



A2.2 – Zasoby edukacyjne dla nauczycieli

Zasady aktywizacji/mobilizacji/przemieszczania podopiecznego

Moduł: Techniki pielęgnacyjne dla dobrego samopoczucia podopiecznego

Podmoduł: 2.2 Mobilizacja, przemieszczanie

Wprowadzenie

Moduł

TECHNIKI PIELĘGNACYJNE DLA DOBREGO SAMOPOCZUCIA PODOPIECZNEGO

Podmoduł

2.2 Mobilizacja, przemieszczanie

Lekcja nr.

#1 Zasady aktywacji/mobilizacji/przemieszczania podopiecznego

Czas trwania (w minutach)

45 minut

Data

Efekty zajęć

W wyniku ukończenia tej lekcji opiekun będzie potrafił:

1. zmienić pozycję podopiecznego w łóżku w zależności od stanu zdrowia użytkownika.
2. zmienić pozycję podopiecznego na wózku inwalidzkim.
3. udzielić wsparcia/asekurować podopiecznego podczas wstawania z łóżka.
4. przenieść podopiecznego poza łóżko w pozycji leżącej i siedzącej.
5. rozpoznawać i wspierać zdolności i ograniczenia podopiecznego w zakresie ruchu

Zasady aktywacji /mobilizacji/ przemieszczania podopiecznego

- Aktywność prozdrowotna powinna dotyczyć nie tylko samej w sobie aktywnością ale także obejmować usprawnianie w wykonywaniu czynności funkcjonalnych, w tym czynności życia codziennego, takich jak np. posługiwanie się sprzętem kuchennym, sprzątanie, podnoszenie czegoś z podłogi itp.
- Istotne jest postępowanie usprawniające zdolność do zmiany pozycji z siedzącej na stojącą, a także nauka podnoszenia się po ewentualnym upadku.
- Dodatkowo ważnym elementem procesu usprawniania/mobilizacji stanowi postępowanie związane z usprawnianiem chodu. Powinno ono obejmować chodzenie wolnym i szybszym tempem, zmiany kierunku, wchodzenie i schodzenie ze stopnia.
- Przy mobilizowaniu pacjentów ważne jest przyjęcie przez opiekunów prawidłowej postawy i wykonywanie funkcjonalnych, biomechanicznych sekwencji ruchowych. W przeciwnym razie u opiekuna może wystąpić ból pleców i/lub uszkodzenie kręgosłupa.

Wytyczne dla opiekunów:

obuwie antypoślizgowe, które zapewnia stabilizację podczas ruchu

každorazowo dostosować wysokość łóżka do wysokości roboczej opiekuna

przy przenoszeniu lub zmianie pozycji podopiecznego, wykonywać pracę w dwie osoby (jeśli to możliwe)

opiekun wykonuje regularne, spokojne wdechy i wydechy, które ułatwiają podnoszenie i przenoszenie podopiecznego

opiekun powinien wspierać mobilność podopiecznego w zależności od stopnia ograniczenia ruchowego, tj. pomoc w chodzeniu, poruszaniu się (podnoszenie do pozycji siedzącej, pomoc w siedzeniu, przesadzanie), zmianie pozycji podczas leżenia.

Wsparcie podopiecznego podczas chodzenia

- Mobilizowanie podopiecznego do chodzenia służy przywróceniu i utrzymaniu mobilności, ale niesie ze sobą znaczne ryzyko upadku.
- Na podstawie oceny możliwości podopiecznego, opiekun powinien ograniczyć do minimum pomoc oraz nauczyć stosowania środków pomocniczych (np. chodzik).
- Tempo chodu powinien nadawać podopieczny.
- Należy zwracać uwagę aby podopieczny poruszał się w miarę możliwości w pozycji wyprostowanej. Środek ciężkości powinien spoczywać na stopach.

Zmiana pozycji podopiecznego- rotacja na bok



- Podczas zmiany pozycji podopiecznego na bok, opiekun powinien znajdować się po stronie, na którą rotowany jest podopieczny
- Podczas zmiany pozycji podopiecznego, opiekun powinien jednocześnie zmieniać ułożenie obręczy biodrowej i barkowej podopiecznego (zabezpiecza to przed urazem kręgosłupa podopiecznego)
- Podczas zmiany pozycji podopiecznego, kończyna górna i dolna po stronie przeciwnej do rotowania powinna być ugięta w stawach (kończyna dolna w stawie kolanowym i biodrowym, kończyna górna w stawie łokciowym)



- Głowa podopiecznego powinna być skierowana w stronę zamierzonej rotacji tułowia przed rozpoczęciem zmiany pozycji ciała.
- Podopiecznego należy trzymać za łopatkę i talerz biodrowy
- Postawa opiekuna, osoby wykonującej zmianę pozycji podopiecznego – wysokość łóżka podopiecznego dopasowana do wzrostu opiekuna (jeśli wysokość łóżka jest regulowana), proste plecy, w miarę możliwości jedna noga na podwyższeniu lub kolano oparte o łóżko w celu zmniejszenia obciążenia, ewentualnie kolana mocno dociśnięte do brzegu łóżka.



- Po zabiegach operacyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego podopieczny rotowany, układany jest w pozycji na stronie zdrowej (przez okres około 3 miesięcy) najlepiej z klinem między nogami.
- Podopieczny ze złamaniem kości udowej może być układany na stronie złamania.
- Podopiecznego po udarze nie powinno się ciągnąć za ręce. Obrót najlepiej wykonać przez bok, który objęty jest niedowładem po udarze w celu większej stymulacji.

Przemieszczanie podopiecznego w łóżku przez dwie osoby: góra – dół

- Podczas przemieszczania podopiecznego w łóżku przez dwie osoby można przemieszczać na podkładzie, który podtrzymuje obręcz barkową i biodrową podopiecznego wraz z głową.
- Podczas przemieszczania kończyny dolne podopiecznego powinny być ustawione w zgięciu w stawach kolanowych i oparte o materac;
- Opiekunowie stoją naprzeciw siebie, po prawe i lewej stronie łóżka układając ręce w okolicy miednicy i łopatek podopiecznego;
- Opiekunowie lekko unoszą biodra podopiecznego i spokojne przesuwają w górę lub w dół łóżka podopiecznego; jeżeli jest to możliwe podopieczny odpycha się nogami.





Ruch ciągnący nie może być stosowany u podopiecznych zagrożonych urazami /odleżynami.

Przemieszczanie podopiecznego w łóżku przez jedną osobę: góra – dół

- Podczas przemieszczania podopiecznego w łóżku, jeśli jest to możliwe najlepiej aby kończyny dolne podopiecznego były zgięte w stawie kolanowym i oparte o materac, jeżeli podopieczny może pomóc, odpycha się nogami.
- Opiekun, znajduje się od strony wezglowia łóżka i chwytą podopiecznego za przedramiona przekładając ręce pod barkami;
- Opiekun napinając mięśnie brzucha i opierając uda o łóżko podciąga podopiecznego w górę.

Sadzanie podopiecznego z opuszczonymi nogami z pozycji leżącej

- Układamy podopiecznego na boku (w przypadku osób po udarze układamy na boku poudarowym) tak, aby jego kolana wystawały poza krawędź łóżka.
- Opiekun chwytą podopiecznego jedną ręką (pod barkami) stabilizując jednocześnie głowę i odcinek szyjny kręgosłupa podopiecznego, a drugą ręką chwytą pod uda.
- Opiekun powinien stać blisko łóżka na szeroko rozstawionych nogach, w celu zapewnienia sobie stabilnej pozycji.
- Jednym, sprawnym ruchem opiekun unosi tułów podopiecznego, jednocześnie opuszczając nogi na podłogę

Ułożenie podopiecznego w pozycji siedzącej

- Opiekun układając podopiecznego w pozycji siedzącej zwraca uwagę aby zapewnić bezpieczne i stabilne podparcie pod plecy podopiecznego.
- Opiekun powinien zastosować podnózek pod stopy podopiecznego, tak aby kończyny dolne były ułożone w gięciu w stawach kolanowych i biodrowych (zgięcie w stawach kolanowych i biodrowych ok. 90 stopni zapobiega wyłamaniu kości udowej ze stawu biodrowego (ważne po endoproteoplastyce), jak również uciskowi nerwów i naczyń krwionośnych tylnej strony uda).
- Upadkowi podopiecznego do przodu można zapobiec poprzez zwiększenie (powyżej 90 stopni) kąta zgięcia w stawach biodrowych.
- W przypadku podopiecznego, który odczuwa osłabienie opiekun powinien umieścić po bokach kliny lub poduszki zabezpieczające pozycję.
- W przypadku występowania niedowładów kończyn górnych u podopiecznego, ręce powinny być ułożone z przodu, na lekkim podwyższeniu (np. na poduszce znajdującej się na kolanach).



Przemieszczanie osoby chodzącej, osłabionej

- Opiekun asekuje podopiecznego, pomaga w przyjęciu pozycji siedzącej na łóżku ze spuszczoneymi nogami.
- Opiekun ustawia balkonik (pamiętając o zaciągnięciu hamulca) tak, aby podopieczny podczas wstawania mógł się wesprzeć na jego bokach.
- Podopieczny siada na brzegu łóżka.
- Opiekun lekko pochyla podopiecznego do przodu, stojąc na rozstawionych nogach pomaga podopiecznemu wstać obejmując jedną ręką jego plecy, a drugą chwytając pod jego ramię.



Przemieszczanie z łóżka na wózek i odwrotnie



- Podopiecznego należy ułożyć w pozycji siedzącej na łóżku ze spuszczone nogami.
- Wózek należy ustawić po słabszej stronie podopiecznego (w przypadku kiedy u podopiecznego występuje niedowład), następnie należy wyjąć bok i podnóżki wózka oraz zablokować koła hamulcami.
- Opiekun staje twarzą do podopiecznego ugina swoje kolana i ustawia je tak, aby obejmowały kolana podopiecznego.
- Opiekun obejmuje podopiecznego pod jego rękami, chwytając z tyłu za pasek spodni lub pas do przenoszenia i odchyła się do tyłu, jednocześnie stabilizuje kolana podopiecznego swoimi kolanami, następnie szybkim ruchem obrotowym przemieszcza podopiecznego na wózek.

A2.2 – Zasoby edukacyjne dla nauczycieli

Znaczenie mobilności i ruchu w życiu człowieka, konsekwencje hipokinezy / unieruchomienia użytkownika (np. zakrzepica, odleżyny, przykurcze). Środki zapobiegawcze zapobiegające skutkom unieruchomienia.

Moduł: Techniki pielęgnacyjne dla dobrego samopoczucia podopiecznego

Podmoduł: 2.2 Mobilizacja, przemieszczanie

Wprowadzenie

Moduł	TECHNIKI PIELĘGNACYJNE DLA DOBREGO SAMOPOCZUCIA PODOPIECZNEGO
Podmoduł	2.2 Mobilizacja, przemieszczanie
Lekcja nr.	#2 Znaczenie mobilności i ruchu w życiu człowieka, konsekwencje hipokinezy / unieruchomienia użytkownika (np. zakrzepica, odleżyny, przykurcze). Środki zapobiegawcze zapobiegające skutkom unieruchomienia.
Czas trwania (w minutach)	45 minut
Data	

Efekty zajęć

W wyniku ukończenia tej lekcji opiekun będzie potrafił:

- stosować środki zapobiegawcze w celu zapobiegania odleżynom/urazom odleżynowym / owrzodzeniom
- przeprowadzać środki zapobiegawcze w celu zapobiegania zakrzepicy
- przeprowadzać środki zapobiegawcze w celu zapobiegania zapaleniu płuc
- stosować środki zapobiegawcze zapobiegające przykurczom



Hipokineza lub akinezja to ograniczenie aktywności ruchowej, związane z koniecznością pozostawania przez długi czas w pozycji poziomej z powodu różnych chorób, urazów, wypadków drogowych lub zabiegów chirurgicznych.

Czynniki wymuszające pozostanie w łóżku związane z chorobą lub uszkodzeniem:

- narządu ruchu: mięśni (dystrofia mięśniowa), kości i stawów (złamania kończyn dolnych, szczególnie szyjki kości udowej, uszkodzenia kręgosłupa, a także częste u osób starszych powikłania osteoporozy czy zaawansowane zmiany zwyrodnieniowo-zapalne, najczęściej zniekształcenia i zeszczywnienia w stawach biodrowych, kolanowych i kręgosłupa, niejednokrotnie uniemożliwiające chodzenie).
- układu nerwowego (guzy mózgu, uszkodzenia rdzenia kręgowego, choroby neurodegeneracyjne, np. stwardnienie rozsiane, parkinsonizm)
- układu sercowo-naczyniowego (udary, zawał serca)
- układu oddechowego (zapalenia oskrzeli lub płuc)
- ogólnoustrojowe (nowotwory, wyniszczenie, niedożywienie, sarkopenia).

Zmiany czynności fizjologicznych spowodowane hipokinezą

Stan częściowego bądź całkowitego upośledzenia aktywności ruchowej prowadzi do wielorakich zmian w czynnościach narządu ruchu, układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, trawiennego, wewnątrzwydzielniczego oraz nerwowego, wpływa na krzepliwość krwi, powoduje też zaburzenia biochemiczne, np. gospodarki wodno-elektrolitowej, głównie wapniowej, spowalnia metabolizm.

Odpowiedź poszczególnych układów czynnościowych organizmu zależy w dużym stopniu od czasu przebywania w położeniu horyzontalnym; zazwyczaj pełny obraz zmian rozwija się pod koniec pierwszego miesiąca.

Wpływ unieruchomienia na różne narządy i psychikę

Układ ruchu

Kości



- W wyniku częściowego lub całkowitego unieruchomienia dochodzi do utraty masy kostnej (osteoporoza). Już po czterodniowym całkowitym unieruchomieniu, wzrasta wydalanie wapnia z moczem, dowodząc zaburzenia równowagi pomiędzy katabolizmem a nowotworzeniem tkanki kostnej.
- Z chwilą uruchomienia osteoporoza może stać się przyczyną bólów np. pleców, które ustępują w pozycji leżącej. Powoduje to przedłużanie się unieruchomienia w łóżku, a czasem strach podopiecznego przed wstawaniem.
- Innym następstwem katabolizmu tkanki kostnej spowodowanego unieruchomieniem jest kamica nerkowa, czy kamica pęcherza moczowego.

Mięśnie



- Po czterodniowym, całkowitym unieruchomieniu w łóżku zwiększa się wydalanie azotu z moczem i osiąga szczyt po czternastu dniach. Jeśli wówczas uruchomimy chorego to potrzeba czterech dalszych tygodni do normalizacji wydalania azotu. Ta utrata azotu odpowiada zanikowi około 2 kg tkanki mięśniowej. W związku z tym przy unieruchomieniu szybko zmniejsza się masa i siła mięśniowa.
- Następstwem zaniku mięśni są bóle i szybkie męczenie się pacjentów przy uruchamianiu. Powstaje błędne koło i pobyt w łóżku przedłuża się samoistnie.

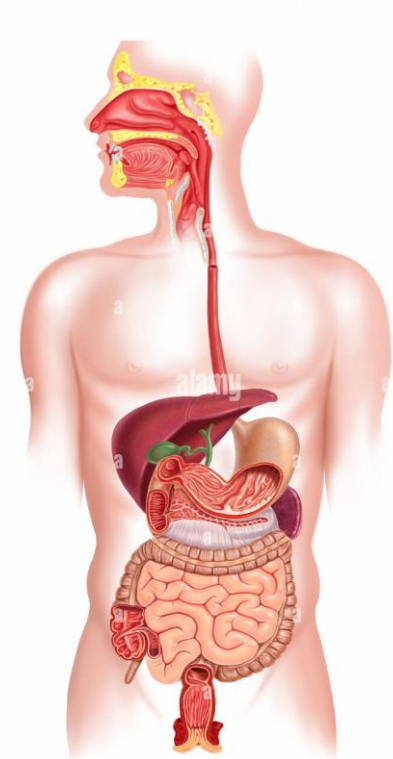
Stawy



- Jednym z największych niebezpieczeństw przedłużonego unieruchomienia jest powstawanie przykurczów. Najczęstszym następstwem jest powstanie końskiej stopy, przykurcze w zgięciu stawu kolanowego i biodrowego.
- Po utrwaleniu się tych przykurczów, wysadzanie chorego na wiele godzin do fotela nasila stopień przykurczu. Jeśli ściśle unieruchomienie w łóżku jest naprawdę niezbędne, winno się pacjenta ułożyć, co najmniej na dwie godziny dziennie w pozycji poziomej na brzuchu (o ile nie powoduje to wystąpienia silnego bólu np. u osób z bolesnymi zmianami w odcinku krzyżowo – lędźwiowym kręgosłupa).

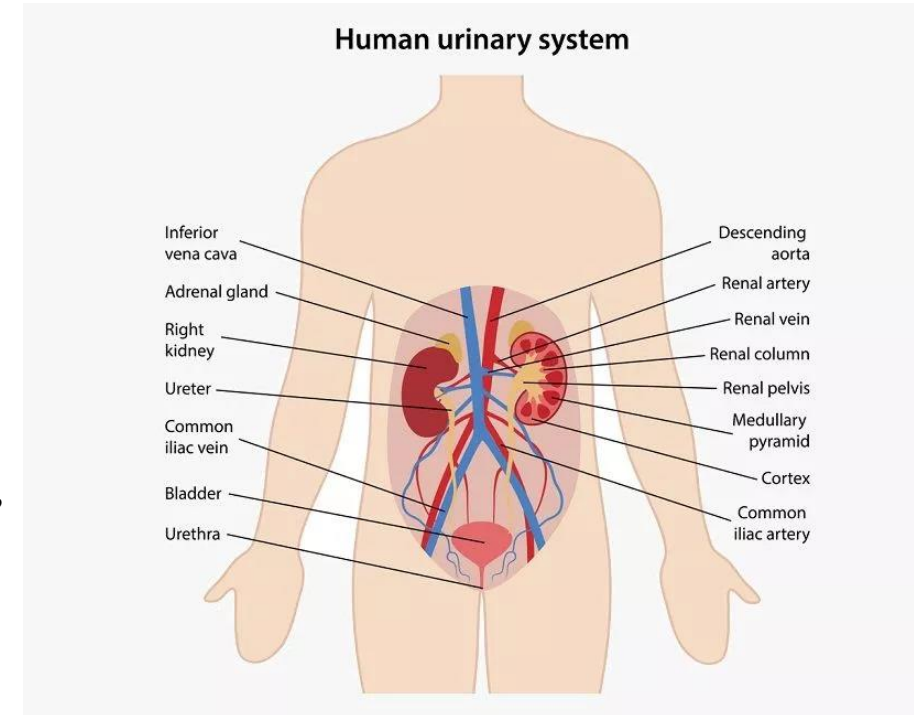
Układ trawienny

- Siedzący tryb życia i brak ruchu powoduje zaparcia.
- Dla większości podopiecznych bardzo nieprzyjemne jest oddawanie stolca na basenie, w niefizjologicznej pozycji leżącej. Z tego względu konieczność defekacji jest odwlekana. Czynniki powyższe sprzyjają tworzeniu się w odbytnicy zbitych mas kałowych, które znoszą podstawowy mechanizm utrzymywania stolca, kąt anorektalny.
- ---
- Masy kałowe zaburzają też różnicowanie treści w prostnicy i drażnią ściany jelita grubego. Płynna treść kałowa przechodzi obok guzów kałowych i nie zatrzymywana w sposób ciągły jest wydalana przez odbyt.
- Następstwem zaparcia staje się paradoksalna biegunka. Przyczynę bardzo łatwo ustalić badaniem per rectum. Także jedynym sposobem postępowania jest manualne wydobicie guzów kałowych. Wszelkie formy wlewów doodbytniczych zawodzą.
- Nierzadko przy wystąpieniu biegunki u osoby leżącej podawane są środki zapierające, co powoduje narastanie zaparcia, a w skrajnych przypadkach niedrożność niską.



Układ moczowy

- Długotrwałe unieruchomienie upośledza czynność nerek.
- U ludzi starych długotrwałe leżenie często prowadzi do nie trzymania moczu, które nie poddaje się leczeniu tak długo, jak długo chory pozostaje w łóżku.
- Dużą rolę odgrywają czynniki psychologiczne.
- Często ludzie starsi unieruchomieni w sposób świadomy, radykalnie ograniczają ilość przyjmowanych płynów, istotnie pogarszając czynność nerek.
- Zwiększone wydalanie wapnia i fosforanów powoduje tendencję do tworzenia się złogów w nerkach i pęcherzu moczowym.



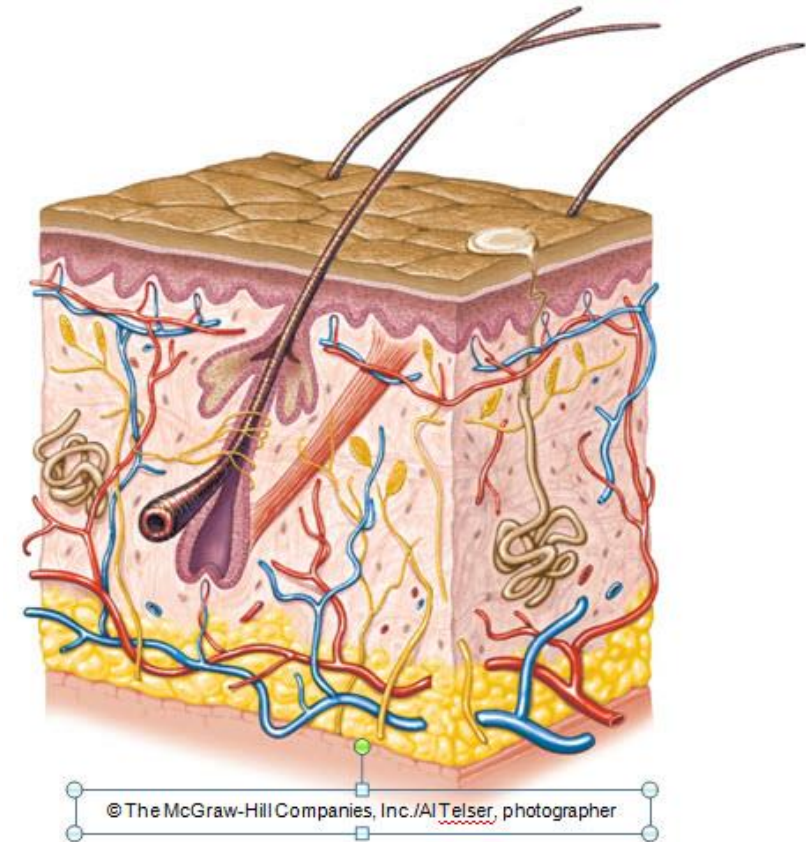
Stan psychiczny

- Jasność naszej świadomości w niemałym stopniu zależy od oddziaływania bodźców zewnętrznych. W związku z tym przebywanie w łóżku można traktować jako umiarkowaną „deprywację sensoryczną” (pozbawienie bodźców zewnętrznych).
- Świat kurczy się do kilku metrów kwadratowych, a zakres czynności ogranicza się do łóżka.
- Kontakty społeczne są ograniczone.
- Regresja psychiczna jest niewątpliwie jednym z największych zagrożeń długotrwałego unieruchomienia.



Skóra

- Odleżyny są szczególnym problemem u osób pozostających w bezpośrednim związku z unieruchomieniem.
- Osoba sprawna, poruszająca się może leżeć w łóżku przez wiele dni lub tygodni, zmieniając pozycję wielokrotnie w ciągu godziny, co skutecznie zapobiega powstawaniu odleżyn.
- Ścisłe unieruchomienie przez dłuższy czas prowadzi do rozwoju odleżyn, a szybkość ich powstania zależy od ukrwienia zajętych miejsc i ogólnego stanu zdrowia.



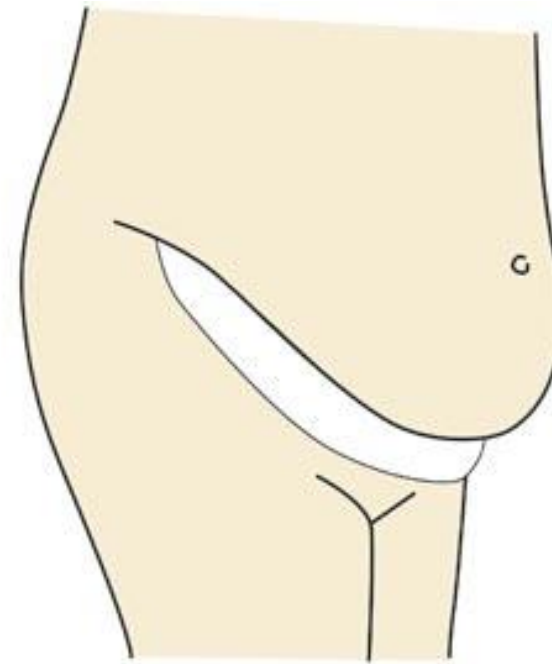
Na rozwój odleżyn wpływają dwa rodzaje ucisku: kompresja i siły ścinające oraz tworzenie się fałdów skórnych.

Czynnikiem decydującym o powstaniu odleżyn jest stosunek siły kompresji do ciśnienia w tętniczkach i w naczyniach włosowatych.

Ciśnienie krwi w naczyniach włosowatych wynosi 33 mm Hg w ich tętniczym zakończeniu i 16 mm Hg w zakończeniu żylnym. Jeśli siła kompresji jest mniejsza od powyższych wartości skóra pozostaje nienaruszona mimo unieruchomienia przez długi okres czasu. Jednak u dorosłego pacjenta o przeciętnej wadze, spoczywającego na materacu z pianki gumowej, siła kompresji wynosi 60 – 70 mmHg w okolicy krzyżowej i 30 – 45 mm Hg w okolicy pięty.

Pacjenci leżący stale w łóżku są z reguły ułożeni w pozycji półleżącej, w której występuje tendencja do zsuwania się w dół.

Powstawanie fałdów skóry zdarza się u osób wyniszczonych, luźną tkanką podskórną. Fałdowanie skóry powoduje skręcanie i zamykanie światła naczyń krwionośnych. Fałdy skórne są też miejscem wzrostu mieszanej flory i punktem wyjścia infekcji. Wszystkie wymienione zjawiska prowadzą do niedokrwienia tkanek i ich martwicy



użytkownicy o znacznym ryzyku odleżyn to:

osoby nieprzytomne

pacjenci z silnym bólem (pooperacyjnym lub dużym bólem stawów)

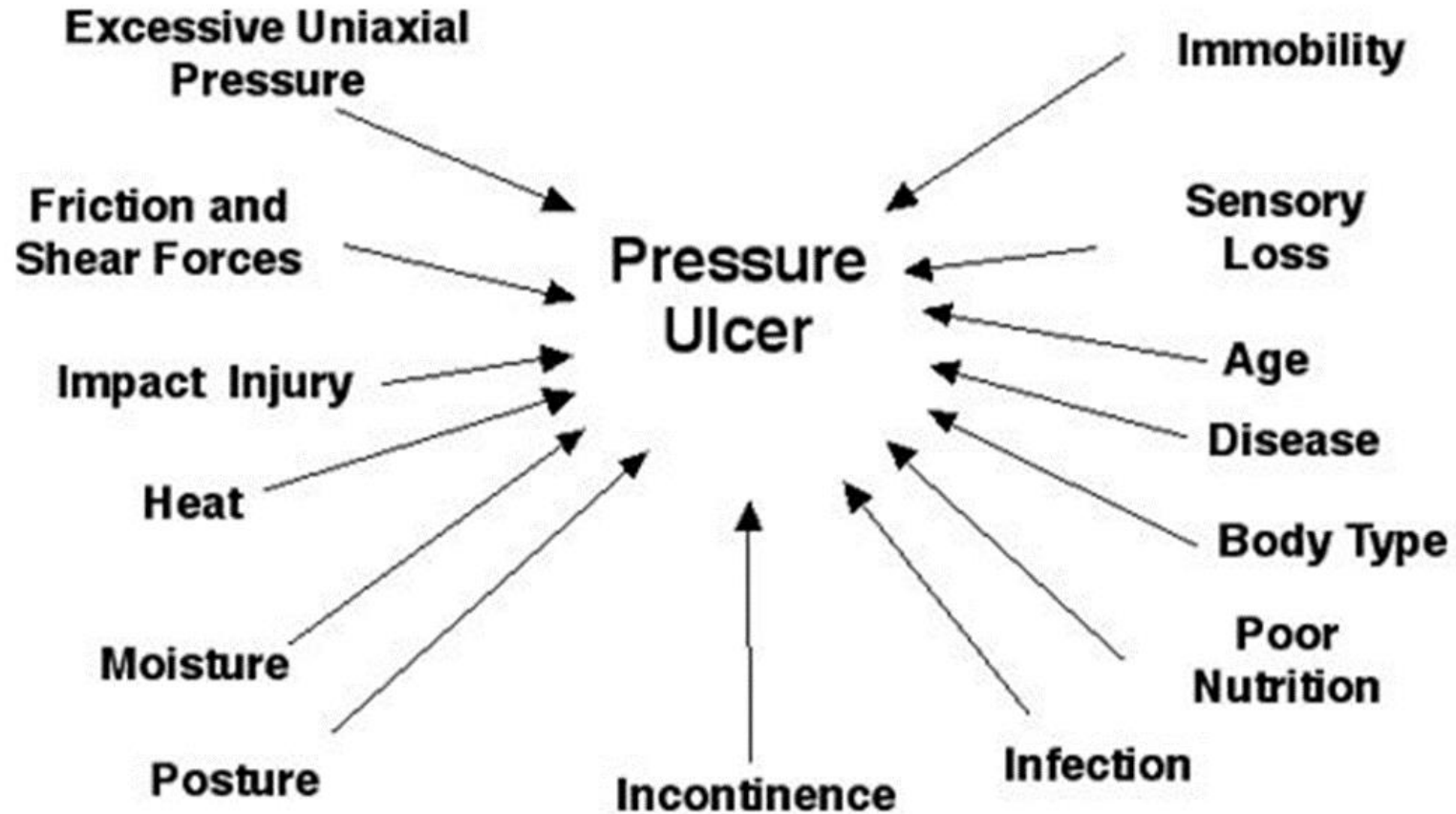
z dużymi opatrunkami gipsowymi

porażenia

Parkinsonizm

Extrinsic Factors

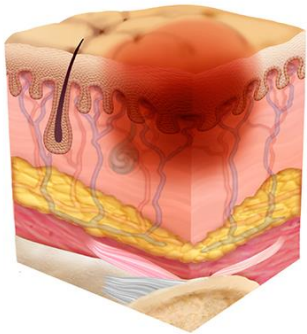
Intrinsic Factors



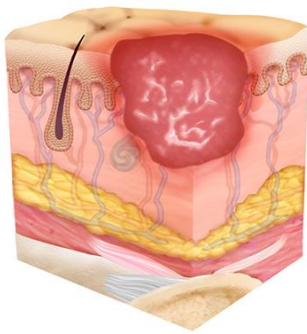
Dodatkowe czynniki obciążające obejmują:

- **wyniszczenie**
- **zaburzenia czynności zwieraczy**
- **ciężki stan ogólny**

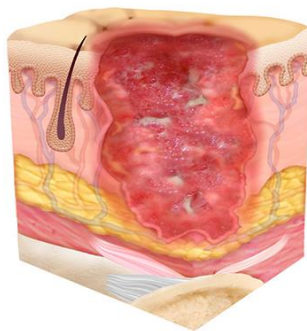
Stage 1



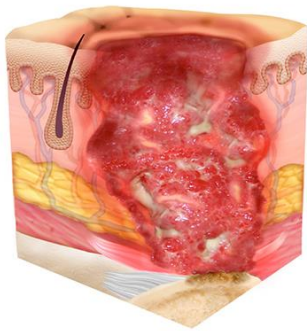
Stage 2



Stage 3



Stage 4



Najprostszą metodą zapobiegania odleżynom jest częsta zmiana pozycji podopiecznego przez opiekunów.

Należy określać częstotliwość zmiany pozycji podopiecznego z uwzględnieniem:

- tolerancji tkanek,
- poziomu aktywności i mobilności,
- ogólnego stanu zdrowia,
- ogólnych celów leczenia,
- stanu skóry,
- komfortu.

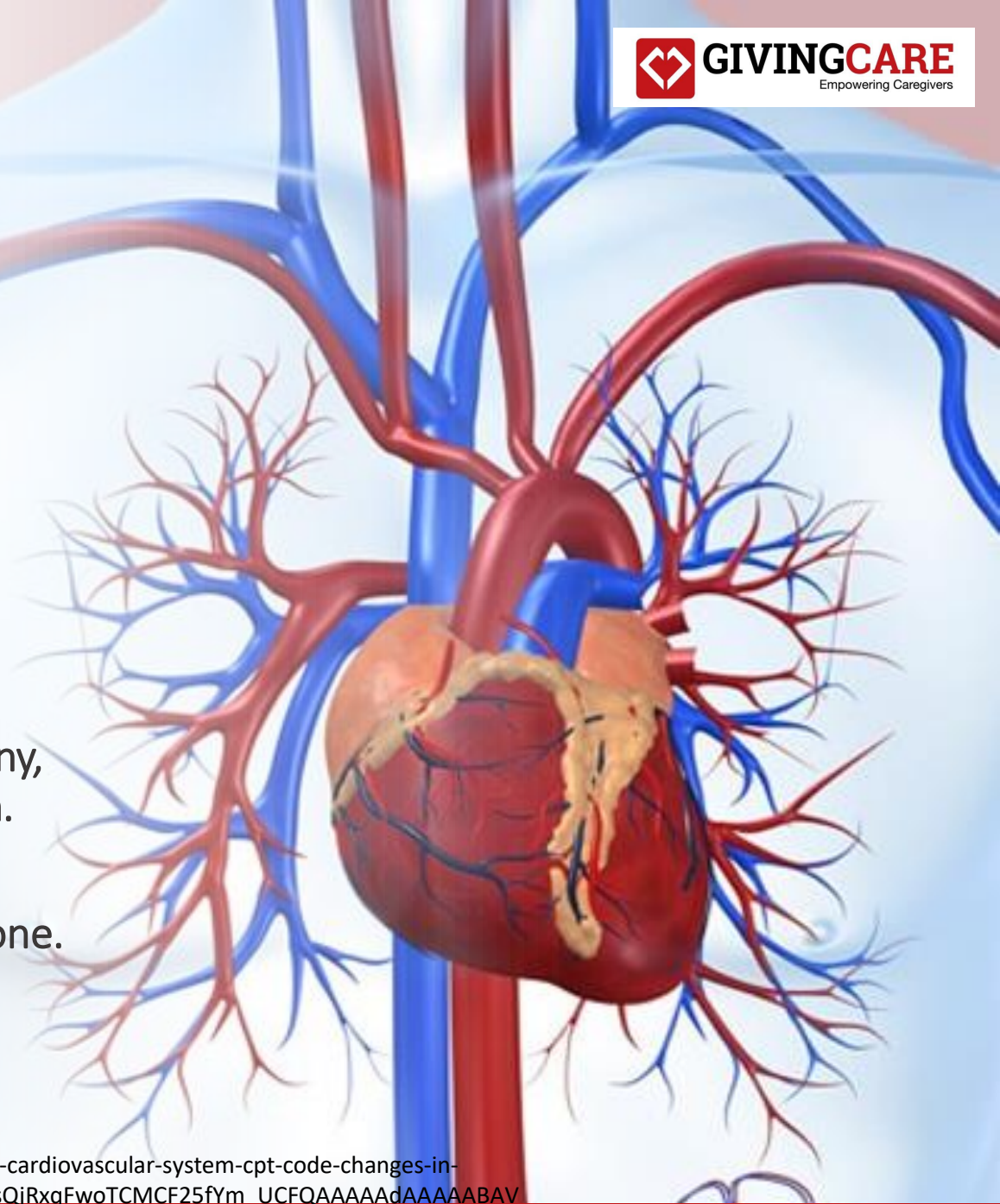
Inne metody zapobiegania odleżynom to równomierne rozłożenie ucisku na całej powierzchni ciała lub częsta zmiana miejsca ucisku, stosowanie materacy przeciwoleżynowych.



**PREVENTION
IS BETTER
THAN
CURE**

Układ sercowo-naczyniowy

- Istnieje ryzyko hipotonii ortostatycznej po długotrwałym unieruchomieniu.
- Mechanizmy równoważenia ciśnienia w górnej części ciała są upośledzone.
- Istnieje bardzo wysokie ryzyko zatorowości płucnej lub skrzepliny, szczególnie przy pierwszych słupkach i udarze niedokrwiennym.
- Profilaktyczne stosowanie leków przeciwzakrzepowych z długotrwałym unieruchomieniem wydaje się w pełni uzasadnione.



Profilaktyka

- Aby zapobiec lub spowolnić proces zanikania mięśni i kości niezbędne jest wykonywanie ćwiczeń, które umożliwią utrzymanie odpowiedniego zakresu ruchu.
- Ćwiczenia zapobiegają powstawaniu przykurczów i zwyrodnieniu chrząstki stawowej. Nawet minimalna aktywność mięśni wpływa na ich lepsze ukrwienie i odżywienie.
- Ćwiczenia powinny być skonstruowane tak, by dotyczyły wszystkich stawów i mięśni.
- Warto poprosić o pomoc wykwalifikowaną pielęgniarkę lub rehabilitanta.





A2.2 – Zasoby edukacyjne dla nauczycieli

Ocena potrzeb podopiecznych w zakresie mobilności/przemieszczania zgodnie z diagnozą choroby i wynikającymi z niej ograniczeniami.

Moduł: Techniki pielęgnacyjne dla dobrego samopoczucia podopiecznego

Podmoduł: 2.2 Mobilizacja, przemieszczanie



Introduction

Moduł	TECHNIKI PIELĘGNACYJNE DLA DOBREGO SAMOPOCZUCIA PODOPIECZNEGO
Podmoduł	2.2 Mobilizacja, przemieszczanie podopiecznego
Lekcja nr.	#3 Ocena potrzeb podopiecznych w zakresie mobilności/przemieszczania zgodnie z diagnozą choroby i wynikającymi z niej ograniczeniami.
Czas trwania (w minutach)	30 minut
Data	

Efekty zajęć:

W wyniku ukończenia tej lekcji opiekun będzie potrafił:

1. ocenić możliwości funkcjonalne podopiecznego
2. ocenić możliwości wykonywania czynności życia codziennego przez podopiecznego
3. ocenić zdolność do chodzenia i równowagi podopiecznego
4. ocenić ryzyko upadku podopiecznego

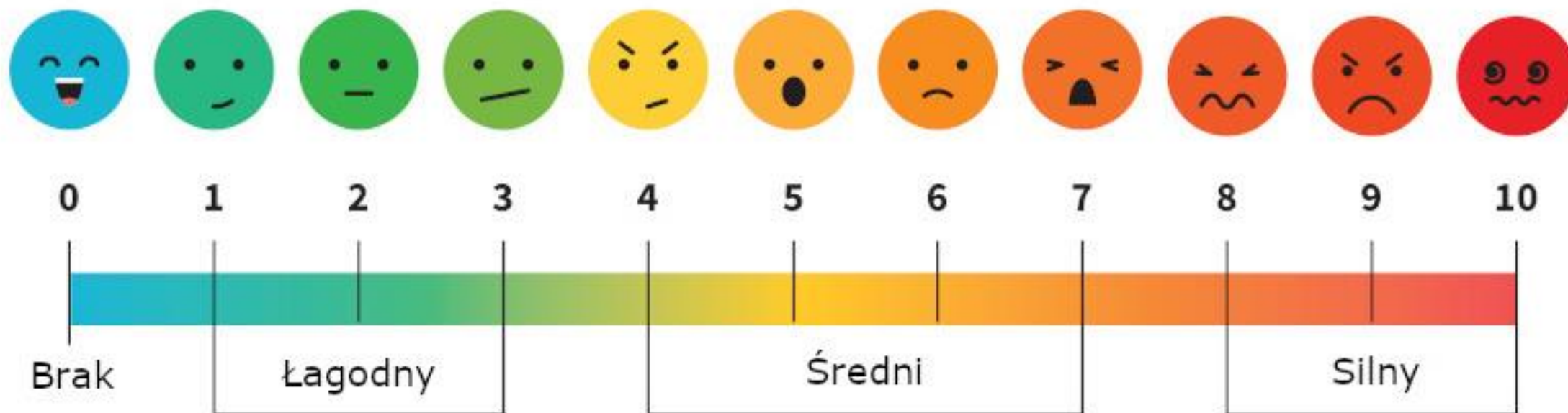
Ocena potrzeb ruchowych podopiecznego zgodnie z diagnozą choroby i wynikającymi z niej ograniczeniami.

- Ocena stanu zdrowia podopiecznego i jego funkcjonowania powinna być poprzedzona rzetelnym wywiadem, uwzględniającym jego sytuację rodzinną. Należy zapoznać się, czy istnieje możliwość wykonywania pewnych zadań w ramach zadania domowego we własnym środowisku domowym.
- Warto porozmawiać na temat ograniczeń, które w swoim funkcjonowaniu widzi sam podopieczny czyli, jaka czynność w danym momencie jest dla niego najważniejsza.
- Odpowiednio przeprowadzona rozmowa terapeutyczna pozwala na zbudowanie relacji opiekun-podopieczny opartej na zaufaniu, co daje poczucie bezpieczeństwa i wpływa pozytywnie na jej poczucie koherencji.

W celu oceny kondycji użytkowników dostępne są kwestionariusze, skale i testy służące ocenie potrzeb i monitorowaniu postępów w ich doskonaleniu.

Takie narzędzia mogą być używane do:

oceny objawów klinicznych - co pozwala na monitorowanie stanu pacjenta, oceny efektów leczenia (skala VAS)





Do stwierdzenia niesamodzielności i oceny jej stopni służy:

- rozpoznanie choroby u podopiecznego, wraz z oceną stopnia uszkodzenia struktur i upośledzenia funkcji ciała, które opiekun medyczny – formalny i nieformalny może poznać na podstawie analizy dokumentacji medycznej podopiecznego
- rozpoznanie ograniczeń aktywności i uczestnictwa w powiązaniu z czynnikami środowiskowymi na podstawie obserwacji i wywiadu z podopiecznym lub z jego rodziną
- ocena możliwości wykonania danej czynności przez podopiecznego na podstawie skierowania prostej komendy wykonania danej czynności/ ruchu

The following defined activities and participation, distinguished in the following areas:

Podstawę oceny stopnia niesamodzielności stanowią następujące, zdefiniowane aktywności i uczestnictwo, wyróżnione w następujących obszarach:

1. mobilność – ocenie podlega:

2.

- Zmienianie podstawowej pozycji ciała
- Utrzymywanie pozycji ciała
- Przemieszczanie się
- Precyzyjne używanie ręki
- Używanie rąk i ramion
- Chodzenie



2. samoobsługa – ocenie podlega:

- Mycie się
- Korzystanie z toalety
- Ubieranie się
- Jedzenie
- Picie
- Przygotowanie posiłków
- Wykonywanie prac domowych



3. kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych – ocenie podlega:

- Skupianie uwagi
- Rozwiązywanie problemów
- Podejmowanie decyzji
- Podejmowanie pojedynczego zadania
- Realizowanie dziennego rozkładu zajęć
- Rozmowa
- Podstawowe kontakty międzyludzkie





A2.2 – Zasoby edukacyjne dla nauczycieli

Ocena poziomu aktywności fizycznej podopiecznego oraz zasada doboru odpowiedniego sprzętu do poruszania się/przemieszczania się podopiecznego

Moduł: Techniki pielęgnacyjne dla dobrego samopoczucia podopiecznego

Podmoduł: 2.2 Mobilizacja, przemieszczanie podopiecznego



Wprowadzenie

Moduł	TECHNIKI PIELĘGNACYJNE DLA DOBREGO SAMOPOCZUCIA PODOPIECZNEGO
Podmoduł	2.2 Mobilizacja, przemieszczanie podopiecznego
Lekcja nr.	#4 Ocena poziomu aktywności fizycznej podopiecznego oraz zasada doboru odpowiedniego sprzętu do poruszania się/przemieszczania się podopiecznego
Czas trwania (w minutach)	30 minut
Data	

Efekty zajęć:

W wyniku ukończenia tej lekcji opiekun będzie potrafił:

1. zmienić pozycję podopiecznego dbając o własne bezpieczeństwo
2. wybrać odpowiedni sprzęt do poruszania się osoby chorej i zależnej;
3. przetransportować użytkownika na badania
4. wykonywać gimnastykę bierną kończyn górnych i dolnych

produkty do transferu użytkowników to grupa niezbędnych akcesoriów codziennego użytku do łatwego transportowania/przemieszczania osób chorych, tych, którzy nie mogą poruszać się samodzielnie lub wszystkich tych, którzy z innych powodów muszą być przemieszczani przy pomocy osób trzecich.

sprzęt umożliwiający przesunięcie lub przełożenie pacjenta —
deski, maty, folie,

akcesoria pozwalające na obrócenie pacjenta w miejscu —
dyski obrotowe,

sprzęt służący do transportu na większe odległości — pasy,
siedziska oraz kliny, podpórki, stabilizujące pozycje pacjenta w
czasie transportu.


**Codzienną pomoc
przy
przemieszczaniu
pacjentów
zapewnia:**



Wykonując pracę opiekuna osób niepełnosprawnych, poruszających się na wózku inwalidzkim lub po prostu starszych i chorych, leżących koniecznie trzeba wyposażyć się w pomoce, które ułatwiają zajmowanie się takimi podopiecznymi i które można – w razie potrzeby – także łatwo wszędzie ze sobą zabierać np. folia poślizgowa, dysk obrotowy i przenośna, kompaktowa, składana rampa do wózków inwalidzkich to absolutna podstawa profesjonalisty.

- Laska i kula
- Statyw i czworonóg
- Chodzik i chodzik na kółkach
- Wózek inwalidzki, (do poruszania się w pozycji siedzącej)
- Lift (aby przenieść osoby niedołężne lub z nadwagą z łóżka na wózek inwalidzki i odwrotnie);
- Specjalne łóżko z akcesoriami (uchwyt do podnoszenia, materac przeciwoleżynowy, poręcze boczne).

Najczęściej używane sprzęty pomocnicze













Dziękuję za uwagę!

Iwona Malinowska-Lipień

Teachers e-mail

Date of the session

