborare din partea pacientului.

Este importanta si pregatirea psihologica a pacientului, el fiind informat ca progrese spectaculoase nu se pot inregistra intr-o perioada scurta de timp.

Selectionarea,combinarea si adaptarea mijloacelor de tratament

Trebuie sa se ia in considerare :

- cresterea gradata a nivelului de dificultate a actiunilor
- progresia trebuie sa fie lenta si minutios esalonata pentru a evita esecul
- atentie pentru dezvoltarea capacitatii de combinare si de legare a miscarilor
- modificarea pozitiei corpului in spatiu in functie de unele repere fixe
- inclusiunea treptata in sistemul de mijloace si a unor elemente care pun in evidenta capacitatea de adaptare la un ritm extern(muzica), ceea ce usureaza invatarea miscarilor
- activitatea organizata in grup, asigurand conditii optime de influentare pozitiva intrucat creeaza posibilitatea de a imita actiunile partenerilor,trezește dorinta de afirmare,ofera satisfactii atunci cand executia se ridica la nivelul cerintelor.

Daca se asigura conditii optime, motricitatea poate fi ameliorata in mod simtitor, apropiindu-se mult de nivelul normalitatii.

Componentele de baza ale eutoniei sunt :transportul constient, atingerea constienta ,contactul constient.

Transportul constient e o comportare degajata,energia e disponibila pentru orice tip de miscare. Se utilizeaza reflexul de redresare.

Reactiile posturale se constituie intr-un obiectiv caruia terapeutul trebuie sa ii acorde atentiea cuvenita. Pacientul cu tulburari pe plan motric prezinta unele manifestari ale deficitului postural,concretizat intr-o pozitie incorecta a capului,trunchiului si membrelor.

Procedeul de atingere-indispensabile vietii fiecarui individ. Tipurile de atingeri lamuresc rolul pe care il au in viata si activitatea omului :atingerea propriului corp, a unui partener,obiect sau de a fi atins. Formele sunt reprezentate de mangaiere, pipait.

Palparea ca modalitate de informare : informare asupra consistentei tesutului si asupra temperaturii.

Mangaiatul are rol de atenuare a durerii si de incurajare.

Procedeul de contact pune in valoare participarea constienta a pacientului atunci cand intra in relatie cu partenerul sau obiectele.

Tehnici si metode de aplicare a programului recuperator

Reguli de baza :

- sistemul de mijloace trebuie sa fie selectionat si aplicat in asa fel incat sa asigure o dozare si gradare a efortului cat mai judicioase in raport cu restantul functional , neexistand metode de tratament ,ci planuri individuale,adaptate cazurilor
- se porneste de la actiuni simple, treptat se vizeaza un numar mai mare de obiective.

Modalitati de ingrijire a pacientului

Daca pacientul este imobilizat la pat, sistemul de masuri ales de familie trebuie sa favorizeze siguranta fizica si psihica.

Daca pacientul este internat in unitate medicala : autopozitionarea, pozitionarea si manevrarea de catre o persoana, de doua sau trei.

Corectarea posturii si aliniamentului corporal

Modul in care se abordeaza sistemul de miscari, de la pasive la active este esential.

Cresterea mobilitatii articulare

-obiectiv de baza in recuperarea mioartrokinetica

Redorile articulare apar datorita imobilizarilor prelungite in aparat gipsat, traumatisme locale. Asociata redorilor este durerea. Nu trebuie total anulata medicamentos intrucat se pot inscrie consecinte grave pentru pacient.

Cresterea fortei musculare

Contractia musculara izometrica este o solicitare la un inalt nivel de mobilizare pe plan volitional pentru a realiza incordarea si armonizarea maxima a fibrelor musculare fara sa se modifice lungimea segmentului de contractie. Avantaje :nu necesita aparatura, contractie este accesibila in situatiile de imobilism in aparat gipsat.

Miscarea izotonica pentru invingerea unei rezistente musculare este un efort muscular care duce la cresterea fortei. Dezvoltarea musculaturii este structurata pe exercitii care izotonice unde forta e mai mare decat rezistenta.

Cresterea rezistentei la efort

Asigura organismului posibilitatea de a efectua un efort pe o durata variabila.

Eforturile fizice mari, tributare fenomenului Valsalva blocheaza respiratia in inspir profund cu consecinte nefavorabile asupra tuturor functiilor importante printre care reducerea la valori minimale a debitului sistolic pe perioada de efort maxim.

Constientizarea efectelor de catre pacient

-Se utilizeaza recompense si sanctiuni

Este de evitat tonul ridicat, dezaprobarea repezita.

Relatia dintre coordonare si echilibrul corporal

Coordonarea constituie in asimilarea si acordarea reciproca a unor scheme de actiune.

Coordonarea miscarilor implica totalitatea functiilor sistemului nervos ,este rezultatul unor combinatii sinergice intre factori senzitivi si motrici. Miscarea coordonata asigura controlul motricitatii si echilibrul sub toate formele lui.

Relaxarea corpului

Presupune o stare de repaus, concretizata prin relaxare musculara si psihica.

Este o actiune multidisciplinara, in care medicina si psihologia se regasesc in prim-plan.

Starea de repaus total

Este considerat momentul zero.

Pacientul se obisnuieste sa isi alcatuiasca mental un plan al actiunilor pe care le va efectua.

Relaxarea globala

Un proces analitic, decontracturarea grupelor musculare si ofera conditii pentru un echilibru emotional si disponibilitate mentala

Se poate realiza in decubit dorsal, pe un pat adecvat, cu bratele intinse pe langa corp, palmele in supinatie, picioarele intinse si putin departate, ochii inchisi ,plasat lateral, terapeutul poate interveni pentru a coordona starea de contractie si relaxare a diferitelor parti ale corpului.

Procedee de relaxare globala

-Metoda Schultz- mana in pronatie se verifica si capacitatea de abductie si adductia fiecarui deget. I se sugereaza pacientului sa se relaxeze, terapeutul isi controleaza tonul, descrie modalitatile de actionare folosind elemente cu adresabilitate precisa.

Este necesar ca tonul sa prezinte variatii de intensitate in functie de exercitiile efectuate.

din decubit dorsal pe sol, cu bratele in abductie si mainile in supinatie sprijinite pe cate un saculet cu nisip, se executa flexia si estensia simultana a degetelor. Din aceeaasi pozitie se efectueaza flexia antebratelor pana la verticala urmata de caderea libera pana la nivelul saculetului cu nisip.

Relaxarea in relatie cu functia respiratorie

Starile de excitatie sunt caracterizate de tahipnee si bradipnee in inhibitie. Sunt influentate in mod negativ atat hematoza pulmonara cat si cea tisulara.

Metodologia reeducarii pozitiiilor fundamentale

Sub raport metodic este necesar ca pozitia ce urmeaza a fi recuperata sa fie demonstrata de terapeut, urmand executarea sa de catre pacient. Actiunile vizeaza obisnuirea pacientilor sa observe, sa retina, sa verbalizeze si sa execute intr-un timp cat mai scurt imaginea exercitiului pe care trebuie sa il efectueze. In cazul copiilor, se pot folosi jocurile.

Metodologia utilizarii terapiei manuale

Medicul stabileste diagnosticul atat pe plan motric cat si functional, iar terapeutul stabileste principalele actiuni care vor determina structura programului recuperator. Acesta cuprinde miscari care vor fi efectuate sub raport fiziologic pentru ca treptat sa fie executate cu amplitudine. Terapeutul trebuie sa acorde atentie si elementelor de baza stabilind forta de actionare, viteza de executie, durata de lucru si frecventa miscarilor.

Se acorda atentie deosebita sistemului de actionare in directia manevrelor cu caracter corectiv pentru evitarea durerii la nivelul partii corpului supuse procesului de recuperare.

Cerinte de baza in aplicarea terapiei manuale

- necesitatea ca pozitia fundamentala sa asigure un moment cheie, astfel ca prizele sa poata fi aplicate cam la jumatatea segmentului de contractie ceea ce va oferi posibilitatea unei amplitudini mai mari atunci cand este mobilizat segmentul afectat, mai ales in planurile functionale de miscare

- aplicarea unui tratament corespunzator impune ca pentru inceput sa fie consemnata amplitudinea miscarii sub raport goniometric.

- utilizarea sistemului cu miscari pasive care va oferi posibilitatea de a aprecia modul in care pacientul se adapteaza la acest sistem de actionare mai ales in conditiile in care se constata ca amplitudinea miscarilor creste

Terapia manuala se desfasoara intr-un cadru in care se regasesc toate valentele si cerintele lumii medicale :terapeutice, profilactice si de recuperare.

Metodologia utilizarii mobilizarilor segmentare

Pacientului trebuie sa i se asigure un confort corespunzator pentru a exista conditiile optime de aplicare a programului recuperator, de regula in decubit dorsal sau ventral. Modul de actionare este reprezentat de priza. Ea asigura posibilitatea de mobilizare a segmentului doar in conditiile in care se asigura un brat de parghie mai mare in timp ce contrapriza este plasata cat mai aproape de articulatia respectiva cu scopul de a-i asigura o buna stabilitate.

Sistemul de aplicare a procedeelor cu caracter de mobilizare trebuie sa fie limitat atunci cand pacientul acuza durere.

Fora de actionare depinde de localizare, dimensiunea segmentului afectat, sistemul musculoligamentar.

- Miscari lente pentru scaderea tonusului muscular si miscari efectuate rapid pentru cresterea tonusului muscular.

Evaluarea pozitiilor si a miscarilor

Asigurarea conditiilor optime de efectuare a miscarilor impune ca atentia sa fie orientata spre modul in care sunt positionate corpul si segmentele, pentru a asigura efectuarea lor cu toata amplitudinea. Efectuarea miscarilor depinde de mobilitatea si forta musculara a pacientului.

Promovarea ambidextriei

Copilul poate fi educat sa isi foloseasca cu succes ambele maini.

Pentru a stabili preferinta manuala se folosesc teste precum : copilul sa toarne apa dintr-o cana in alta, sa picure cu pipeta, astfel incat preferinta va fi relevanta intr- o maniera fara dubii.

Stabilirea lateralitatii la prescolari

- dominanta manuala
- dominanta oculara
- dominanta podala

Modalitati de ingrijire a pacientului de catre familie

O atentie deosebita se va acorda atunci cand bolnavul imobilizat este preluat de familie, situatie in care se pune accent pe modul cum trebuie ingrijit, cum trebuie utilizata toaleta, schimbarea pozitiilor, mobilizarea treptata a segmentelor ce nu sunt implicate in afectiune. Atentia trebuie sa fie orientata asupra a doua obiective terapeutice de baza: pozitionarea si manevrarea.

Manevrele au ca orientare metodica pregatirea pacientului pentru actiunile pe plan motric, psihic, dar si comportamental; adaptarea pozitiei corpului si a segmentelor la cerintele planului terapeutic; asigurarea sistemului de comunicare pe timpul aplicarii sistemului de actionare pe plan motric.

Persoana care aplica sistemul de actionare trebuie sa aiba un system corespunzator de pregatire fizica, sa cunoasca sistemele de aplicare a prizelor si sa isi asigure o baza larga si solida de sustinere.

Principalele obiective ale celor care ingrijesc un bolnav sunt sistematizate de Dotte (2007) astfel: rularile, translarile, ridicarile, miscarile din decubit in asezat, inaltarile (din asezat in stand), redresarile, transferurile orizontale, pe vertical, denivelate, ridicarile de pe sol.

Efectuarea metodică a proceselor de manevrare ii va conduce la:

- realizarea corecta a sistemului de actionare
- economisirea efortului in efectuarea actului motric
- utilizarea unui system de comunicare adecvat, incurajator pentru pacient
- evitarea riscului de afectare a sistemului muscular propriu

Reeducarea Functionala

Apprecierea capacitatii de mentinere a unei atitudini corecte se realizeaza pe plan frontal si sagital.

In plan frontal vom constata dispunerea componentelor in urmatoarea ordine:

- capul si gatul sunt simetric incadrate in linia mediana a corpului

- umerii sunt situati la acelasi nivel iar claviculele sunt orizontale, fiind paralele cu suprafata de sprijin
- trunchiul este corect plasat atunci cand este simetric fata de axa mediana
- bazinul si membrele inferioare asigura simetria frontala a corpului

In plan sagital vom constata formarea curburilor fiziologice la nivelul coloanei vertebrale : cervicala, dorsala, lombara si sacrala.

In activitatea cu caracter educative sau reeducativ, pozitia initiala are o insemnatate deosebita deoarece asigura o libertate de deplasare mai mare sau mai mica a segmentelor, usureaza sa ingreuneaza orientarea in mediul inconjurator, usureaza sau ingreuneaza activitatea organelor interne, creste sau micsoreaza intensitatea efortului muscular, influenteaza directia si amplitudinea miscarilor, contribuie la declansarea fortelor fizice, asigura concentrarea atentiei asupra actiunilor ce urmeaza a fi efectuate.

Pozitiile fundamentale permit o repartizare corecta a greutatii corpului pe ambele membre inferioare pentru a putea efectua deplasările in toate directiile si cu o viteza corespunzatoare.

In functie de forma de manifestare, coordonarea poate fi: larga/ampla, intalnita la segmentele responsabile de amplitudinea mare (coloana ,membre) sau fina (abilitatile digitale ale mainii).

Prevenirea si corectarea atitudinilor vicioase

Instalarea unei afectiuni la nivelul aparatului respirator poate atrage pe langa o insuficienta respiratorie si unele deformari ale cutiei toracice dar si ale coloanei vertebrale.

Prevenirea si corectarea atitudinilor vicioase se realizeaza urmatoarele aspecte:

- mentinerea mobilitatii articulatiilor coloanei vertebrale, a umarului si a celor costovertebrale
- mentinerea in limitele fiziologice a elasticitatii fibrelor musculare implicate in actul respirator
- prevenirea instalarii unor deviatii de coloana si a deformatiilor toracice.

Prevenirea si corectarea atitudinilor vicioase pot fi puse in practica printr-un control constient al pozitiei corecte a corpului, utilizarea mijloacelor ce duc la reeducarea respiratiei.

In conditiile in care bolnavul are dureri localizate la nivelul toracelui, el adopta unele pozitii antalgice, fapt ce favorizeaza instalarea unor atitudini vicioase. Pentru mentinerea acestei pozitii va folosi pernasau suporturi ajutatoare, atitudinile vicioase se vor accentua fapt ce va conduce la reducerea ventilatiei pulmonare.

Pacientului i se cere sa constientizeze pozitiile corecte ale corpului fapt ce il va determina sa urmareasca posturile atat in actiunile statice cat si in cele dinamice.

Pozitiile de decubit trebuie sa permita corpului sa se plaseze in limite fiziologice, pozitia de asezat poate fi controlata fie prin reprezentarea mentala a atitudinii corecte, fie prin vizualizarea in oglinda ce permite un control efficient al acestor atitudini corporale.

Rezultatele pozitive se obtin in conditiile in care sunt incluse in programul recuperator urmatoarele mijloace:

- exercitii de relaxare asociate cu manevre de masaj
- exercitii pentru mobilitate articulara si elasticitate musculara

-exercitii specific de reeducare a respiratiei.

Atitudinea corporala

Postura reprezinta diversitatea de atitudini pe care capul, trunchiul si membrele le pot lua in conditii statice sau dinamice. Statiunea verticala (bipodala) este atitudinea de referinta a speciei umane si se caracterizeaza prin pozitia segmentelor corporale , care cu exceptia labei piciorului, se afla pe acelasi plan vertical la fel ca si curburile coloanei vertebrale (a-cervicala, b-dorsala si c-lombara).

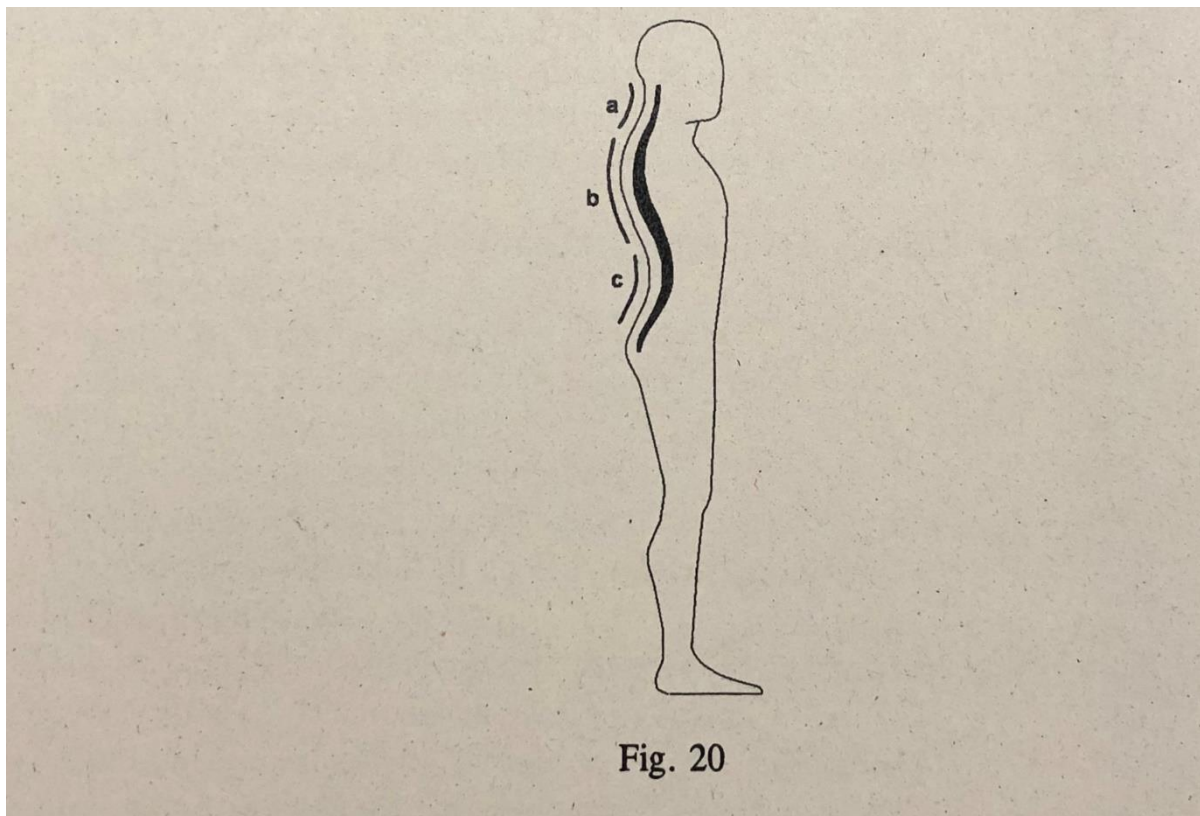


Fig. 20

Mentinerea posturii stand (ortostatismul)

Pozitia de baza, de ortostatism este determinata de natura activitatii musculare fiind realizata astfel:

- labele picioarelor cu calcaiele lipite si deschidere anterioara
- membrele superioare intinse pe langa corp
- privirea fixate spre inainte pe orizontala
- musculatura corpului cat mai relaxata.

Mentinerea ortostatismului e posibila cand centrul de greutate se gaseste in interiorul poligonului de sustinere oricare ar fi solicitarea de miscare.

Mentinerea posturii derivate

Marea diversitate de posture derivate se apreciaza in raport cu postura fundamental. Diferentierea poate fi apreciata prin urmatoarele repere:

- configuratia sau asimetria pozitiei segmentelor
- configuratia poligonului de sustinere in sprijin uni sau bipodal
- pozitia de prezentare a membrelor inferioare cu sau fara sechele posttraumatice, artrozice sau de lungime
- dimensiunea suprafetelor de sprijin
- vicierea voluntara a posturii, ca manifestare consecutive unor boli psihice

Stabilitatea posturii

Stabilitatea posturii reprezinta un obiectiv major al procesului de instruire. Conditile interne si externe pot influenta negative stabilitatea posturii. Perturbarile posturale determina pe cale reflexa un raspuns muscular compensator de ajustare posturala. Pastrarea echilibrului in cadrul unei posturi se impune ca o forta care intr-un moment compensator se va opune actiunii de dezechilibrare.

Perturbarea posturala de mica valoare este reechilibrata prin intrarea in joc a grupelor musculare alungite sau a ligamentelor in tensiune opunandu-se dezechilibrului. In conditiile unor perturbari majore au loc reactii stabilizatoare caracterizate prin miscari globale ale corpului asociate cu cele ale membrelor inferioare.

Motricitatea in relatie cu reactiile posturale

Reactiile posturale preced, insotesc si succed activitatile muschilor implicati in executia miscarilor voluntare, toate miscarile voluntare au ca punct zero o anumita postura de la care se porneste pentru a efectua structura motrica propusa. Tonusul de postura poate fi considerat o forma de contractie musculara statica. La realizarea posturii musculare participa alaturi de tonusul muscular, actiunea lantului de reflexe care iau nastere in toate segmentele corporale, in principal la nivelul capului si gatului(reflexul lui Magnus). Aceste reflexe au un rol deosebit in mentinerea si restabilirea posturii fundamentale prin orientarea segmentelor corporale ca raspuns la stimuli primiti din lumea exterioara.

Reactiile postural sunt declansate in bucla deschisa (feedforward) si prin bucla inchisa (feedback).

Relatia dintre echilibru si postura

Dupa Bouisset si Maton (1995) prin organizare postural se realizeaza o succesiune de reflexe locale de intindere. Coordonarea lor care asigura echilibrul corpului rezulta din reglarea pragului de activare si dintr-o modificare a avantajelor, avand la baza informatii vestibulare si vizuale.

Centrul de greutate, indicator al posturii si echilibrului

In aceste conditii, pozitia centrului de greutate are o importanta deosebita. Pentru a determina conditiile in care se mentine echilibrul, se porneste de la pozitia centrului de greutate. Determinarea acestui punct depinde de masa corporala in general si de pozitia in spatiu a fiecarui segment corporal in parte. Schimbarile de pozitie ale centrului de greutate depind de jocul de forte interne de origine musculara, iar deplasarea acestuia de viteza de miscare si accelerarea sa in plan orizontal.

Prevenirea tulburarilor de echilibru corporal

In procesul de reeducare pe plan motric, terapeutul trebuie sa urmareasca atent daca aspectele legate de programarea sistemului de mijloace prin care se actioneaza pentru tonifierea grupelor musculare este in concordanta cu nivelul de pregatire al pacientului, iar sistemul de mijloace utilizate pentru corectarea componentelor de baza ale structurilor psihomotrice cuprinde si elemente de siguranta pentru a evita eventualele accidente si de a se ridica in caz de cadere.

Metodologia adoptarii posturilor

Exista anumite elemente pentru asigurarea unor atitudini corecte care permit mobilizarea potentialului motric pentru realizarea obiectivelor propuse, care asigura conditii optime de efectuare a actelor motrice. In aceasta situatie trebuie sa fie luate in considerare urmatoarele indicatii metodice:

- pacientul trebuie sa inteleaga si sa accepte postura pe care o recomanda terapeutul
- pacientul trebuie sa fie convins de importanta posturilor, de relatia care se stabileste intre diferitele procedee terapeutice utilizate in procesul de recuperare
- pacientul trebuie sa fie convins de faptul ca, aplicand postura antalgica durerea se suprima
- pacientul trebuie sa fie informat ca posturile corective sunt neconfortabile sau chiar dezagreabile si trebuie sa le accepte si sa le mentina atat cat recomanda medical, in functie de natura si localizarea durerii.

Posturile corective sunt utilizate cu scopul de a reface mobilitatea pierduta, fiind indicate in redori ale partilor moi periarticulare: muschi, aponevroze, tendoane. Posturile corective sunt insotite de mobilizari care conduc la cresterea amplitudinii miscarilor, iar in caz ca acestea sunt diminuate, se asociaza cu masaj si cu o sursa de caldura (aer cald, infrarosii) sau cu o sursa rece. Posturile pot fi urmatoarele in functie de modul de organizare, sistemul de actionare si efectele urmarite:

-Posturile facilitate: posturi de redresare a pozitiei corpului, posturi specifice

-Posturi sustinute

-Posturi fixate sau de imobilizare (Imobilizarile sunt utilizate pentru consolidarea fracturilor, luxatiilor, entorselor dar si pentru corectarea devierilor osoase din perioada de crestere si dezvoltare a copiilor si adolescentilor)

-Posturi de facilitare (in afectiunile aparatelor respirator, circulator si biliar).

Drenajul postural

Pozitiile de drenaj postural sunt recomandate pentru a facilita colectarea si evacuarea secretiilor din diferite aparate si sisteme ale organismului.

Drenajul postural in unele afectiuni ale aparatului respirator

La nivelul aparatului respirator, drenajul se efectueaza la pacientii cu urmatoarea patologie: bronșita cronică obstructivă hipersecretorie, bronșectazia, abcesul pulmonar, mucoviscidoza, pneumoniile necrotice sau pneumoniile de rezoluție. Drenajul postural favorizeaza mobilizarea secretiilor in conditiile in care pacientul este asezat intr-o pozitie adecvata localizarii secretiilor in asa fel incat sa fie evacuate cat mai usor. Eficienta drenajului postural creste atunci cand este asociat cu educarea tusei si expectoratiei dirijate, cu tapotamentul, vibratiile si exercitiile respiratorii. Posturarile de drenaj sunt asociate si cu alte mijloace a caror actiune amplifica valoarea procesului recuperator. Frecvent sunt utilizate mijloace ca: aerosolii, tapotamentul si vibratiile, tehnica tusei si a expectoratiei dirijate, exercitiile de respiratie; cu accent pe expiratiile fortate, schimbarile de pozitii, declive cu ajutorul patului basculant (Maccagno).

Cand drenajul nu se poate aplica in bune conditii se apeleaza la tehnica aspiratiei bronșice.

Posturarile in afectiunile neurologice

In tratamentul de reabilitare al hemiplegicului, pe langa aplicarea mecanoterapiei si a ionizarilor transcerebrale, se utilizeaza miscarile active si passive. Actiunea de reabilitare trebuie sa fie instituita inca din faza acuta, cand accentual se pune pe tratamentul postural pentru a asigura reeducarea mobilitatii active prin plasarea pacientului cu bratul in usoara abductie, antebratul in extensie, iar degetele in flexie. Membrul inferior este mentinut intins, cu laba piciorului in unghi drept sau chiar in dorsiflexie. Vor fi aplicate masaje pe segmentele afectate si pe grupele musculare. O buna mobilizare a pacientului este realizata prin alternarea pozitiei de decubit dorsal cu cea de decubit lateral, pe partea sanatoasa la interval de 2-3 ore. Atentia trebuie sa fie indreptata catre reducerea contracturii piramidale.

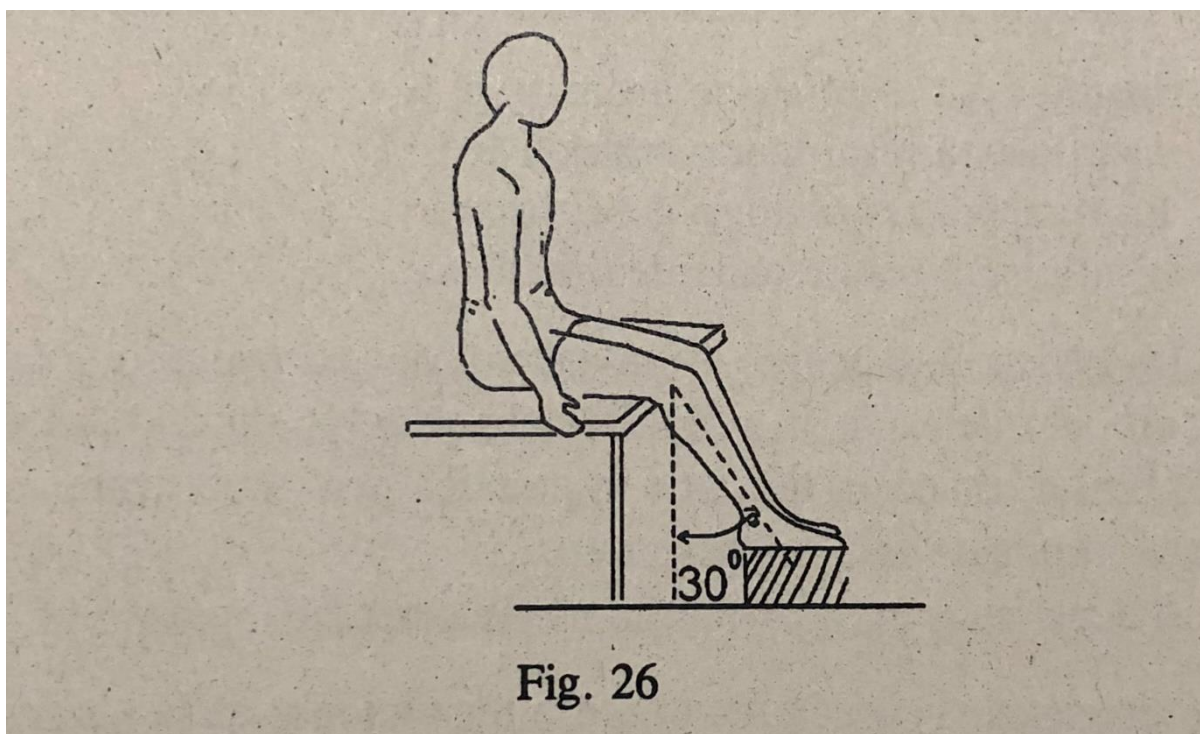
Pe timpul nopții se recomandă alternarea poziției de decubit dorsal cu decubitul lateral pe partea sanatoasă.

Posturile în afecțiunile cardiovasculare

În condițiile în care pacientul prezintă infarct miocardic este recomandat să fie imobilizat la pat până trece perioada de instabilitate clinică. Pacienții cu ateroscleroză obliterantă a membrelor inferioare li se aplică metoda Burger:

-poziționarea în decubit dorsal, cu membrele inferioare plasate în unghi de 30 grade, susținute cu ajutorul unei perne sau al unui plan înclinat timp de 2-3 minute.

-se trece apoi în poziția așezat la marginea patului cu gambele pe un suport, înclinat la un unghi de 30 de grade. Vor fi menținute timp de 2-3 minute



-se trece în poziția de decubit dorsal timp de 1-2 minute.

Acțiunile acestea se repetă de 4-6 ori, fiind executate de mai multe ori pe zi. Procedul este realizat pentru creșterea debitului sangvin, ca urmare a distensiei pasive a vaselor colaterale, consecință a presiunii hidrostatice induse. În situația în care pacientul prezintă flebită, posturarea este în decubit dorsal, cu picioarele plasate la 20-30 de centimetri mai sus decât planul patului.

Posturile în tulburările respiratorii

Insuficiența respiratorie se prezintă sub două forme: acută și cronică.

Cauzele pot fi : obstructive, restrictive, de distribuție și de difuziune.

În procesul de redobândire a capacității funcționale pulmonare atenția trebuie să fie orientată spre:

- prevenirea și corectarea atitudinilor vicioase de la nivelul coloanei vertebrale, al centurii scapulo-humerale și al hemitoracelui afectat
- constientizarea atitudinii corecte a corpului, realizând un autocontrol permanent al tinutei
- adaptarea sistemului respirator la posibilitățile de moment ale bolnavului
- o expirație corespunzătoare dar mai ales ușurarea evacuării secrețiilor și sporirea elasticității ariilor pulmonare.

Pacientul poate fi poziționat în :

- poziții de relaxare: plasat în decubit dorsal, așezat cu spatele sprijinit sau în stand rezemat

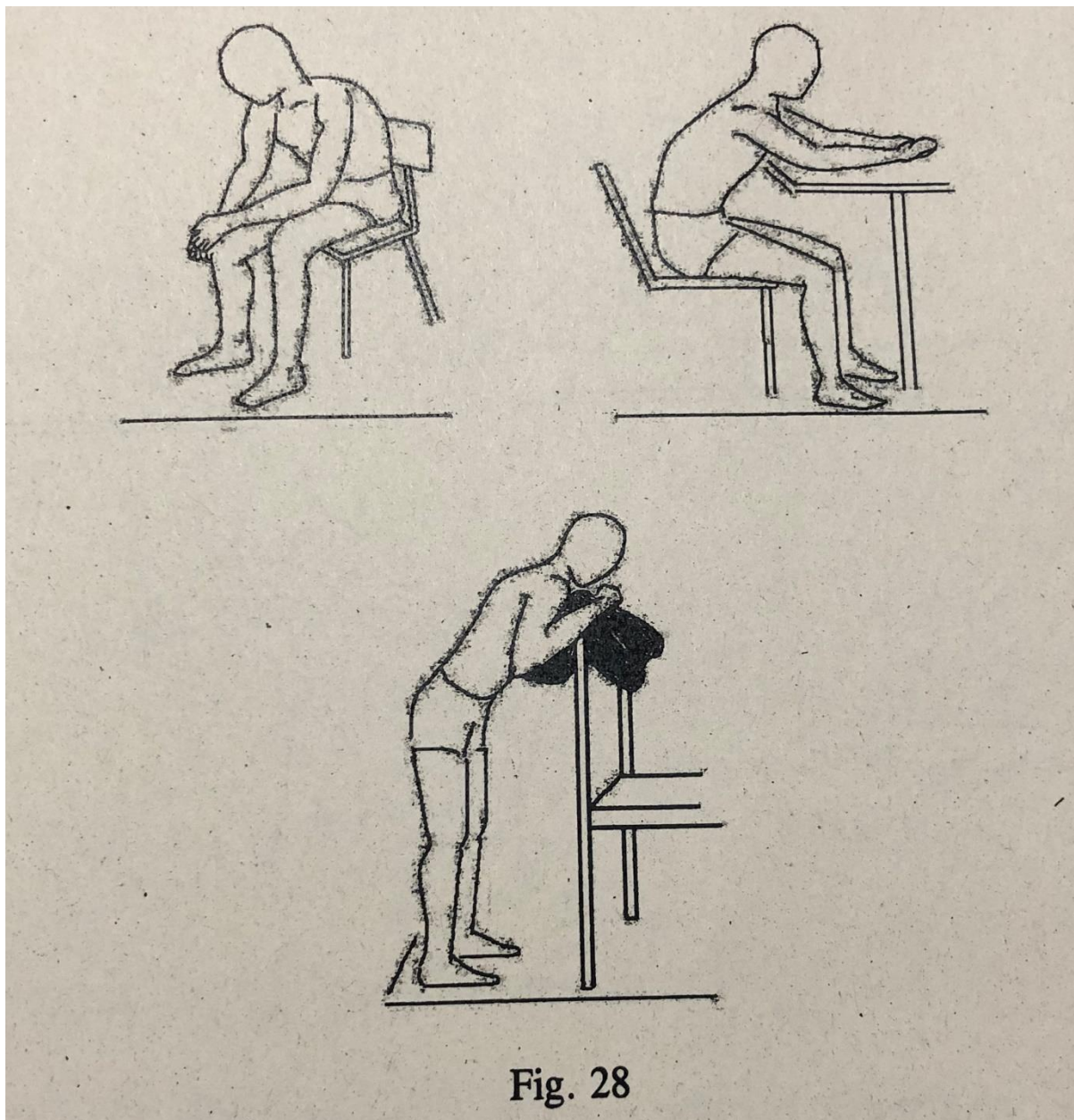
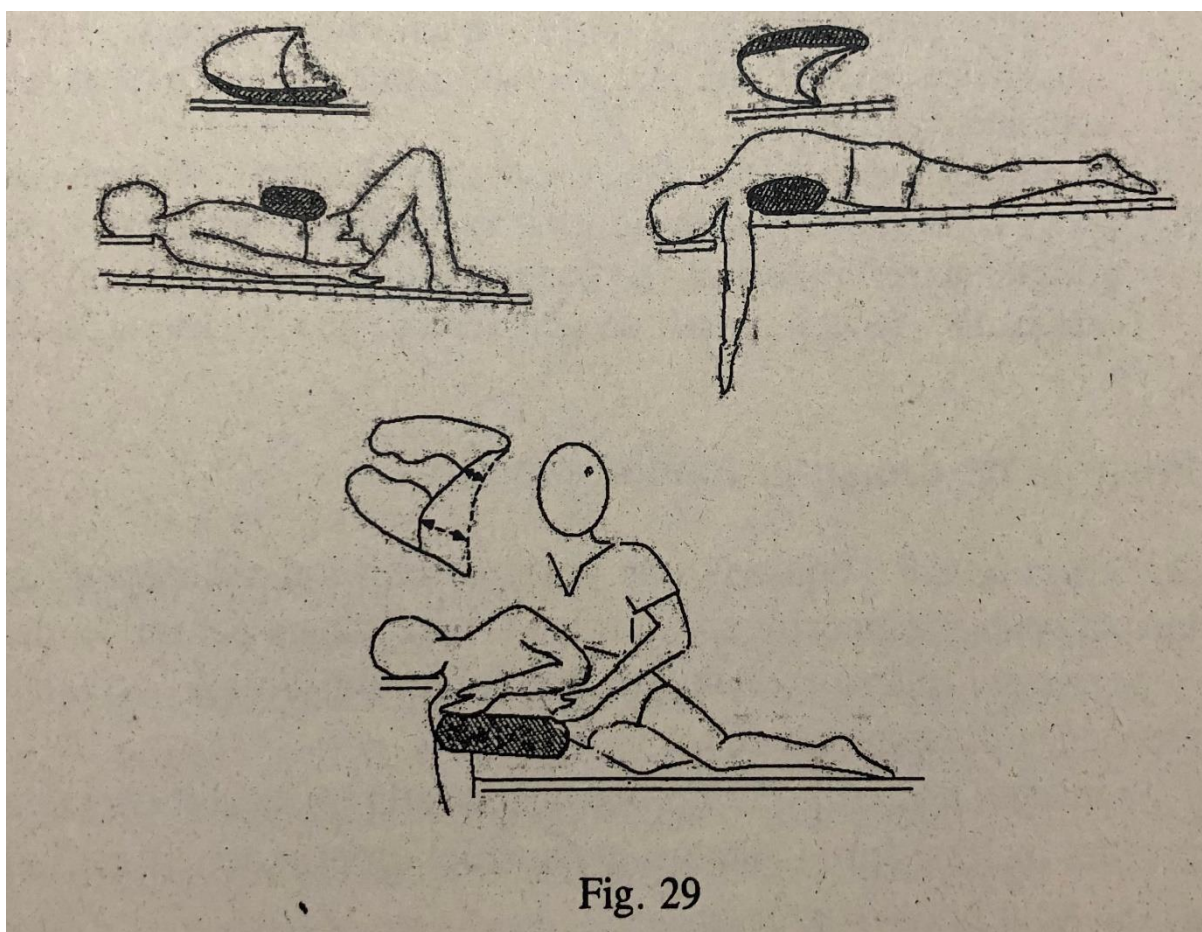


Fig. 28

-pozitii pentru reeducarea diafragmului: pozitiile de decubit dorsal. Ventral, lateral, asezat si stand



-pozitii pentru respiratii localizate, orientate spre reeducarea partilor inferioare ale plamanilor: pozitii de decubit dorsal, decubit lateral sau asezat

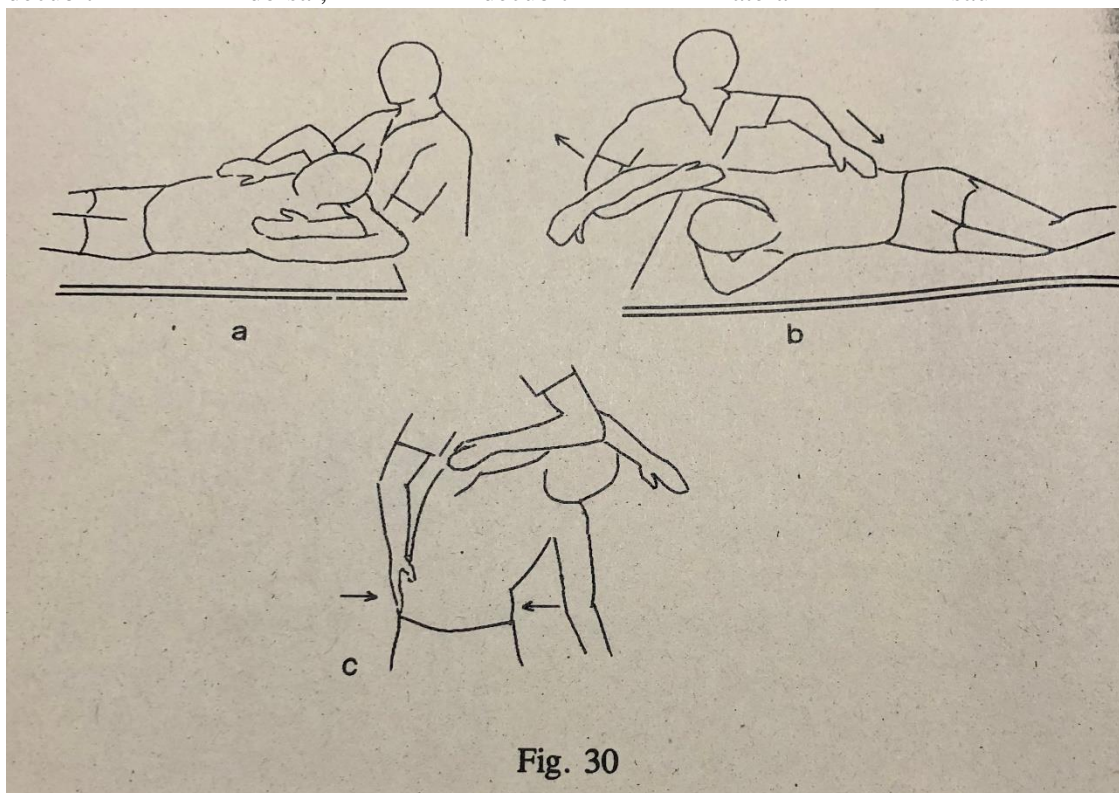


Fig. 30

reeducarea partilor superioare ale plamanilor: pozitia de decubit lateral pe partea sanatoasa. Reeducarea hemitoracelui in ansamblu; pozitii de decubit lateral si pozitia asezat.

-Pozitii pentru prevenirea si corectarea atitudinilor vicioase

-pozitii de drenaj: corpul poate fi pozitionat in asa fel incat sa faciliteze evacuarea secretiilor, de regula pozitiiile declive.

Posturarea in pozitie de decubit

Pozitionarea corecta poate influenta relative favorabil evolutia nivelului de spasticitate in cazul hemiplegiei, in acest sens se recomanda pozitia de decubit dorsal , cu flectarea genunchilor, policele trebuie sa fie plasat intr-o abductee fortata, iar pumnul in stare de extensie, iar la nivelul membrului inferior trebuie sa se aplice o dorsiflexie plantara. Actiunea de posturare vizeaza doua scopuri de baza:

1. sedativ- rolul de a reduce sau a suprima durerea
2. morfologic- de prevenire si de corectare a deformatiilor de la nivelul articulatiilor.

Sistemul de mijloace este orientat spre:

-dobandirea treptata a mersului

-utilizarea bicicletei ergonomice

-efectuarea zilnica a programului de exercitii axat pe angrenarea membrelor superioare si a celor inferioare, la care trebuie sa fie asociate si miscarile de la nivelul trunchiului efectuate in ambele sensuri

-efectuarea grupelor de exercitii pentru inceput in mod pasiv, de catre specialist, iar mai apoi treptat cu angrenarea unui member al familiei, care trebuie sa se initieze in realizarea actiunilor respective: miscari pasive si active.

Obiectivele terapeutice

Posturarea este pozitia impusa pacientului in scop terapeutic si corector cu caracter temporar. Obiectivele pacientului sunt urmatoarele: sa se straduiasca sa isi amelioreze mobilitatea corporala, sa isi controleze coordonarea miscarilor, sa stie cum sa preintampine accentuarea posturilor inadecvate, sa isi redobandeasca si sa isi mentina capacitatea de vorbire, sa incerce sa evite autoaccidentarea.

Atitudinea corporala ca forma a expresiei motrice

In procesul de recuperare, posturarile care sunt impuse corpului in ansamblu sau a unor parti ale acestuia, in scop terapeutic, previn sau corecteaza instalarea unor abateri ale staticii corporale, dar si ale unor pozitii vicioase, pentru a facilita procesele fiziologice.

In activitatea de reeducare a posturii, atentia este indreptata catre doua elemente de baza:

- locul posturarii in programul recuperator
- durata utilizarii sistemului de posturare

Durata de mentinere a posturarii este variabila. Se considera ca momentul cel mai potrivit de utilizare a sistemului de posturare cu caracter de imobilizare este noaptea, deoarece durata e mai mare iar scopul il constituie mentinerea si corectarea atitudinilor vicioase.

Procedee metodice de mobilizare a pacientului

Intoarcerile

Actiunile de intoarcere in lateral sunt elemente pe care pacientul le executa doar daca a dobandit capacitatea de a-si mobiliza independent capul, segmentele si trunchiul. Dobandirea capacitatii de a mentine verticalitatea corpului este conditionata de :

- posibilitatea de a mobiliza segmentele si trunchiul pentru a trece din decubit(dorsal sau ventral) in pozitia asezat
- capacitatea de a coordona miscarile segmentelor superioare si inferioare ,ale capului si trunchiului, pentru a aduce corpul in pozitia stand cu ajutor.

Intoarcerile in lateral cu ajutor

Modalitatea de actionare depinde de doi factori:

- localizarea afectiunii
- posibilitatea de actionare cu membrele superioare.

Miscarile ce contribuie la intoarcerea in lateral a pacientului cuprinde tractiuni la nivelul bazinului si genunchiului efectuate de insotitor, tractiuni efectuate de pacient folosind bara de sustinere.

Intoarcerile in lateral

Se pot efectua si in conditiile in care insotitorul actioneaza cu o mana plasata la nivelul coloanei vertebrale, in dreptul spatiului dintre omoplati, iar cealalta mana pe bazin.

Revenirea la pozitia initiala (decubit dorsal) se realizeaza astfel: pacientul plaseaza mana libera in lateral, pe bazinul insotitorului, iar acesta pune o mana pe bazin iar cealalta pe omoplatii pacientului. Se executa lent revenirea la pozitia de decubit dorsal in conditiile in care insotitorul sprijina coloana vertebrala a pacientului atunci cand se efectueaza intoarcerea la pozitia initiala

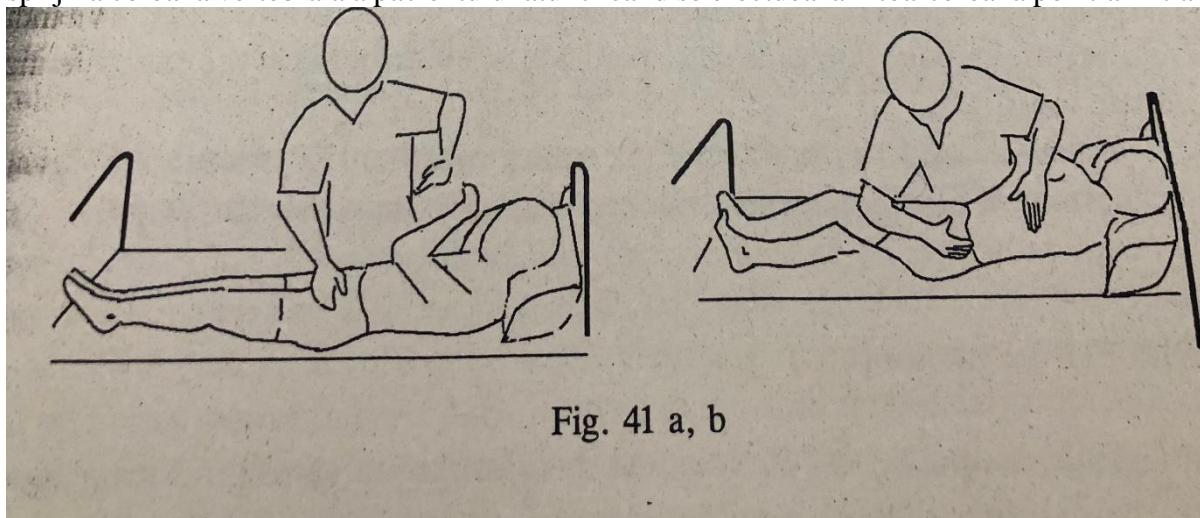


Fig. 41 a, b

Procedeu de intoarcere in lateral

Modalitatea practica de intoarcere in lateral se realizeaza prin utilizarea unei perne si protejarea segmentului inferior afectat. Din decubit dorsal, insotitorul ridica cu o mana capul si partea superioara a trunchiului pacientului pentru a inlatura perna. In aceste conditii trunchiul este plasat in linie dreapta, fapt ce usureaza actiunea, care se concretizeaza astfel:

- este departat membrul inferior afectat si se plaseaza o perna intre cele doua member inferioare la nivelul genunchilor
- cu o mana plasata peste umar iar cu cealalta pe bazin, pacientul este intors in lateral.

Translatia

Translatia reprezinta deplasarea corpului si poate fi efectuata prin impingere sau tragere.

Actiunea de deplasare a pacientului depinde de:

- posibilitatea insotitorului de a efectua singur actiunea fara ca pacientul sa contribuie
- posibilitatea ca pacientul sa sustina actiunea prin efectuarea unor miscari, la recomandarea persoanei care il ingrijeste

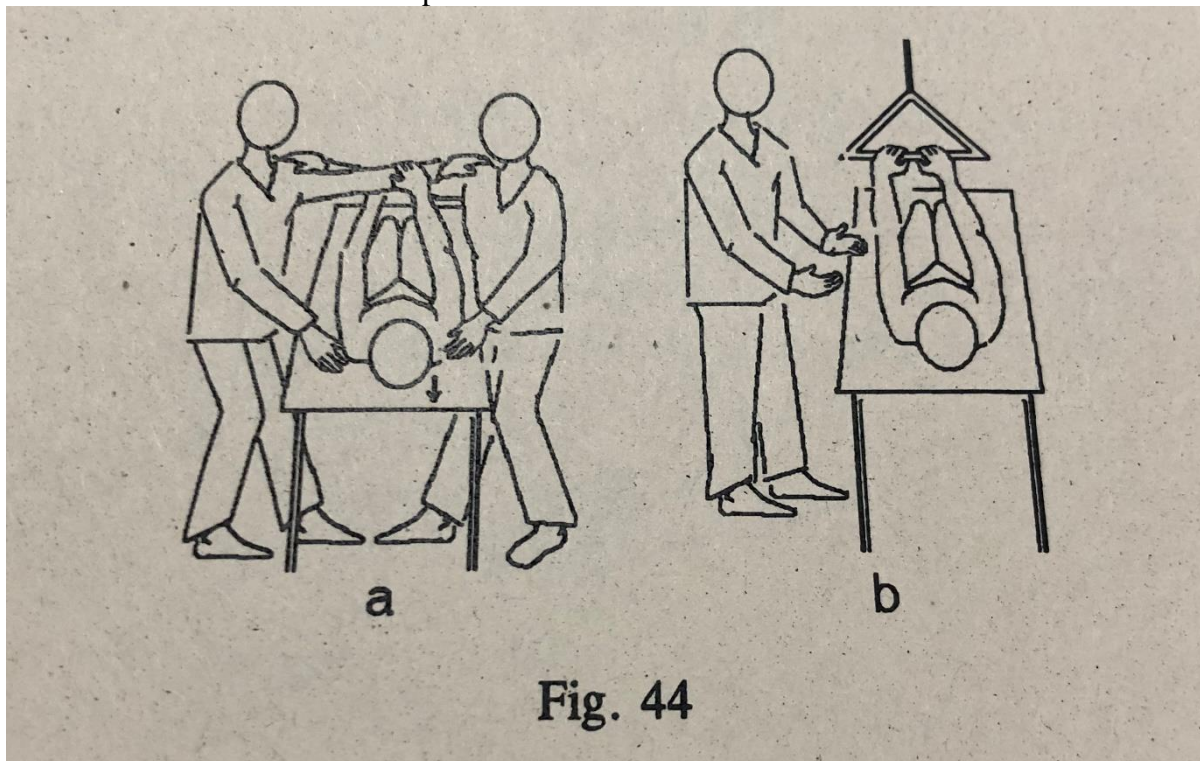
in conditiile in care pacientul prezinta o inactivitate pe o parte a corpului, procedeul de deplasare poate fi efectuat prin impingere sau tragere. Actiunea de repositionare parcurge urmatoarele etape:

- mana afectata este plasata in flexie pe abdomen
- bolnavului I se ridica piciorul sanatos, care este plasat cu talpa in lateral, la marginea patului
- bolnavul este apucat cu mainile de la nivelul bazinului, simultan pe ambele parti
- se executa actiunea de impingere, timp in care pacientului I se solicita sa actioneze cu mana si piciorul sanatos, tragand spre marginea cealalta a patului.

Schimbarea pozitiei

Metodologia schimbării pozitiei pacientului din decubit dorsal in pozitia asezat impune utilizarea urmatoarelor procedee. Cele doua persoane care contribuie la modificarea pozitiei

pacientului sunt plasate de o parte si de alta a patului cat mai aproape de membrele superioare ale bolnavului. La un semnal fiecare ajutor va ridica bratul apropiat de capul pacientului si il va plasa pe umarul partenerului. Pacientului I se solicita sa apuce cu ambele maini bratele celor doua ajutoare. La un semnal ajutoarele se deplaseaza spre lateral, lucru ce favorizeaza ridicarea bolnavului din decubit dorsal in pozitia asezat.



Ridicarea bazinului efectuata cu ajutor

Bolnavul se afla in decubit dorsal, avand capul plasat pe o perna si bratele usor flectate, plasate in lateral pe langa corp. Insotitorul este pozitionat pe partea membrului inferior afectat. Ridicarea bazinului are drept scop pregatirea pentru necesitatile fiziologice. Actiunea de pozitionare se poate efectua astfel: pacientul flecteaza si deplaseaza piciorul valid usor in lateral, iar piciorul afectat este in pozitie intinsa. Insotitorul se pozitioneaza in lateral, pe partea afectata a corpului.

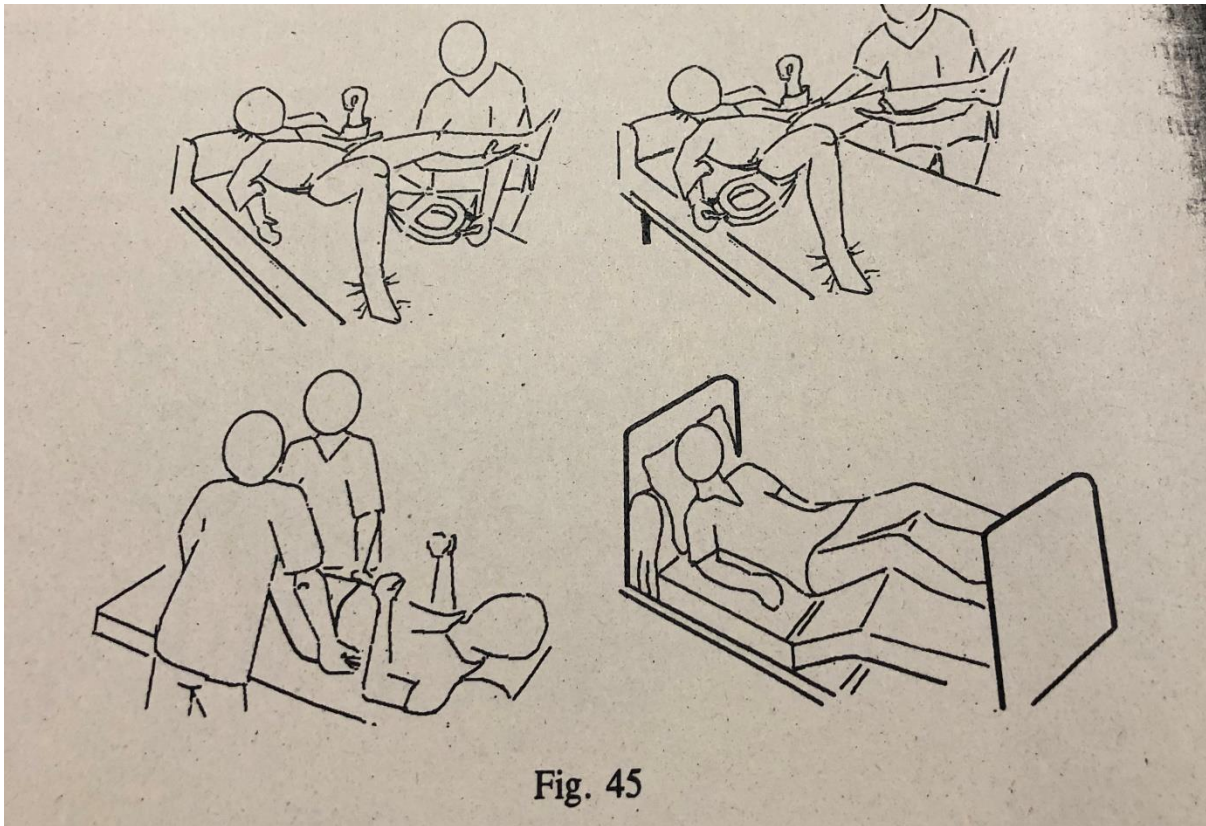


Fig. 45

Metodologia ridicării din decubit dorsal în așezat a marginii patului

Pornind de la aprecierea modului în care pacientul ar avea capacitatea de a fi plasat în poziția așezat, se poate efectua această acțiune doar cu ajutor. Sistemul de acționare este organizat în două trepte metodice:

- se urmărește modul în care pacientul are posibilitatea de a sta în poziția așezat
- se vor lua măsurile corespunzătoare vizând asigurarea unor condiții optime pentru a realiza acțiunea respectivă

Pe plan metodic, posibilitatea ca pacientul să se ridice și să se întoarcă pe pat vizează două aspecte de bază:

- forma și dimensiunea patului trebuie să ofere condiții optime pentru ca pacientul să poată fi ajutat
- în funcție de greutatea pacientului va fi manevrat de o persoană sau două.

Repoziționarea corpului la marginea patului

Repoziționarea îi solicită pacientului o gradare metodică a sistemului de mișcări pe care trebuie să le execute pentru a efectua această acțiune cât mai corect și cu un nivel scăzut de efort muscular. Din decubit dorsal, cu brațul de forță apucând marginea patului, prin ridicarea capului, concomitent cu deplasarea brațului liber spre înainte, în sus și prin tracțiunea simultană pe brațul plasat la marginea patului, se ajunge în poziția de așezat având picioarele libere, fapt ce facilitează deplasarea spre lateral, pentru a ajunge în poziția așezat cu picioarele plasate în afara patului.

Revenirea la poziția de decubit dorsal este mai ușoară: ea se realizează prin ridicarea mâinii din partea opusă direcției de acționare, concomitent cu întoarcerea capului, întinderea picioarelor și răsucirea trunchiului spre direcția de bază. În momentul în care picioarele au ajuns la

orizontala, iar trunchiul este plasat pe directia de pozitionare, pacientul executa o lansare lenta a trunchiului pentru a ajunge in decubit dorsal, moment in care are posibilitatea de a-si plasa si capul pe suprafata de sprijin.

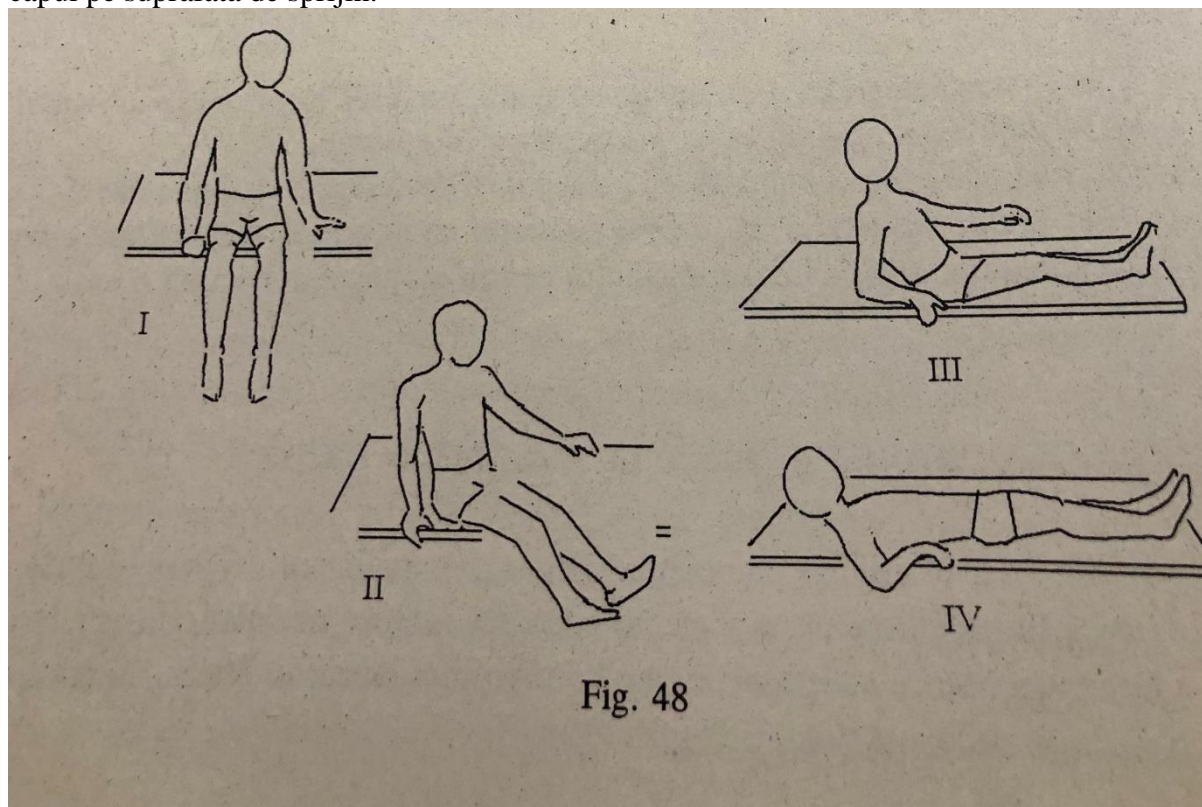


Fig. 48

Schimbarea pozitiei din decubit dorsal in asezat

Pacientul aflat in decubit dorsal poate fi ridicat in pozitia asezat la marginea patului astfel: insotitorul se pozitioneaza in lateral fata de pacient, plaseaza o mana la nivelul laturii externe a genunchiului opus al bolnavului, iar cealalta mana o aduce la nivelul median al omoplatilor, pozitie in care antebratul sprijina capul pacientului. Tragand spre exterior de la nivelul picioarelor, raducand si rasucind trunchiul, se aduce pacientul in pozitia asezat.

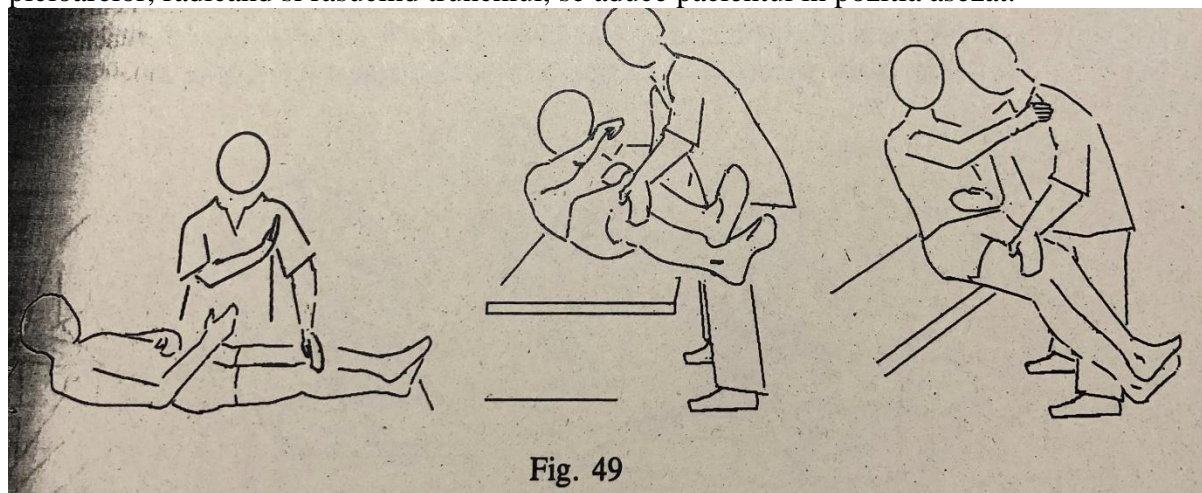


Fig. 49

Revenirea la pozitia initiala se poate realiza pornind de la pozitia asezat la marginea patului, insotitorul fiind plasat in stand cat mai aproape de corpul pacientului, cu o man a pe umarul opus al bolnavului si cu cealalta pe sub spatul popliteu al membrilor inferioare ale pacientului. Prin

ridicarea membrelor inferioare ale pacientului si o usoara tractiune a umarului opus pe care isi tine o mana, insotitorul il mobilizeaza pe pacient pentru a se plasa in decubit dorsal, cu picioarele intinse si bratele pe langa corp. In momentul in care pacientul a ajuns in decubit dorsal, insotitorul asigura o ordonare corespunzatoare a membrelor inferioare si superioare, dar si o pozitie corecta a capului si trunchiului.

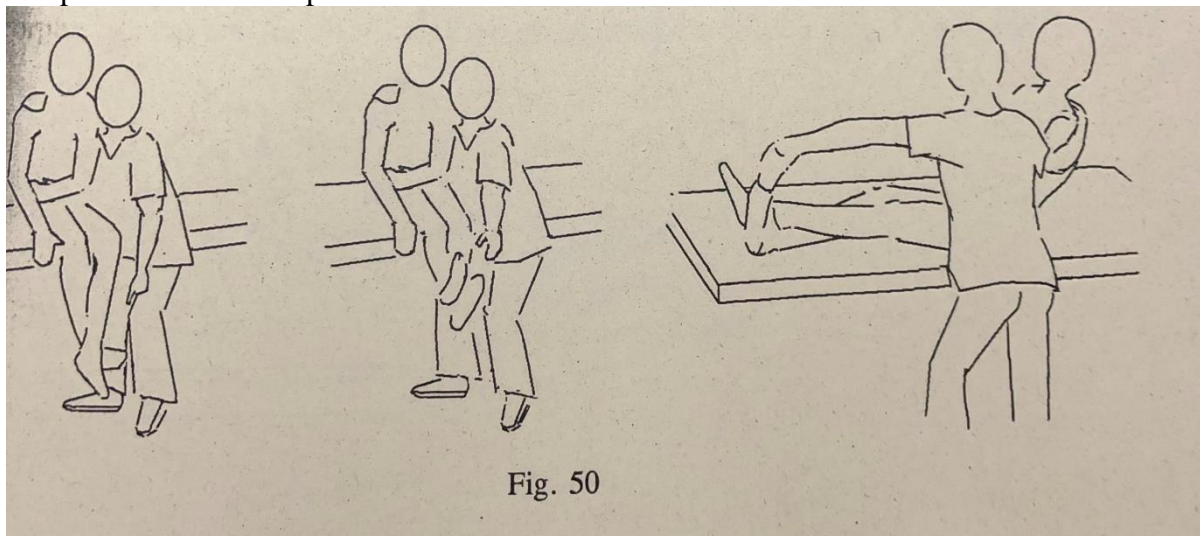


Fig. 50

Repozitionarea corpului cu ajutorul unor mijloace de sprijin

Actiunea de ridicare din decubit dorsal si trecerea in pozitia asezat la marginea patului poate prezenta urmatorul traseu metodic:

- cu mana valida pacientul prinde structura de sustinere, timp in care insotitorul plaseaza o mana pe umerii bolnavului iar cealalta mana pe manerul de sustinere
- la comanda de actionare, pacientul face efortul de a se ridica in pozitia asezat, timp in care insotitorul schimba pozitia mainii, aducand-o de la manerul de sustinere la nivelul genunchilor bolnavului, facilitand in acest mod orientarea picioarelor si a trunchiului acestuia, pentru ca el sa ajunga in pozitia asezat, cu fata la insotitor.

Actiunea de revenire la pozitia initiala este facilitata de plasarea mainilor insotitorului astfel: o mana este plasata pe umarul pacientului de pe partea opusa, pe dupa gat, iar cealalta pe sub gambele acestuia cat mai aproape de genunchi. Ridicandu-i picioarele si rasucindu-i trunchiul, pacientul ajunge treptat in decubit dorsal, cu capul sprijinit pe perna .

Ridicarea in pozitia asezat prin pivotarea pe bazin

In situatia in care afectiunea este localizata la nivelul membrelor inferioare, actiunea de ridicare in pozitia asezat poate fi realizata astfel:

- pacientul este in decubit dorsal, cu picioarele intinse si capul sprijinit pe o perna
- insotitorul poate incepe in diferite moduri: utilizeaza o curea pe care o trece pe sub gleznela pacientului, daca pacientul are posibilitatea de a plasa un picior peste celalalt insotitorul il apuca de pantaloni ,

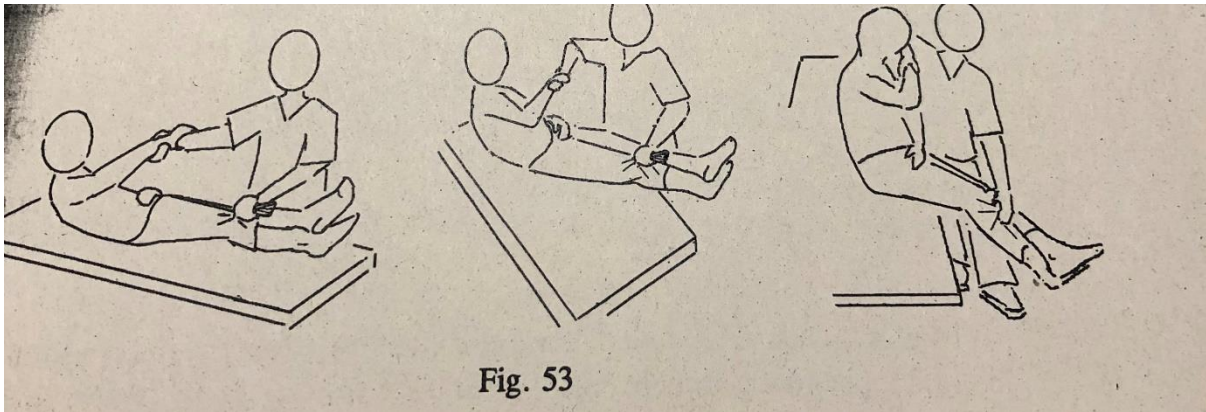


Fig. 53

insotitorul trece o mana pe sub ambele gambe ale pacientului si le ridica pentru a plasa piciorul sprijinit pe un suport

-insotitorul lasa picioarele pacientului lent in jos pe sol, cat mai aproape de pat sau de masa de lucru

-actiunea de la nivelul picioarelor este insotita de apucarea mainii opuse directiei de repositionare a corpului, iar capul este ridicat de pe suprafata de sprijin.

In actiunea de repositionare pacientul este ridicat prin tractiune pe bratul opus al directiei de intoarcere a corpului iar picioarele sunt intinse si plasate lent pe sol. In acest fel pacientul ajunge in asezat la marginea patului cu picioarele intinse. Revenirea la pozitia initiala: din pozitia stand pe marginea patului sau a mesei de lucru, terapeutul plaseaza o man a pe umarul opus al bolnavului, timp in care pacientul il apuca de antebraț, cat mai aproape de mana. Terapeutul plaseaza cealalta mana la nivelul superior al gambei pacientului, fapt pentru care trebuie sa flecteze usor picioarele si trunchiul pentru a reusi sa tina sub control acea parte a corpului pacientului ce urmeaza sa treaca in pozitia de decubit dorsal, cu ajutor.

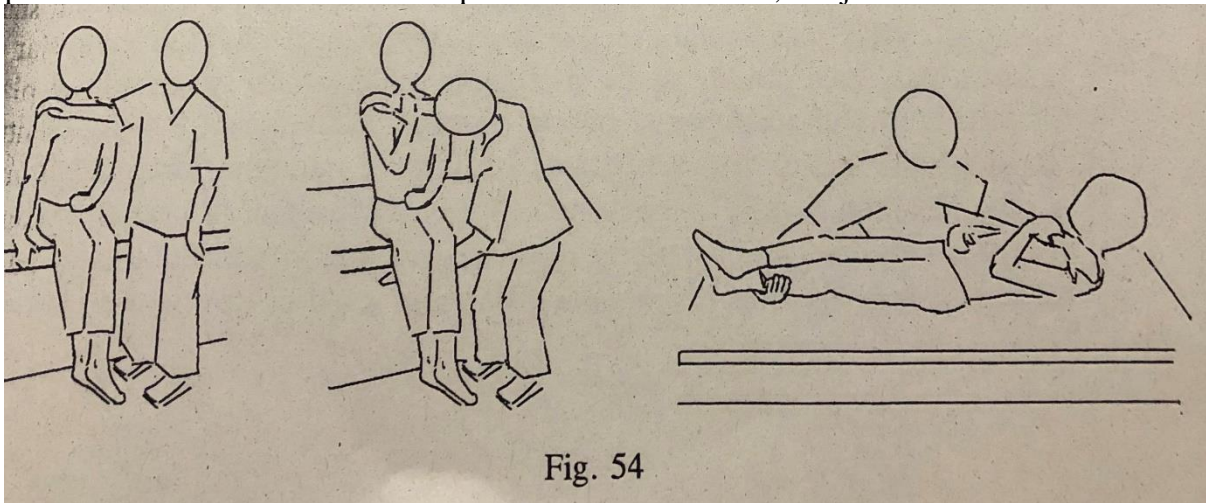


Fig. 54

Ridicarea din pozitia asezat a unui hemiplegic

Bolnavul se afla in pozitia asezat pe un scaun, avand bratul afectat sprijinit in fata, pe coape, iar bratul valid pe marginea scaunului. Insotitorul se pozitioneaza in fata pacientului pentru a actiona astfel:

-introduce o man a pe sub bratul afectat al pacientului, plasand-o pe omoplat

-cu picioarele apropiate, sprijina piciorul valid al pacientului la nivelul genunchiului

-cu cealalta mana coboara capul pacientului, actionand in acelasi timp si pentru a departa trunchiul bolnavului de spatarul scaunului, dupa care isi plaseaza mana sub axila valida a pacientului

-blocheaza genunchiul afectat al pacientului cu propriul genunchi. La comanda “Incepem actiunea”, insotitorul trage trunchiul spre inainte si in sus moment in care picioarele insotitorului sunt treptat intinse, fapt ce conduce la ridicarea corpului pacientului de pe scaun.).

Metodologia ridicarii unui bolnav cu dificultati de actionare

Actiunea de ridicare are ca punct de referinta sistemul de mijloace utilizat pentru a repositiona un bolnav cazut pe sol ce are dificultati in mobilizarea corpului.

Atentia celor care efectueaza actiunea de ridicare si de plasare a pacientului pe targa trebuie sa fie orientate spre doua elemente de baza:

- asigurarea conditiilor optime de ridicare si de plasare a pacientului pe targa
- siguranta si eficienta in efectuarea actiunii

Ridicarea din asezat in stand a unui hemiplegic

Actiunea de ridicare din asezat in stand parcurge urmatorul traseu metodic:

-bolnavului i se solicita sa isi plaseze mana valida la nivelul taliei insotitorului, moment in care acesta din urma face un pas inapoi, fapt ce il determina pe pacient sa se aplece spre inainte pana ajunge cu trunchiul aproape de proprii genunchi

-insotitorul plaseaza o man ape cotul pacientului, iar cealalta la nivelul bazinului

- din aceasta pozitie insotitorul da semnalul “hai” care se asociaza cu actiunea de ridicare a pacientului in stand, dupa care insotitorul isi plaseaza mana la nivelul taliei bolnavului pentru a-I asigura o pozitie cat mai corecta .

Revenirea la pozitia asezat parcurge urmatoarele trepte metodice:

-stand in dreptul scaunului, insotitorul positionat in fata pacientului, plaseaza o man ape latura active a bolnavului, iar cu cealalta man ail apuca de haine

-insotitorul isi plaseaza picioarele la nivelul segmentului afectat al pacientului, in dreptul genunchiului

-pacientului i se solicita sa apuce cu mana valida de marginea scaunului, timp in care insotitorul isi plaseaza mana libera pe omoplatii bolnavului

-treptat pacientul se aseaza pe scaun, prin flectarea gradate a mainii active plasata pe marginea scaunului

-contactul pacientului cu scaunul este insotit de repositionarea bazinului prin impingerea picioarelor de catre insotitor, iar mai apoi si a trunchiului, efectuata printr-o presiune usoara pe piept dar si prin ridicarea barbiei.

Ridicarea efectuata de doua persoane

Atunci cand nivelul ponderal al pacientului este crescut, actiunea se efectueaza de doua persoane astfel: I se solicita bolnavului sa isi plaseze mainile pe genunchi, gambele fiind sub scaun; insotitorii vor departa picioarele si le vor flecta pentru a ajunge la acelasi nivel cu pacientul, bratele pacientului sunt ridicate sip use pe umerii insotitorilor, capul pacientului este aplecat, moment in care spatele lui se departeaza de scaun. Mainile libere ale insotitorilor sunt plasate pe genunchii pacientului, iar la semnal se apasa usor pe genunchii pacientului, timp in care insotitorii isi intend picioarele pentru a ajunge in pozitia stand, pacientul fiind ridicat de pe scaun, cu trunchiul sustinut de insotitori.

Actiunea de reasezare pe scaun se desfasoara astfel:

-pacientul ii cuprinde pe insotitori cu ambele brate pe dupa cap, punandu-si mainile pe umerii lor

- pacientul isi deaparteaza picioarele in lateral, dar fiind cat mai aproape de scaun
- insotitorii apuca mainile pacientului plasate pe umerii lor, apoi fiecare din ei isi plaseaza cealalta mana la nivelul bazinului pacientului, cat mai aproape de fese
- la comanda "Si!" pacientul flecteaza picioarele si isi apleaca usor trunchiul spre inainte pentru a se aseza pe scaun.

Modalitati de repositionare a corpului din asezat in stand

Metodologia realizarii acestei actiuni motrice impune:

-dobandirea capacitatii de pozitionare in asezat

- aprecierea practica in actionarea corespunzatoare a picioarelor, in sensul verificarii efective a modalitatilor de mentinere a verticalitatii corporale

-aprecierea reactiilor corporale la schimbarea pozitiei de baza

Din punct de vedere metodic, in procesul de reeducare motrica se actioneaza astfel:

-trecerea treptata de la pozitia de decubit la pozitia asezat, fapt ce asigura posibilitatea de a controla pozitia capului si a trunchiului

-mentinerea pozitiei asezat, fapt ce ii permite pacientului sa efectueze o paleta larga de miscari atat la nivelul membrelor superioare cat si la nivelul capului si trunchiului

-posibilitatea de a-si plasa membrele inferioare pe sol, conducand la efectuarea unor miscari la nivelul gleznelor si al labelor picioarelor.

Transportarea unei persoane grav bolnave

Atentia persoanelor care asigura ridicarea si transportarea pacientului trebuie sa fie orientata catre urmatoarele aspecte de baza:

-implicarea unui numar corespunzator de persoane in realizarea ridicarii si transportarii pacientului

-efectuarea metodică a actiunilor, cu scopul de a proteja coloana vertebrala a pacientului

-cunoasterea si aplicarea corespunzatoare a procedurilor de manevrare, fapt ce va garanta securitatea pacientului

-asigurarea concordantei si simetriei miscarilor celor care efectueaza ridicarea si transportarea pacientului

Transferul de pe pat pe scaun

Trecerea bolnavului de pe pat pe un scaun rulant impune cunoasterea si utilizarea prpcedurilor metodice care permit efectuarea actiunii cu eficienta si in siguranta. In cazul pacientului asezat pe pat, avand picioarele intinse, mana insotitorului opusa directiei de deplasare este plasata langa bazinul bolnavului, cealalta fiind pozitionata aproape de marginea patului, putin mai departe de bazin. Insotitorul situat in lateral, isi plaseaza o mana la nivel subaxilar, iar cealalta sub coapsele pacientului, cat mai aproape de bazin. Atentia insotitorului trebuie sa fie orientata spre pozitionarea corecta a scaunului cu rotile, acesta trebuind sa fie plasat langa pat, cu dechiderea paralela cu marginea patului.

Metode de ridicare a unui bolnav

Pentru a ridica si a transporta un bolnav, este necesar sa se respecte urmatoarele reguli:

-asigurarea concordantei si simetriei miscarilor a celor care efectueaza ridicarea si transportarea unui bolnav

-necesitatea de a efectua actiunea in siguranta atat pentru pacient cat si pentru cei care o realizeaza

-necesitatea ca sistemul de repositionare a pacientului sa fie in acord cu regulile de baza ale manevrarii si positionarii bolnavilor.

Tehnicile de ridicare si transportare manuala a unui pacient impun:

-simetria miscarilor in timpul deplasarilor

-repartizarea adecvata a celor care efectueaza actiunea de ridicare si transport in sensul ca persoana care are un volum muscular mai mare va fi plasata la mijlocului grupului, iar persoanele care au un volum muscular mai scazut fie vor asigura transportarea picioarelor si a bazinului, fie vor contribui la transportarea capului si a unei parti a trunchiului.

Transferul de pe fotoliul rulant pe pat

Din pozitia asezat in fotoliul rulant, pacientul este in situatia de a trece pe pat. El trebuie sa fie plasat cu partea afectata spre pat.