

SUPPORT CURS “INFIRMIER”

CUPRINS

1. Infirmierul si locul de munca al acestuia
2. Aspecte ale eticii profesionale in meseria de infirmier(a)
3. Notiuni de legislatie
4. Uniforma infirmierului(ei)
5. Circuitul lenjeriei in spital
6. Ingrijirile de baza acordate pacientilor
7. Deparazitarea
8. Schimbarea lenjeriei de pat si de corp
9. Mobilizarea pacientilor
10. Ingrijirile acordate pacientilor cu diverse patologii
11. Ingrijirea pacientilor cu nevoi speciale
12. Acordarea primului ajutor
13. Ingrijiri acordate in caz de calamitati

1. INFIRMIERUL(A) SI LOCUL DE MUNCA AL ACESTUIA

Infirmierul – este o persoana calificata din cadrul personalului sanitar care ingrijeste bolnavii intr-un spital sau alta institutie destinata ingrijirii si tratarii bolnavilor.

Infirmier/infirmiera – in firmus (latina) : “care nu este ferm” moral si/sau fizic; sau persoana care se ocupa de infirmi (etimologic vorbind); este o persoana a carei profesie este de a oferi asistenta medicala.

1.1 Descrierea ocupatiei de infirmier(a)

Infirmierul(a) însoțește persoanele îngrijite la îndeplinirea activităților vieții cotidiene și efectuează îngrijiri legate de funcții de întreținere și continuitate a vieții.

Infirmierul(a) contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate și la refacerea autonomiei, în măsura în care este posibil.

Infirmierul(a) lucrează în colaborare și sub responsabilitatea unei/unui asistent medical, cel mai adesea, în cadrul unei echipe pluridisciplinare și participă la îngrijirile de sănătate preventive, curative sau paliative.

Infirmierul(a) își exercită activitatea în mediu spitalicesc sau extraspitalicesc, în sectorul medical, medico-social sau social.

Infirmierul(a) participa efectiv la :

-asigurarea unui mediu de viață și climat adecvat îngrijirii complexe din punct de vedere, fizic, psihic, afectiv;

-asigurarea igienei și a spațiului de viață a persoanei îngrijite;

-asigurarea hidratării și a alimentației corespunzătoare a persoanei îngrijite;

-stimularea participării persoanei îngrijite la activitățile zilnice;

-transportul și însoțirea persoanei îngrijite etc, respectând permanent drepturile și confidențialitatea privind evoluția stării de sănătate a persoanei îngrijite.

1.2 Locul de munca al infirmierului(ei)

Spitalul este o institutie sanitara destinata ingrijirii bolnavilor cu servicii permanente si are un caracter curativ. In spital se interneaza bolnavii in stare grava pentru ingrijiri permanente si de specialitate. Se interneaza bolnavi care nu pot fi diagnosticati decat in anumite spitale si necesita ingrijiri de lunga durata. Se interneaza

bolnavi care necesita interventii chirurgicale sau alte tratamente speciale, nerealizabile ambulatoriu. De asemenea se mai interneaza bolnavi cu boli infecto-contagioase care trebuiesc izolati.

Amplasarea ideala a spitalelor mari ar fi departe de zonele industriale si pe terenuri mari, inconjurate de zone de verdeata. Orientarea cea mai buna a spitalelor este cu saloanele spre sud, fara alte constructii in jur pentru a avea acces la lumina si soare.

Spitalele sunt de doua feluri: spitalul pavilionar si spitalul bloc.

Spitalul pavilionar – necesita spatii foarte mari pentru ca distanta dintre pavilioane sa fie corespunzatoare. Aceste spitale asigura liniste pentru bolnavi si posibilitatea de miscare a acestora. Infectiile si epidemiile sunt mai rare. Acest tip de spital are urmatoarele dezavantaje: intretinere foarte costisitoare, personalul angajat este mai numeros, comunicare foarte grea intre pavilioane.

Spitalul bloc – necesita un spatiu mai mic, personal administrativ mai mic, sisteme de incalzire si alimentare mai avantajoase, comunicarea si colaborarea intre sectii se face mai usor.

Spitalul cuprinde: servicii de primire; sectiile de spital; serviciul de diagnostic si tratament; serviciul administrativ-gospodaresc.

-serviciul de primire – este filtrul principal al spitalului in care se hotaraste internarea pacientului. Cu exceptia sectiilor de maternitate si boli contagioase, celelalte sectii au in mod obisnuit un serviciu comun de primire care cuprinde: sala de asteptare; biroul de inregistrare al pacientilor; cabinetul de consultatii; camera de deparazitare si baia bolnavului; camera de imbracare; camera pentru dezinfectarea si deparazitarea efectelor; magazia de efecte ale pacientului; magazia de lenjerie curata.

-sectia de spital – este partea componenta inzestrata cu paturi care asigura asistenta intr-o anumita specialitate a pacientilor spitalizati. Ea cuprinde saloane cu bolnavi, camera pentru asistente medicale, pentru medici, oficiu, toaleta, baie, hol, sala de tratament si alte incaperi in functie de specificul sectiei (maternitate, urologie, chirurgie etc). Sectiile sunt grupate astfel: interne, chirurgie, pediatrie, obstretica-ginecologie, otorino-laringoscopie, oftalmologie, urologie, etc. In spitalele mari, sectia de boli interne se diferentiaza mai departe: cardiologie, gastro-enterologie, hematologie, pneumologie, boli endocrine etc.

-serviciile de diagnostic si tratament – sunt parti componente fara paturi ale spitalului care servesc toate sectiile. Numarul lor este in functie de marimea, profilul specialitatii si categoria de ierarhizare a spitalului, existenta lor fiind obligatorie numai in parte pentru toate spitalele. In general se gasesc urmatoarele servicii de diagnostic si tratament: serviciul de radiologie si fizioterapie; laboratorul de analize medicale; laboratorul de explorari functionale; punctul de transfuzie; farmacie; serviciul central de sterilizare; serviciul de cultura fizica medicala; serviciul de anatomie patologica si prosectura; laboratorul de medicina experimentală.

-serviciile administrative-gospodaresti – asigura baza materiala a activitatii medicale, fiind una din conditiile importante pentru functionarea spitalului. Aceste servicii cuprind: serviciul administrativ, serviciul tehnic de intretinere si reparatii; spalatoria; sectia bloc alimentar.

Alte institutii unde infirmiera isi poate desfasura activitatea sunt:

-Institutii pentru ingrijirea, educarea si protectia sociala a copiilor

Aici sunt cuprinse urmatoarele categorii de minori: copii ai caror parinti sunt necunoscuti, decedati sau decazuti din drepturile legale de parinte (medii nocive), la care se impune tutela sau plasamentul familial, etc.

-Leagane pentru copii – sunt institutii de ingrijire, ocrotire si protectie sociala care se ocupa de cresterea si ingrijirea medico-psiho-sociala a copiilor pana la varsta de 3 ani.

-Case de copii (centre de plasament) acestea sunt destinate copiilor prescolari si scolari. Acestea se impart in doua: case de copii cu dezvoltare intelectuala normala si case pentru copii cu deficiente.

Alte institutii: gradinite pentru copii care prezinta diferite tipuri de deficiente (senzoriala, mintala); scoli speciale; licee speciale; camine – scoala; camine spital; grupe si clase speciale pentru copii cu HIV si SIDA; centre de zi; centre de inlocuire pe termen scurt a familiei; centre de reeducare.

-Instituti pentru ingrijirea, ocrotirea si recuperarea adultilor

In aceste institutii sunt ocrotite urmatoarele categorii de adulti:

-cei care au venituri proprii insuficiente pentru a le asigura intretinerea sau cei care nu se pot autoservi;

-bolnavi cronici care nu se pot ingriji si necesita supraveghere permanenta din partea personalului sanitar;

-persoane apartinand varstei a treia care nu pot ramane in familie (din motive temeinice).

Astfel de institutii pentru adulti sunt: camine-atelier; camine spital pentru bolnavi cronici; camine de batrani.

1.3 Planificarea propriei activitati

Identificarea activităților și obiectivelor specifice se face:

- corect din planul individualizat de protecție și îngrijire;

-prin preluarea exactă a acestora de la șeful ierarhic;

-adecvat prevederilor din documentele oficiale (fișa postului/contractul de muncă) -

aceste documente stabilesc atribuțiile, responsabilitățile și obligațiile infirmierei - raportul de evaluare a problemelor; planul individualizat de protecție și îngrijire; fișa medicală a infirmierei.

Ierarhizarea se realizeaza:

-cu atenție ținând cont de capabilitatea și starea persoanei îngrijite;

- cu promptitudine, imediat după identificarea nevoilor persoanei îngrijite;

-în funcție de starea, vârsta și evoluția persoanei îngrijite;

- ordinea priorităților este flexibilă, modificându-se în funcție de situațiile intervenite.

Estimarea perioadei de timp:

-se face în funcție de starea și evoluția persoanei îngrijite;

-este realizată în mod realist pe termen scurt, mediu și lung, pe baza unei analize atente a datelor ce compun situația existentă;

- elaborarea programului de activități se face adaptat noilor situații apărute.

1.4 Participarea la cursuri de formare continua:

-se face în mod activ în scopul însușirii cunoștințelor necesare, cu conștiinciozitate,

-se aplica cunoștințele dobândite în timpul instruirii cu responsabilitate, în scopul creșterii eficienței și calității serviciilor acordate persoanei îngrijite,

-participa la formarea profesională cu responsabilitate, în vederea recunoașterii capacităților profesionale,

-se aplică în practica cunoștințele dobândite.

Sursele de informare:

-publicații de specialitate,

-cărți referitoare la tehnicile de îngrijire specifice vârstei și diagnosticilor,

-prospecte de produse noi de igienizare, medicamente, alimente.

1.5 Lucrul în echipa multidisciplinara

Colaborarea cu membrii echipei este permanentă și ține seama de interesul persoanei îngrijite.

Solicitarea sprijinului membrilor echipei se face în funcție de situațiile specifice.

Lucrul cu membrii echipei se realizează dând dovadă de obiectivitate și receptivitate.

Răspunsul la solicitările colegilor/șefului ierarhic este dat cu promptitudine, în situații specifice.

Obiectivele echipei sunt:

-stabilite împreună cu ceilalți membri, în funcție de atribuțiile din fișa postului asupra persoanei îngrijite;

-stabilite cu claritate, putând fi identificate rezultatele așteptate și termenele de realizare;

-stabilite adecvat atribuțiilor și în funcție de starea și evoluția persoanei îngrijite.

Informarea echipei asupra oricărei modificări a situației persoanei îngrijite se face cu promptitudine.

Schimbările de informații sunt facilitate prin:

-menținerea unei legături permanente între membrii echipei;

-transmiterea datelor în timp optim;

-comunicarea lor într-o formă clară, accesibilă;

Respectarea recomandărilor personalului ierarhic se realizează:

-cu consecvență;

-tehnicile și procedurile recomandate sunt aplicate corect și în timp util;

-implicarea în activitățile de terapie ocupațională se realizează cu responsabilitate.

2. ASPECTE ALE ETICII PROFESIONALE IN MESERIA DE INFIRMIER(A)

GENERALITATI:

Etica medicala reprezinta un ansamblu de reguli de conduita al profesionistilor din domeniul sanatatii, fata de pacientii lor. Etica medicala este strâns legata de deontologie, morala si de stiinta.

Biroul Regional pentru Europa din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), decretează, referitor la drepturile pacientului, după cum urmează:

a) Orice persoană are dreptul de a fi respectată ca ființă umană.

b) Orice persoană are dreptul la autodeterminare.

c) Oricine are dreptul la integritate fizică și mentală și la securitatea persoanei sale.

d) Oricine are dreptul de a pretinde respectarea intimității sale.

e) Oricine are dreptul la respectarea valorii sale morale și culturale precum și a convingerilor sale filozofice.

f) Oricine are dreptul la o protecție corespunzătoare a sănătății asigurată prin măsuri preventive și curative care urmăresc atingerea nivelului personal optim de sănătate.

Modalitatea umana si personala de abordare a pacientului de catre infirmier reprezinta o regula de baza a profesiei. Ingrijirea profesionala este orientata de cunoastere, competenta si comportament etic.

Valorile de baza ale ingrijirilor sunt: increderea, apropierea, confidentialitatea, prietenia, respectul de sine si respectul celorlalti oameni. O serie de notiuni de etica medicala precum: confidentialitatea, obligatia de a spune adevarul pacientului sau obtinerea consimtamantului in urma oferirii de informatii pacientului, sunt justificate numai in vederea obtinerii starii sale de bine.

Pentru ca pacientii sa se poata relaxa si sa poata asimila doza de necunoscut pe care o reprezinta in general pentru ei actul medical, este imperios necesara comunicarea din ambele directii, astfel, cadrele medicale au nevoie de ajutorul pacientilor pentru o corecta diagnosticare si pentru identificarea celui mai bun tratament ce poate fi aplicat iar la rîndul lor, pacientii au nevoie de ajutorul cadrelor medicale pentru a putea initia si duce la bun sfîrsit procesul de vindecare. Eficienta cadrelor medicale in acordarea ingrijirilor si trairea experientei de sine, depind de aceasta relatie.

Indiferent ca suntem medici, asistenti medicali, infirmieri, brancardieri, suntem toti oameni, asa ca cea mai sanatoasa practica si naturala abordare, este sa ne punem in locul pacientului si sa comunicam cu el, la fel cum o facem cu un bun prieten care are nevoie de ajutorul si de cunostintele noastre. Echipa de cadre medicale trebuie sa inteleaga ca relatia cu un pacient vizeaza in primul rand stabilirea unui contact uman bazat pe deschidere, simpatie si caldura umana.

Profesia de infirmier a fost legata intotdeauna de cerinte etice (morale) si deontologice (drept si morala) ale caror particularitati s-au format ca un rezultat al mediului in care cadrul medical traieste si lucreaza, sub influenta unei desavarsite pregatiri morale. Etica in intelesurile si sensurile sale, contribuie la cunoasterea de sine si ajuta individul in raport cu decizia ce urmeaza sa fie luata.

Pentru ca eforturile sustinute ale cadrelor medicale sa fie de maxima eficienta trebuie acordata o atentie deosebita modului de abordare a pacientului. In acest sens, un rol important il au informarea pacientului, procesul de ascultare si empatizare, crearea unei stari de confort psihic si de incredere in cadrele medicale si in actul medical.

Referitor la importanta informarii pacientilor, este unanim recunoscut dreptul pacientilor de a fi informati complet asupra stării lor de sănătate, asupra procedurilor medicale propuse, a riscurilor potențiale și a beneficiilor pe care le incumbă fiecare procedură, asupra alternativelor la procedurile propuse inclusiv al efectului refuzului tratamentului, asupra diagnosticului, prognosticului și evoluției sub tratament. Exceptia de la aceasta regula o constituie cazul in care există motive serioase si temeinice să se creadă că o anumita informatie ar putea produce pacientului un rău grav, fără a aduce vreun beneficiu.

Informația trebuie comunicată pacientului într-un mod adecvat capacității sale de înțelegere, reducând pe cât se poate folosirea terminologiei tehnice de strictă specialitate.

În cazul când se află internați într-o unitate de îngrijire a sănătății, pacienții trebuie informați asupra identității și a statutului profesional al personalului de îngrijire cu care ei intră în contact, cât și asupra regulilor și reglementărilor de rutină la care vor fi supuși pe durata internării.

In ingrijirile medicale se pune accent deosebit pe dezvoltarea si educarea principalului atribut al comunicarii si anume ascultarea, pe acest element de comunicare al relatiilor interumane se realizeaza incurajarea interlocutorului, obtinerea de informatii, imbunatatirea relatiilor cu oamenii si o mai buna intelegere a lor.

Limbajul este cel mai direct mijloc al comunicării umane. Vorbirea este o cale de exprimare a unei persoane și de manifestare a sentimentelor sale. Ascultarea, este un proces de invatare si totodata un proces de înțelegere a altora. Ascultarea este un proces de aflare, înțelegere, obținere și acceptare a informației din exterior. O persoană care știe

cum să asculte este capabilă să obțină o mulțime de informații de la oamenii cu care interacționează. Raportata la profesia de infirmier(a), ascultarea, finalizată cu o serie de informații obținute de la pacienți, este indisolubil legată de procesul de vindecare, fiind un element de bază al acestuia.

Ascultarea pacienților și empatizarea cu aceștia sunt etapele firești ce trebuie parcurse pentru crearea sentimentului de încredere. Pentru a câștiga ceea ce reprezintă fundamentul tuturor relațiilor interumane și anume încrederea în relația cu pacientul, se impune **ținuta morală** desăvârșită a personalului medical, competența profesională ireproșabilă, sinceritate, blândete, empatie și respectarea promisiunii.

Pentru o abordare adecvată a pacientului în context bio-psiho-social trebuie avute în vedere:

- cunoașterea pacientului în contextul relației sale sociale, cu preferințele, valorile și convingerile sale legate de actul medical și îngrijirile medicale;

- abordarea empatică a pacientului cu simpatie, înțelegere, grijă, atenție și respect;

- stabilirea unei relații de încredere prin schimb permanent de informații într-un mod accesibil înțelegerii pacientului (comunicare verbală sau nonverbală); acesta trebuie să știe și să fie convins că personalul medical acționează în interesul său și va urmări tratamentul și îngrijirea sa, pe toată perioada spitalizării;

- adaptarea îngrijirilor acordate în funcție de starea pacientului, menajând convingerile, valorile și circumstanțele de viață ale acestuia;

- restricțiile libertății individuale a pacientului trebuie limitate la acelea impuse de starea sa de sănătate și justificate de eficiența tratamentului.

Infiriera acordă îngrijiri pentru sănătatea individului și își coordonează activitatea cu cea a colegilor, superiorilor. În cadrul relației cu colegii săi împarte responsabilitatea de a coopera cu toți cei cu care lucrează îndeaproape, ia toate măsurile și respectă întocmai indicațiile primite pentru îngrijirea individului.

Contactul cu bolnavul se face încă de la internare prin observarea și discuția cu acesta.

Ulterior infiriera are datoria de:

- a-l ajuta să învețe să își acorde din nou îngrijirile zilnice, cu sau fără supraveghere;

- a-i explica bolnavului procedura, în ce constă și necesitatea efectuării acesteia cu mult tact, la un nivel la care să se facă înțeleasă;

- a se asigura că pacientul înțelege informația pe care i-o dă, informație ce trebuie dublată de un consimțământ voluntar din partea pacientului.

Interacțiunea și colaborarea bună cu pacientul optimizează rezultatele tratamentului. Responsabilitatea nu revine exclusiv personalului medical ci și pacientului care este responsabil de respectarea întocmai a indicațiilor primite.

Este unanim acceptat faptul că o comunicare eficientă cu echipa medicală poate ușura acceptarea bolii de către pacient, poate îmbunătăți calitatea autoîngrijirii, precum și starea de sănătate fizică și psihică în general.

Pentru a obține o complianță bună, personalul medical trebuie să găsească un mod de abordare diferentiat pentru fiecare pacient, în funcție de tipul de comunicare cel mai eficient și cel mai la îndemână.

Comunicarea terapeutică este o componentă a relațiilor interpersonale dintre cadrul medical și pacient, fiind totodată un act planificat, deliberat și profesionalist.

comunicarea terapeutică are ca scop stabilirea unei relații umane pozitive, care va permite atingerea obiectivelor de îngrijire și se realizează prin următoarele două tipuri de comunicare:

-**comunicarea verbala** (limbajul, vocabularul, claritatea, simplitatea si naturaletea, politetea si demnitatea, corectitudinea);

-**comunicarea nonverbala** (expresia faciala (mimica), gesturile, pozitiile corporale (postura), atingerea, contactul vizual, atitudinile, comunicarea prin intermediul obiectelor, comunicarea scrisa).

Pentru ca o comunicare sa fie eficienta, trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

-sa se tina cont de factorii fiziologici si socio-culturali, care pot influenta comunicarea;

-sa se asigure confortul psihic si fizic al pacientului;

-sa se câstige si sa se mentina increderea pacientului;

-sa se asigure respectul cuvenit pacientului;

-mesajul transmis sa fie scurt si clar;

-vocabularul utilizat sa fie pe intelesul pacientului;

-debitul verbal sa fie potrivit iar tonul verbal adecvat;

-intonatia sa nu fie influentata de emotiile sau de oboseala cadrului medical;

-sa fie ales momentul cel mai potrivit;

-mimica, gesturile sa accentueze cuvântul, sa-l clarifice sau sa ilustreze ideea;

-sa se manifeste solitudine fata de pacient;

-atingerea pacientului (prinderea mainii unui pacient trist sau cu dureri) sa fie utilizata in masura in care acesta intelege bine semnificatia si o accepta ca pe un mesaj de incurajare, tandrete, sustinere afectiva.

Exemple de comunicari non-verbale:

- pozitia capului;

- inclinat la dreapta inseamna ascultare, bunavointa;

- inclinat la stanga denota scepticism, critica, indoiala;

- clatinarea capului de sus in jos inseamna acord, intelegere;

- clatinarea capului de la stanga de dreapta inseamna negare, dezaprobare;

- mimica (incruntaarea, ridicarea sprancenelor, tuguiera buzelor,etc);

- fruntea incrunzata semnifica preocupare, furie, frustrare;

- sprancenele ridicate cu ochii deschisi inseamna mirare, surpriza;

- buzele stranse inseamna nesiguranta, ezitare;

- nasul incretit inseamna neplacere.

Mimica este semnalul nonverbal cel mai usor de descifrat.

Tehnicile de comunicare terapeutica si rolul cadrelor medicale:

Ascultarea activa. In cazul ascultarii active cadrul medical isi mobilizeaza intreaga atentie pentru a intelege mesajul pacientului, respectand urmatoarele reguli:

- sta in fata pacientului cand vorbeste;

- il priveste in ochi pentru a-i demonstra dorinta de a-l asculta;

- adopta o atitudine decontractata;

- nu face miscari care ar putea distra interlocutorul;

- il aproba cand spune lucruri importante.

Acceptarea este definita ca fiind vointa de a asculta mesajul unei persoane, fara a manifesta indoiala sau dezgust, chiar daca sunt divergente de opinii. Aceasta tehnica este aplicata respectând urmatoarele regului:

- personalul medical va manifesta toleranta fata de pacient;
- pacientul va fi ascultat fara a fi intrerupt;
- ii va da o retroactiune verbala, pentru a arata ca intelege ce ii spune;
- se va asigura ca mesajele sale nonverbale corespund mesajelor verbale.

Intrebarile sunt un mijloc direct de comunicare si dau tonul unei interactiuni verbale. Ele vor fi intotdeauna legate de subiectul discutat si puse intr-o ordine cronologica.

Parafraza reprezinta redarea mesajului pacientului in cuvintele brancardierului/infirmierei, pentru a se asigura de intelegerea corecta a pacientului.

Clarificarea este necesara si intervine atunci cand apare o neintelegere. In acesta situatie, cadrul medical – in cazul nostru infirmiera/brancardierul - poate intrerupe discutia, pentru a clarifica sensul mesajului.

Focalizarea reprezinta centrarea mesajului pe o anumita problema de sanatate. In acest caz infirmierul(a) va ajuta pacientul sa nu descrie in termeni vagi problemele sale.

Informarea pacientului

- informatiile vor fi date cu regularitate si la momentul oportun;
- vor fi transmise intr-o maniera favorabila de comunicare cu pacientul;
- nu se vor divulga date pe care medicul doreste sa nu le cunoasca pacientul (pastrarea secretului profesional).

Linistea – va permite infirmierei/brancardierului si pacientului sa-si organizeze gandurile si sa asimileze informatiile primite. Totodata, infirmiera/brancardierul care asigura linistea in comunicarea cu pacientul, dovedeste ca este gata sa asculte cu rabdare.

Recapitularea este o revizuire a principalelor idei discutate. In acest caz infirmierul(a) incepe o discutie rezumand-o pe precedenta, pentru a ajuta pacientul sa-si aminteasca subiectele abordate.

Stiluri de comunicare ineficace

A-ti spune parerea personala are urmatoarele consecinte:

- inhiba personalitatea pacientului;
- intarzie rezolvarea problemei;
- nu-i da posibilitatea pacientului de a lua decizii.

A da asigurari false:

- impiedica avansarea comunicarii.

A raspunde criticilor printr-o atitudine defensiva inseamna a-i nega dreptul pacientului la parerile proprii.

A manifesta aprobarea sau dezaprobarea excesiv:

- o aprobare excesiva presupune ca acesta este singurul lucru acceptabil;

- o dezaprobare excesiva poate face pacientul sa se simta respins si sa evite interactiunea.

A generaliza prin stereotipii – orice persoana este unica si o generalizare ar nega aceasta unicitate.

A schimba subiectul:

- este o impolitete;
- impiedica comunicarea terapeutica sa progreseze;
- pacientul isi pierde firul ideilor si spontaneitatea;
- mesajul poate deveni confuz.

Cauzele comunicarii ineficiente:

- neincrederea pacientului;
- dificultati de intelegere si memorie;
- atitudinea profesionala inadecvata.

Efectele comunicarii adecvate:

- reducerea anxietatii;
- respectarea indicatiilor de catre pacient;
- satisfactia pacientului fata de ingrijirile medicale primite.

Un rol foarte important in interactiunea pacient – cadru medical il are si convingerea religioasa a pacientului, importanta rezidând in necesitatea sustinerii spirituale a pacientului.

Cadrul medical are obligatia:

- de a aprecia importanta credintei religioase pentru fiecare pacient si sa respecte optiunea acestuia;
- de a sesiza si clarifica impactul credintei religioase asupra ingrijirilor de sanatate (restrictii asupra dietei alimentare);
- de a sta lângă pacientul muribund si a indeplini anumite ritualuri;
- de a identifica persoanele care au nevoie de asistenta spirituala (pacientii singuri, care au putini vizitatori, cei care-si exprima frica sau anxietatea, pacientii care vor fi supusi unor interventii chirurgicale, muribunzii).
- de a facilita satisfacerea nevoii spirituale (sa permita vizita preotului, sa-i permita pacientului citirea cartilor religioase, sa marcheze evenimentele religioase – Paste, Craciun – utilizand decor adecvat si alte facilitati permise, etc.).

3. NOTIUNI DE LEGISLATIE

Cunoasterea catorva elemente de legislatie privind drepturile omului in legislatia internationala, drepturile copilului, drepturile persoanei cu dizabilitati, drepturile pacientului, comporta maxima importanta.

Organizatia Natiunilor Unite (ONU) si Consiliul Europei (CE) au fost permanent preocupate in elaborarea legislatiei care priveste pe om si statutul sau in societate.

Ideea de la care porneste orice declaratie sau conventie internationala cu privire la drepturile omului este egalitatea tuturor oamenilor, indiferent de rasa, culoare, religie, limba, sex, origine sociala.

Dreptul la egalitate este dreptul tuturor ființelor umane de a fi egale în demnitate, de a fi tratate cu respect și considerație și de a participa în condiții de egalitate cu ceilalți la orice aspect al vieții economice, sociale, politice, culturale sau civile. Toate ființele umane sunt egale în fața legii și au dreptul la protecție și beneficiu egale în fața legii.

Articolul 1 al Declarației Universale a Drepturilor Omului proclamă că toate ființele umane sunt născute libere și egale în demnitate și drepturi.

În Declarația Mondială a Drepturilor Omului sunt menționate următoarele drepturi și libertăți:

- dreptul la viață, libertate și securitate a propriei persoane;
- egalitate în fața legii;
- dreptul la libertate de gândire, conștiință și religie;
- dreptul la securitate socială;
- dreptul la proprietate;
- dreptul la muncă, la liberă alegere a muncii, la condiții egale de muncă;
- dreptul la odihnă;
- dreptul la învățare și la viața culturală.

Aceste drepturi au fost reafirmate în Convenția Europeană a Drepturilor Omului adoptată în anul 1950.

Drepturile copilului

Importanța de a acorda o protecție specială copilului a fost enunțată în diferite tratate și convenții internaționale cum ar fi:

-Declarația cu privire la Drepturile Copilului de la Geneva din 1942, luată în considerare în declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948, în Declarația Drepturilor Copilului, adoptată de Adunarea Generală din noiembrie 1959 și în Convenția Internațională a Drepturilor Copilului adoptată de Adunarea Generală ONU din noiembrie 1989.

Această convenție cuprinde 54 de articole și se referă la drepturile și libertățile care se acordă copilului fără nici o deosebire de rasă, culoare, sex, naționalitate sau etnie, limbă, religie, opinii politice, stare materială sau poziție socială, dizabilități din naștere sau de orice alt fel.

Vom reda câteva articole prevăzute de convenție:

-dreptul la libertatea de exprimare - acest drept cuprinde libertatea de a căuta, de a primi și de a difuza informații și idei de orice natură, indiferent de frontiere, sub formă orală, scrisă, tipărită sau artistică ori prin orice alte mijloace, la alegerea copilului;

-copilul care este temporar ori permanent lipsit de mediul sau familial sau care, pentru protejarea intereselor sale, nu poate fi lăsat în acest mediu are dreptul la protecție și asistență specială din partea statului;

-dreptul oricărui copil de a beneficia de asistență socială, inclusiv de asigurări sociale;

-dreptul oricărui copil de a beneficia de un nivel de trai care să permită dezvoltarea sa fizică, mentală, spirituală, morală și socială;

-dreptul copilului la educație și, în vederea asigurării exercitării acestui drept în mod progresiv și pe baza egalității de șanse;

-dreptul copilului de a fi protejat împotriva exploatarei economice și de a nu fi constrans la vreo muncă ce comportă vreun risc potențial sau care este susceptibilă să îi compromită educația ori să îi dauneze sănătății sau dezvoltării sale fizice, mentale, spirituale, morale ori sociale;

-protejarea copilului contra oricărei forme de exploatare sexuală și de violență sexuală;

-nici un copil să nu fie supus la tortură, la pedepse sau la tratamente crude, inumane sau degradante. Pedepsa capitală sau închisoarea pe viață fără posibilitatea

de a fi eliberat, nu va fi pronuntata pentru infractiunile comise de persoane sub varsta de 18 ani;

-copiii privati de libertate sa aiba dreptul de a avea acces rapid la asistenta juridica sau la orice alta asistenta corespunzatoare, precum si dreptul de a contesta legalitatea privarii lor de libertate, in fata unui tribunal sau a unei alte autoritati competente, independente si impartiale, si dreptul la judecarea in procedura de urgenta a cazului respectiv.

Drepturile persoanelor cu dizabilitati

Toti oamenii sunt nascuti liberi si egali, in demnitate si in drepturi. Persoanele cu dizabilitati au demnitatea si valoarea sociala, la fel ca toti ceilalti oameni.

Dizabilitatea reprezinta dificultatea unui individ de a realiza relatii normale cu mediul de viata, in concordanta cu varsta, sexul, conditiile sociale, economice si culturale.

Persoana cu dizabilitate (persoana cu nevoi speciale) este acea persoana care se afla in incapacitatea de a-si asigura singura, toate sau o parte din necesitatile vietii individuale sau sociale normale, din cauza unei deficiente congenitale sau dobandite a capacitatilor fizice, psihice sau senzoriale.

Tipurile de dizabilitate sunt urmatoarele: fizic, vizual, auditiv, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA asociat, boli rare.

Persoana cu dizabilitate a existat din totdeauna dar foarte multa vreme aceasta categorie a fost marginalizata si discriminata. Nefiind ingrijiti de nimeni, ajungeau inadaptati social.

Din acest motiv, Adunarea Generala a ONU, in 1975 a adoptat Declaratia cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilitati, care porneste de la ideea ca pentru persoanele cu dizabilitati, libertatea si egalitatea reprezinta posibilitatea de a beneficia in mod egal la imbunatatirea conditiilor de viata, rezultat al dezvoltarii economice si sociale.

Din aceasta declaratie, vom enumera cateva din drepturile persoanelor cu dizabilitati:

-dreptul la respectarea demnitatii lor umane, indiferent de gravitatea deficientei, drept fundamental, pe care il au si ceilalti cetateni de aceeasi varsta;

-drepturi cetatenesti si politice ca toti ceilalti semeni;

-dreptul la masuri care sa le permita sa devina cat mai independente posibil;

-dreptul la tratament medical, psihologic si functional (proteze, orteze), la recuperare medicala si sociala, la scolarizare, pregatire, reeducare si orientare profesionala;

-dreptul la servicii de incadrare in munca, astfel incat sa le permita sa-si dezvolte pe deplin capacitatile si sa le faciliteze integrarea sau reintegrarea lor sociala;

-dreptul sa locuiasca cu familiile lor biologice sau adoptive;

-dreptul de a participa la activitati sociale, culturale, creative si recreative;

-dreptul la siguranta economica si sociala si la un nivel de viata decent;

-dreptul ca necesitatile lor speciale sa fie luate in considerare, in toate fazele planificarii economice si sociale;

-dreptul de a beneficia de asistenta calificata juridica in scopul protejarii lor si a proprietatilor de care dispun;

-daca internarea unei persoane cu dizabilitati intr-o institutie specializata este indispensabila, atunci conditiile de viata si mediul inconjurator din aceea institutie trebuie sa fie cat mai apropiate de o viata obisnuita, specifica celorlalti semeni de aceeasi varsta;

-in cazul persoanelor cu dizabilitati severe si profunde care nu-si pot exercita drepturile (sau exercitarea unor drepturi este limitata) se impune protejarea lor, de catre societate.

Drepturile pacientului

O importanta deosebita si deloc de neglijat o reprezinta pacientul, pentru care a fost elaborata Legea nr. 46 din 21.01.2003 publicata in Monitorul Oficial nr. 51 din 29 ianuarie 2003.

Din acest motiv, vom reda integral textul legii:

Capitolul I - Dispozitii generale

Art. 1. In sensul prezentei legi:

a) prin pacient se intelege persoana sanatoasa sau bolnava care utilizeaza serviciile de sanatate;

b) prin discriminare se intelege distinctia care se face intre persoane aflate in situatii similare pe baza rasei, sexului, varstei, apartenentei etnice, originii nationale sau sociale, religiei, optiunilor politice sau antipatiei personale;

c) prin ingrijiri de sanatate se intelege serviciile medicale, serviciile comunitare si serviciile conexe actului medical;

d) prin interventie medicala se intelege orice examinare, tratament sau alt act medical in scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;

e) prin ingrijiri terminale se intelege ingrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci cand nu mai este posibila imbunatatirea prognozei fatale a starii de boala, precum si ingrijirile acordate in apropierea decesului.

Art. 2. Pacientii au dreptul la ingrijiri medicale de cea mai inalta calitate de care societatea dispune, in conformitate cu resursele umane, financiare si materiale.

Art. 3. Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoana umana, fara nici o discriminare.

Capitolul II - Dreptul pacientului la informatia medicala

Art. 4. Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum si la modul de a le utiliza.

Art. 5. (1) Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identitatii si statutului profesional al furnizorilor de servicii de sanatate.

(2) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor si obiceiurilor pe care trebuie sa le respecte pe durata spitalizarii.

Art. 6. Pacientul are dreptul de a fi informat asupra starii sale de sanatate, a interventiilor medicale propuse, a riscurilor potentiale ale fiecarei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuarii tratamentului si nerespectarii recomandarilor medicale, precum si cu privire la date despre diagnostic si prognostic.

Art. 7. Pacientul are dreptul de a decide daca mai doreste sa fie informat in cazul in care informatiile prezentate de catre medic i-ar cauza suferinta.

Art. 8. Informatiile se aduc la cunostinta pacientului intr-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; in cazul in care pacientul nu cunoaste limba romana, informatiile i se aduc la cunostinta in limba materna ori in limba pe care o cunoaste sau, dupa caz, se va cauta o alta forma de comunicare.

Art. 9. Pacientul are dreptul de a cere in mod expres sa nu fie informat si de a alege o alta persoana care sa fie informata in locul sau.

Art. 10. Rudele si prietenii pacientului pot fi informati despre evolutia investigatiilor, diagnostic si tratament, cu acordul pacientului.

Art. 11. Pacientul are dreptul de a cere si de a obtine o alta opinie medicala.

Art. 12. Pacientul are dreptul sa solicite si sa primeasca, la externare, un rezumat scris al investigatiilor, diagnosticului, tratamentului si ingrijirilor acordate pe perioada spitalizarii.

Capitolul III - Consimtamantul pacientului privind interventia medicala

Art. 13. Pacientul are dreptul sa refuze sau sa opreasca o interventie medicala asumandu-si, in scris, raspunderea pentru decizia sa; consecintele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.

Art. 14. Cand pacientul nu isi poate exprima vointa, dar este necesara o interventie medicala de urgenta, personalul medical are dreptul sa deduca acordul pacientului dintr-o exprimare anterioara a vointei acestuia.

Art. 15. In cazul in care pacientul necesita o interventie medicala de urgenta, consimtamantul reprezentantului legal nu mai este necesar.

Art. 16. In cazul in care se cere consimtamantul reprezentantului legal, pacientul trebuie sa fie implicat in procesul de luare a deciziei atat cat permite capacitatea lui de intelegere.

Art. 17. (1) In cazul in care furnizorii de servicii medicale considera ca interventia este in interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuza sa isi dea consimtamantul, decizia este declinata unei comisii de arbitraj de specialitate.

(2) Comisia de arbitraj este constituita din 3 medici pentru pacientii internati in spitale si din 2 medici pentru pacientii din ambulator.

Art. 18. Consimtamantul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, pastrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul sau, in vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.

Art. 19. Consimtamantul pacientului este obligatoriu in cazul participarii sale in invatamantul medical clinic si la cercetarea stiintifica. Nu pot fi folosite pentru cercetare stiintifica, persoanele care nu sunt capabile sa isi exprime vointa, cu exceptia obtinerii consimtamantului de la reprezentantul legal si daca cercetarea este facuta si in interesul pacientului.

Art. 20. Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat intr-o unitate medicala fara consimtamantul sau, cu exceptia cazurilor in care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului si evitarii suspectarii unei culpe medicale.

Capitolul IV - Dreptul la confidentialitatea informatiilor si viata privata a pacientului

Art. 21. Toate informatiile privind starea pacientului, rezultatele investigatiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidentiale chiar si dupa decesul acestuia.

Art. 22. Informatiile cu caracter confidential pot fi furnizate numai in cazul in care pacientul isi da consimtamantul explicit sau daca legea o cere in mod expres.

Art. 23. In cazul in care informatiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditati, implicati in tratamentul pacientului, acordarea consimtamantului nu mai este obligatorie.

Art. 24. Pacientul are acces la datele medicale personale.

Art. 25.

(1) Orice amestec in viata privata, familiala a pacientului este interzis, cu exceptia cazurilor in care aceasta imixtiune influenteaza pozitiv diagnosticul, tratamentul ori ingrijirile acordate si numai cu consimtamantul pacientului.

(2) Sunt considerate exceptii cazurile in care pacientul reprezinta pericol pentru sine sau pentru sanatatea publica.

Capitolul V - Drepturile pacientului in domeniul reproducerii

Art. 26. Dreptul femeii la viata prevaleaza in cazul in care sarcina reprezinta un factor de risc major si imediat pentru viata mamei.

Art. 27. Pacientul are dreptul la informatii, educatie si servicii necesare dezvoltarii unei vieti sexuale normale si sanataii reproducerii, fara nici o discriminare.

Art. 28. (1) Dreptul femeii de a hotari daca sa aiba sau nu copii este garantat, cu exceptia cazului prevazut la art. 26.

(2) Pacientul, prin serviciile de sanatate, are dreptul sa aleaga cele mai sigure metode privind sanatatea reproducerii.

(3) Orice pacient are dreptul la metode de planificare familiala eficiente si lipsite de riscuri.

Capitolul VI - Drepturile pacientului la tratament si ingrijiri medicale

Art. 29.

(1) In cazul in care furnizorii sunt obligati sa recurga la selectarea pacientilor pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile in numar limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale.

(2) Criteriile medicale privind selectarea pacientilor pentru anumite tipuri de tratament se elaboreaza de catre Ministerul Sanatatii si Familiei in termen de 30 de zile de la data intrarii in vigoare a prezentei legi si se aduc la cunostinta publicului.

Art. 30

(1) Interventiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai daca exista conditiile de dotare necesare si personal acreditat.

(2) Se excepteaza de la prevederile alin. (1) cazurile de urgenta aparute in situatii extreme.

Art. 31. Pacientul are dreptul la ingrijiri terminale pentru a putea muri in demnitate.

Art. 32. Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material si de sfaturi pe tot parcursul ingrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, in masura posibilitatilor, mediul de ingrijire si tratament va fi creat cat mai aproape de cel familial.

Art. 33. Pacientul internat are dreptul si la servicii medicale acordate de catre un medic acreditat din afara spitalului.

Art. 34.

(1) Personalul medical sau nemedical din unitatile sanitare nu are dreptul sa supuna pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta sa il recompenseze altfel decat prevad reglementarile de plata legale din cadrul unitatii respective.

(2) Pacientul poate oferi angajatilor sau unitatii unde a fost ingrijit, plati suplimentare sau donatii, cu respectarea legii.

Art. 35.

(1) Pacientul are dreptul la ingrijiri medicale continue pana la ameliorarea starii sale de sanatate sau pana la vindecare.

(2) Continuitatea ingrijirilor se asigura prin colaborarea si parteneriatul dintre diferitele unitati medicale publice si nepublice, spitalicesti si ambulatorii, de specialitate sau de medicina generala, oferite de medici, cadre medii sau de alt personal calificat. Dupa externare pacientii au dreptul la serviciile comunitare disponibile.

Art. 36. Pacientul are dreptul sa beneficieze de asistenta medicala de urgenta, de asistenta stomatologica de urgenta si de servicii farmaceutice, in program continuu.

Capitolul VII - Sanctiuni

Art. 37. Nerespectarea de catre personalul medico-sanitar a confidentialitatii datelor despre pacient si a confidentialitatii actului medical, precum si a celorlalte drepturi ale pacientului prevazute in prezenta lege atrage, dupa caz, raspunderea disciplinara, contraventionala sau penala, conform prevederilor legale.

Capitolul VIII - Dispozitii tranzitorii si finale

Art. 38.

(1) Autoritatile sanitare dau publicitatii, anual, rapoarte asupra respectarii drepturilor pacientului, in care se compara situatiile din diferite regiuni ale tarii, precum si situatia existenta cu una optima.

(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligati sa afiseze la loc vizibil standardele proprii in conformitate cu normele de aplicare a legii.

(3) In termen de 90 de zile de la data intrarii in vigoare a prezentei legi, Ministerul Sanatatii si Familiei elaboreaza normele de aplicare a acesteia, care se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Art. 39. Prezenta lege intra in vigoare la 30 de zile de la data publicarii in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Art. 40. La data intrarii in vigoare a prezentei legi se abroga art. 78, 108 si 124 din Legea 3/1978 privind asigurarea sanatatii populatiei, publicata in Buletinul Oficial, Partea I, nr. 54 din 10 iulie 1978, precum si orice alte dispozitii contrare.

4. Uniforma infirmierului(ei) – (echipamentul de protectie):

-este obligatoriu purtarea unui echipament complet de protectie, format din: **halat, boneta, pantofi, masca, botosi;**

-trebuie sa fie de culoare alba sau culoarea stabilita de spital, imaculat, fara pete, din bumbac (poate fi fiert si sterilizat, absoarbe transpiratia);

-se schimba zilnic sau ori de cate ori este nevoie (este purtator si cale de transmitere pentru germenii intraspitalicesti);

-de asemeni, schimbarea halatului este obligatorie cand s-a murdarit, in special cu produse biologice (sange, urina, materii fecale, etc).

Boneta:

-din bumbac (se sterilizeaza) sau din microfibra (bonetele de unica folosinta);

-trebuie sa acopere in intregime parul;

-la sfarsitul programului se arunca la deseuri nepericuloase;

Pantofii:

-vor fi speciali pentru spital, de culoare alba, silentiosi, (fara tocuri, odihnitori, comozi);

-cand se intra in serviciile speciale se vor schimba sau proteja cu botosi din fibra de sticla sau polipropilen (de unica folosinta) sau din panza (se sterilizeaza);

-este obligatorie purtarea ciorapilor.

Masca :

-confectionata din polipropilen sau fibra de sticla foarte eficiente (~ 5 ore) chiar daca este uda. Masca de hartie este eficiente ~ 30 minute pentru ca se uda si se deterioreaza.

-masca trebuie sa acopere nasul si gura; dupa folosire, masca se arunca la deseuri infectioase;

-masca nu se tine in buzunar;

-spalatul pe maini este obligatoriu dupa scoaterea mastii.

Observatii:

1) In blocul operator este interzisa parasirea salii cu echipamentul specific de sala (halat, manusi, masca, botosi), acest echipament se scoate la iesirea din sala de operatii si va urma circuitul specific al materialului utilizat.

2) Oficianta trebuie sa poarte echipamentul adecvat care va fi schimbat ori de cate ori este nevoie, de preferinta zilnic si sa poarte boneta si masca in timpul distribuirii alimentelor.

4.4 Curatenia, dezinfectia si igiena in blocul alimentar

Personalul blocului alimentar (oficiantele) vor respecta urmatoarele:

- Nivel ridicat de igiena personala corporala.
- Sa poarte echipament adecvat care va fi schimbat ori de cate ori este nevoie, de preferinta zilnic.
- Sa practice cu regularitate igiena mainilor – obligatoriu la intrarea in serviciu si dupa folosirea grupului sanitar.
- Sa respecte tehnica corecta si recomandarile privind igiena mainilor.
- Sa poarte boneta, masca si manusi in timpul distribuirii alimentelor.

In oficiul alimentar:

- Nu trebuie sa se admita accesul persoanelor straine (insotitori, alte categorii de personal, in afara interesului de serviciu), prezenta animalelor.
- Este interzisa curatenia uscata (maturare, aspirare uscata).
- Trebuie sa spele si sa dezinfecteze pavimentul de cel putin trei ori pe zi, utilizand un dezinfectant si detergentul din uz.
- Trebuie sa spele si sa dezinfecteze suprafetele de lucru (masa, chiuveta, vase etc) folosind un dezinfectant de suprafete in uz.
- Trebuie sa doteze chiuveta de spalare mainile cu sapun lichid si prosop de hartie de unica utilizare si sa mentina curatenia si buna functionare a dozatorului de sapun.
- Sa dezinfecteze periodic chiuvetele de vase si maini.
- Sa efectueze dezinfectia ori de cate ori este nevoie (cand este sesizata prezenta insectelor vectoare (muste, gandaci, etc).
- Vesela se dezinfecteaza prin imersie, se dezinfecteaza dupa fiecare utilizare; tetinele mai intai se spala, apoi se dezinfecteaza si dupa aceea se fierb 30 minute la 100 grade.
- Echipamentele (aragaz, frigider, cuptor, etc) se mentin in perfecta stare de functionare, spalate si dezinfectate ritmic.
- Recipientele port – deseuri se mentin in buna stare de functionare si curate, evacuandu-le ritmic, urmand circuitul deseurilor menajere din spital conform protocolului de deseuri.
- Dezinfectia ciclica: saptamanal se efectueaza curatenia generala si dezinfectia oficiului, consemnandu-se aceasta operatiune in graficul de dezinfectie de pe sectie.

5. CIRCUITUL LENJERIEI IN SPITAL

Colectarea lenjeriei

- La colectarea lenjeriei murdare, infirmiera trebuie sa isi puna manusi.
- Colectarea lenjeriei de pat si de corp, utilizate, va fi facuta in saci curati, care se inchid la gura, imediat dupa colectare.
- Se interzice scuturatul sau oricare alta manipulare a lenjeriei (sortare, numarare a rufariei murdare) in saloane sau spatii de circulatie. Aceste operatiuni se fac numai in camera de numarare – sortare a spalatoriei.
- Rufaria de pat si de corp provenita de la sectiile de contagioase, dermatovenerice, TBC, de la bolnavii septici precum si cea murdarita cu sange sau produse patologice, va fi colectata si spalata separat.
- Asigurarea de lenjerie de pat si de corp sterile, la fiecare schimbare pentru noul-nascuti si bolnavi cu mare receptivitate (cei cu transplante de organe). Aceasta lenjerie se depoziteaza separat de lenjeria curata.

-Lenjeria curata se depoziteaza separat, in spatii aerate, ferite de praf si umezeala si de posibilitati de contaminare prin insecte si rozatoare.

-Manipularea lenjeriei in depozit se face numai de personalul special destinat pentru aceasta activitate.

-Transportul lenjeriei curate de la depozit in sectii, se face in saci curati pe un traseu bine stabilit.

Circuitul materialului moale :

-dupa utilizarea materialului moale (campuri, halate, manusi), acesta se colecteaza in saci speciali si este transportat la spalatorie;

-materialul curat se aduce de la spalatorie in saci curati si va fi impachetat in spatiul special destinat, in vederea sterilizarii;

-sacii cu material moale curat, nu va fi depozitat direct pe pavimente.

6.INGRIJIRILE DE BAZA ACORDATE PACIENTILOR

6.1Toaleta pacientilor

6.1.1 Toaleta generala a pacientilor

Obiectivele procedurii: asigurarea starii de igiena si confort a pacientului precum si a demnitatii acestuia.

Mentinerea tegumentelor in stare de curatenie are ca scop principal, prevenirea aparitiei leziunilor cutanate.

Reguli de baza:

-informati si explicati pacientului procedura, obtinand astfel consimtamantul si preferintele sale in legatura cu igiena;

-apreciati starea generala a bolnavului, pentru a evita o toaleta prea lunga, prea obositoare;

-verificati temperatura din salon, sa fie peste 20°C;

-inchideti geamurile si usa evitand astfel curentii de aer;

-asigurati intimitatea bolnavului asezand paravanul;

-temperatura apei controlata cu termometrul de baie , sa fie intre 37°-38°C;

-pregatiti in apropiere materialul necesar toaletei, schimbarii lenjeriei patului si a bolnavului;

-faceti toaleta pe regiuni, dezvelind numai suprafetele necesare si acoperindu-le imediat dupa terminare;

-bolnavul se va dezbraca complet si se va acoperi cu cearceaf si patura;

-se muta musamaua si aleza de protectie, in functie de regiunea care se spala;

-ordinea in care se face toaleta - spalata, clatita, uscata;

-etapele toaletei: se va respecta urmatoarea succesiune: se incepe cu **fata, gatul si urechile**, apoi **bratele si mainile, partea anterioara a toracelui,abdomenul, fata anterioara a coapselor**, se intoarce bolnavul in decubit lateral si se spala **spatele, fesele si fata posterioara a coapselor**, din nou in decubit dorsal, se spala **gambele si picioarele, organele genitale externe**, apoi **ingrijirea parului si toaleta cavitatii bucale**;

-se sapuneste si se clateste cu o mana ferma si cu miscari line, circulare, pentru a favoriza circulatia sanguina;

-apa calda sa fie din abundenta, schimbata de cate ori este nevoie;

-se insista la pliuri, sub sani, la maini si in spatiile interdigitale, la coate si axile;

-se mobilizeaza articulatiile in toata amplitudinea lor si se maseaza zonele predispuse escarelor;

-uscarea se face prin tamponare (nu frecare) cu prosopul usor incalzit.

Toaleta pe regiuni a pacientului imobilizat la pat permite examinarea tegumentelor si observarea unor modificari (inrosirea, iritatiea tegumentului, echimoze, escare, etc) si luarea unor masuri terapeutice.

Pentru activarea circulatiei sanguine, dupa spalarea intregului corp, se frictioneaza cu alcool mentolat, indeosebi regiunile predispuase la escare.

De evitat in timpul baii pe regiuni a pacientului imobilizat la pat, **udarea aparatului gipsat, a pansamentelor.**

La pacientii la care starea de sanatate permite, incurajati-i sa se spele singuri asigurandu-le independenta, ajutandu-i la nevoie si tinandu-i sub supraveghere pe toata durata procedurii.

6.1.2 Ingrijirea ochilor

Obiective: prevenirea infectiilor oculare prin indepartarea secretiilor.

Procedeul se aplica mai ales la pacientii comatosi sau paralizati la care este necesara indepartarea in mod regulat a secretiilor oculare (datorita reflexului de clipire abolit, ochii raman deschisi, corneea se usuca, secretiile se aduna in special la nivelul unghiului intern al ochiului).

Reguli de baza:

-se folosesc manusi sterile;

-se indeparteaza secretiile, crustele aderente de gene si pleoape de la comisura externa spre cea interna prin stergere usoara cu ajutorul unui tampon steril imbibat in ser fiziologic (cate un tampon steril pentru fiecare ochi), procedeul repetandu-se pana cand pleoapele sunt curate;

-pentru a mentine ochii umeziti aplicati pe pleoape cate un pansament steril imbibat in ser fiziologic, acesta fiind schimbat ori de cate ori este nevoie.

6.1.3 Ingrijirea mucoasei nazale

Obiective: prevenirea aparitiei leziunilor mucoasei nazale si mentinerea permeabilitatii cailor respiratorii superioare.

Reguli de baza:

-pacientul se aseaza in decubit dorsal;

-se informeaza pacientul si este rugat sa nu miste capul;

-dupa ce imbracati manusile de unica folosinta, se curata fiecare fosa nazala cu cate un tampon steril imbibat in ser fiziologic cu miscari usoare de rotatie fara sa apasati;

-nu folositi acelasi tampon imbibat cu ser fiziologic pentru ambele narine;

-daca sunt foarte aderente crustele de mucoasa nazala tamponul se umezeste cu apa oxigenata in loc de ser fiziologic;

-la pacientii cu sonde nazogastrice, nazofaringiene, de oxigenoterapie manevrele se efectueaza sub supravegherea asistentei si constau in urmatoarele etape: se dezlipeste banda adeziva cu care este fixata sonda, retrageti sonda 5-6 cm, se curata sonda de urmele adezivului de la banda cu un tampon imbibat in alcool sanitar, se curata crustele de la nivelul fiecarei narine cu un tampon imbibat in apa oxigenata, se reintroduce sonda (tot cu 5-6 cm) apoi se refixeaza cu banda adeziva si se controleaza permeabilitatea sondei de catre asistenta.

6.1.4. Ingrijirea urechilor

Obiective: mentinerea starii de curatenie a pavilionului urechii si a conductului auditiv extern prin indepartarea depozitelor fiziologice (cerumen, tegument descuamat) si a celor patologice unde este cazul.

Reguli de baza:

-se aseaza pacientul in decubit dorsal, cu capul usor rotat spre dreapta pentru curatarea urechii stangi, respectiv capul rotat spre stanga, daca se curata urechea dreapta;

-se curata pavilionul auricular cu cate un tampon uscat de detritusurile formate din cerumen si tegument descuamat, executand miscari blande de rotatie;

-se curata fiecare ureche cu tampoane separate;

-se spala pavilionul auricular si regiunea retroauriculara cu cate un tampon nesteril imbibat in apa calduta pe care se toarna o picatura de sapun lichid apoi se limpezeste cu apa calduta din abundenta, avand grija sa nu intre in conductul auditiv extern si se usuca cu prosopul;

-curatarea conductului auditiv extern se face cu un tampon steril imbibat in apa oxigenata care se introduce, avand grija sa nu se depaseasca limita de vizibilitate, se usuca tot cu un tampon steril uscat.

6.1.5. Ingrijirea cavitatii bucale

Obiective: prevenirea aparitiei respiratiei urat mirositoare si a infectiilor bucale prin reducerea placii bacteriene.

Reguli de baza:

-pozitiile in care poate fi asezat bolnavul in functie de patologii sunt: sezand sau decubit lateral cu capul usor rotat si ridicat pe o perna;

-materialele necesare: periuta de dinti personala, pasta de dinti, pahar de apa de unica folosinta, tavita renala, prosop, musama, apa de gura si ata dentara daca acestea sunt solicitate;

-asezarea pacientului in pozitia adecvata starii sale de sanatate;

-sustineti tavita renala sub barbia pacientului, asezata pe perna acoperita de musama si prosop;

-la pacientii constienti si la care starea de sanatate permite, serviti pacientul pe rand cu periuta de dinti, pasta de dinti, pahar cu apa, prosop, incurajandu-l sa isi faca toaleta bucala singur;

-pentru pacientul inconstient – se introduce deschizatorul de gura intre arcadele dentare, va puneti manusile, se sterge limba, bolta palatina, suprafata interna si externa a arcadelor dentare cu tampoane imbibate in glicerina boraxata, cu miscari dinauntru in afara. Se sterg dintii cu alt tampon, la sfarsit se ung buzele cu o crema hidratanta.

-la pacientii care prezinta proteza dentara, aceasta se va scoate cu ajutorul unui tifon printr-o miscare de anterior si in sus, se va spala cu periuta si pasta de dinti si se va pastra intr-un pahar cu apa, de preferinta pahar mat – daca pacientul este constient, il serviti cu apa de gura iar daca este inconstient, badijonati cavitatea bucala cu un tampon cu glicerina boraxata.

6.1.6. Ingrijirea unghiilor

Obiective: obtinerea unui aspect ingrijit al bolnavului, evitarea leziunilor de grataj.

Reguli de baza:

-pacientul se aseaza in decubit dorsal;

-introduceti mana/piciorul in lighianul cu apa calduta si sapun pentru aproximativ 5 minute apoi asezati pe un prosop mana/piciorul, timp in care introduceti in lighian mana/piciorul controlateral;

-se taie cu mare atentie unghiile avand grija sa evitati lezarea tesuturilor adiacente (risc de panaritiu) apoi se pilesco;

-unghiile de la picior se taie „pe drept”, nu se umbla la colturi pentru a evita riscul de aparitie a unghiei incarnate;

-fragmente rezultate se strang intr-a aleza sau prosop;

-se dezinfecteaza materialele folosite (forfecuta, pila de unghii).

6.1.7. Ingrijirea parului

Obiective: mentinerea unui aspect placut, a igienei precum si pastrarea demnitatii si starii de bine a pacientului.

Reguli de baza:

- parul se spala o data pe saptamana la pacientii indelung spitalizati;
- materiale: pieptene/perie personala; prosop, aleza, sampon, lighian cu apa calda, galeata pentru apa folosita, uscator de par, manusi;
- temperatura in salon trebuie sa fie peste 20°C;
- tehnica: se pregateste patul si se protejeaza cu musama si aleza; se umezeste parul, se samponeaza, se maseaza usor pielea capului cu pulpa degetului, se spala de doua trei ori, se limpezeste parul din abundenta, se acopera cu prosopul uscat. Se usuca parul, se piaptana cu blandete.
- obiectele folosite se dezinfecteaza.

6.1.8. Ingrijirea regiunii ano-genitale

Obiective: evitarea infectiilor genito-urinare, a mirosurilor neplacute, pastrarea starii de bine si a demnitatii pacientului.

Reguli de baza:

- se informeaza pacientul asupra procedurii si se obtine consimtamantul daca acesta este constient;
- i se asigura intimitatea (paravan), se pregateste patul cu musama, aleza;
- se aseaza pacientul in pozitie ginecologica;
- se inmaneaza o plosca/urinarul pentru a-si goli vezica urinara;
- pacientul ramane in pozitie ginecologica cu alta plosca curate, asezata sub regiunea sacrata;
- tehnica – se imbraca manusa de cauciuc, apoi cea de baie; se spala regiunea dinspre simfiza pubiana spre anus, turnand apa si sapun lichid. Se limpezeste din abundenta, se scoate plosca, se usuca regiunea genituala, anala, pliurile, se pudreaza cu talc pliurile; spalarea organelor genitale externe se face cu tampoane de vata montate pe pensa portampon; la barbat se decaloteaza glandul de preput si se spala cu apa si sapun apoi se clateste cu apa din abundenta si se recaloteaza glandul.

Observatie: trebuie evitata contaminarea regiunii genitale cu microorganisme din regiunea anala, prin miscari de spalare dinspre anus spre simfiza pubiana.

7. Deparazitarea

Consta in indepartarea si distrugerea parazitilor care pot transmite boli infectioase. Prin deparazitare se evita aparitia leziunilor de grataj care se pot suprainfecta usor precum si transmiterea parazitilor de la un pacient la altul. Infirmiera trebuie sa procedeze cu mult tact in momentul in care examineaza pacientul in vederea controlului parazitologic (parul, zonele cu pilozitate, pliurile). Examinarea se face numai cu manusi de unica folosinta. Scurtarea parului si aplicarea solutiilor antiparazitare se fac numai cu acordul pacientului, hainele cu care a venit pacientul se ard, se face imbaierea generala apoi i se ofera pacientului o pijama curata. Daca exista leziuni de grataj, acestea se vor unge cu cremele indicate de catre medic.

8. Schimbarea lenjeriei de pat si de corp

Patul este mobilierul cel mai important din salon, aici petrecandu-si bolnavul majoritatea timpului de spitalizare. Patul trebuie sa fie comod, de dimensiuni potrivite,

usor de manipulat si usor de curatat, pentru ca ingrijirile, investigatiile si tratamentele aplicate sa nu fie impiedicate.

Accesoriile patului:

-salteaua – confectionata dintr-o singura, din doua sau trei bucati, din burete, material plastic – care se curata si se dezinfecteaza mai usor;

-perna;

-patura;

-lenjeria – 2 cearceafuri (sau un cearceaf si un plic), fata de perna, o aleza, musama.

Este bine ca lenjeria de pat sa aiba cat mai putine cusaturi.

8.1 Schimbarea lenjeriei de pat neocupat (fara pacient):

Materiale necesare: cearceaf de pat, cearceaf de patura (plic), fata de perna, patura, perna, aleza, musama (sau un material impermeabil), manusi de unica folosinta, sac pentru lenjeria murdara, carucior pentru lenjerie.

Efectuarea procedurii: se verifica materialele alese si se transporta in salon pe caruciorul pentru lenjerie. Se indeparteaza lenjeria murdara si se introduce in sacul special pregatit, spalati-va pe maini apoi imbracati manusile. Efectuati in ordinea urmatoare: intindeti cearceaful pe toata lungimea patului fixandu-l la capete si pe partile laterale adanc sub saltea fara sa lasati cute; pozitionarea musamalei sau a materialului impermeabil deasupra saltelei; deasupra musamalei se intinde aleza avand grija sa nu aiba cute; intindeti cearceaful plic in lungimea patului si peste el patura; introduceti patura in cearceaful plic si fixati-i colturile; rulati patura astfel infasata sub forma de armonica sau aranjati colturile in forma de plic; puneti la capatul patului perna infasata. La sfarsit, nu uitati sa reasezati noptiera pe locul ei de langa pat, scoateti sacul de rufe murdare din salon, aerisiti salonul, indepartati manusile si spalati-va pe maini.

8.2 Schimbarea lenjeriei de pat ocupat (cu pacient imobilizat):

Explicati pacientului procedura si modul de desfasurare, inofensivitatea procedurii precum si contributia sa la realizarea procedurii. Schimbarea lenjeriei se va efectua intotdeauna dupa toaleta pacientului. La schimbarea lenjeriei trebuie sa participe doua persoane iar alegerea metodei de schimbare a lenjeriei de pat, se face in functie de pozitia in care poate fi asezat pacientul (limitele sale de mobilizare).

a) La pacientul care se poate ridica in pozitie sezanda (se foloseste schimbarea in latime)

-Materialele necesare sunt aceleasi ca la schimbarea lenjeriei de pat neocupat.

-Efectuarea procedurii: se verifica materialele si se transporta in salon; rulati cearceaful de pat pe dimensiunea mica (in latime), rularea se face impreuna cu musama si aleza daca pacientul necesita; scoateti marginile cearceafului murdar de sub saltea; acoperiti pacientul si ridicati-l in pozitie sezanda la marginea patului, rugand ajutorul sa sprijine pacientul pe toata durata efectuarii procedurii; indepartati perna si rulati cearceaful murdar pana aproape de pacient; pozitionati cearceaful curat la capatul patului apoi derulati-l aproape de cel murdar, fara sa intre in contact cu acesta; schimbati fata de perna si asezati-o pe pat la capat apoi culcati pacientul in decubit dorsal; rugati ajutorul sa ridice impreuna cu dvs bazinul pacientului astfel incat sa ridicati cearceaful murdar si sa il rulati in continuare pe cel curat; ridicati in acelasi mod si picioarele pacientului pana cand cearceaful murdar a fost indepartat iar cel curat a fost rulat in intregime. Fixati colturile cearceafului curat si marginile laterale sub saltea. Daca pacientul necesita musama si aleza, acestea sunt rulate odata cu cearceaful. Introduceti patura in cearceaful plic si acoperiti bolnavul.

b) La pacientul care nu se poate ridica (se foloseste schimbarea in lungime)

-Materialele necesare sunt aceleasi ca la schimbarea lenjeriei de pat neocupat.

-Efectuarea procedurii: se verifica materialele si se transporta in salon; rulati cearceaful de pat pe dimensiunea mare (in lungime), rularea se face impreuna cu musamaua si aleza tot in lungime; spalati-va mainile si imbracati manusile, scoateti marginile cearceafului murdar de sub saltea, intoarceti pacientul in decubit lateral (ajutorul trebuie sa il sprijine la nivelul umerilor si la nivelul genunchilor), trageți perna, rulati cearceaful murdar pana aproape de pacient si derulati cearceaful curat avand grija sa fie bine positionat pentru a putea fi fixat la capete si pe laturi, aduceti pacientul in decubit dorsal apoi in decubit lateral de partea opusa, ajutorul sprijinindu-l in continuare la nivelul umerilor si genunchilor, puneti perna infasata sub capul pacientului, continuati rularea cearceafului murdar si derularea celui curat, aduceti pacientul in decubit dorsal; introduceti bine cearceaful curat si fixati-l la capete si la margini avand grija sa nu existe cute, schimbati cearceaful plic de la patura si acoperiti bolnavul. Lenjeria murdara se introduce in sac.

Asezati pacientul in pozitia comoda sau in cea recomandata de catre medic. Scoateti sacul de rufe murdare, aerisiti salonul, indepartati manusile si spalati-va pe maini.

8.3 Schimbarea lenjeriei de corp la pacientul imobilizat:

Obiectivele urmarite sunt in primul rand : mentinerea starii de igiena si confort a bolnavului, prevenirea escarelor de decubit, mentinerea tonusului psihic si a demnitatii acestuia. Inainte de inceperea procedurii se informeaza pacientul, explicandu-i procedura si necesitatea acesteia si mai ales se obtine consimtamantul acestuia sau a familiei.

Materiale: pijama curata si incalzita, sac pentru lenjeria murdara, manusi de unica folosinta.

Etapele procedurii: informati si explicati pacientului procedura, asigurati intimitatea bolnavului (puneti paravanul), spalati-va pe maini si puneti-va manusile, la pacientul care poate sa stea in pozitie sezanda se ruleaza pijamaua de la spate spre ceafa si treceti-o peste cap, rugand pacientul sa flecteze usor capul, pijamaua se pune in sacul de rufe murdare, se ia pijamaua curata se ruleaza fiecare maneca imbracand pe rand bratele, apoi se trece peste capul bolnavului care este initial usor flectat (cu barbia in piept) apoi se deruleaza pijamaua peste trunchiul bolnavului; la pacientii care nu se pot ridica se intoarce pacientul in pozitie de decubit lateral si se dezbraca bratul eliberat, se intoarce pacientul in decubit lateral invers si se dezbraca celalalt brat, se mentine bolnavul in aceasta pozitie si se ruleaza maneca imbracand bratul liber, se intoarce bolnavul in decubit lateral invers (de unde s-a pornit) se ruleaza si se imbraca bratul celalalt. Dezbracarea pantalonilor se face ridicand usor regiunea lombosacrata a pacientului, se trag pantalonii spre picioare apoi se scot, imbracarea se face tragand pantalonii pe fiecare membru inferior in parte pana aproape de sezut apoi ridicati usor bazinul si rotati-l usor tragand stanga-dreapta pantalonul sub regiunea fesiera. La final se aseaza pacientul intr-o pozitie comoda, se acopera cu patura, se scoate din salon sacul cu lenjeria murdara.

9. Mobilizarea pacientilor

Pozitia bolnavului in pat:

Este determinata de boala si de starea generala, aceste pozitii fiind:

-pozitia activa: cand bolnavul se misca singur, nu are nevoie de ajutor;

-pozitia pasiva: cand bolnavul este in stare grava, lipsit de forta fizica, are nevoie pentru schimbarea pozitiei de ajutor;

-pozitia fortata cand bolnavul are o pozitie neobisnuita, impusa de boala sau de necesitatea unui tratament, manevre.

Pozitiile impuse de boala:

Cele mai frecvente sunt:

-pozitia ghemuita („genupectorală”) („cu genunchii la gura”) in ulcer;

-pozitia cocos de pusca: culcat intr-o parte cu genunchii flectati, cu mainile intre genunchi si cu capul in hiperextensie (in meningita);

-pozitia ortopneica: bolnavul sta la marginea patului sezand, capul ridicat cu sprijin in brate si membrele inferioare atarnandu-i;

-pozitia in opistotonus-bolnavul in hiperextensie avand forma unui arc de cerc cu concavitatea dorsala (in tetanos).

Pozitiile impuse de tratament:

-pozitia genupectorală (cu toracele lipit de pat, mainile pe langa corp, genunchii adusi la piept, bazinul ridicat);

-decubit lateral stang cu membrul stang intins si cel drept flectat (in timpul clismei).

Pozitiile obisnuite:

-decubit dorsal-bolnavul este culcat pe spate cu fata in sus;

-decubit lateral drept sau stang-bolnavul sta culcat pe o parte cu piciorul dinspre pat intins, cel de deasupra flectat;

-decubit ventral-bolnavul este culcat pe burta cu capul intors intr-o parte;

-pozitia sezanda (membrele inferioare fac cu trunchiul un unghi de 90°;

-pozitia semizezanda – se sprijina trunchiul bolnavului cu 2 perne sau se ridica patul de extremitatea proximala la 30-40°;

-pozitia decliva – se realizeaza prin coborarea patului la extremitatea proximala cu 60°, astfel incat bolnavul sta cu capul mai jos de corp;

-pozitia procliva-este inversul pozitiei declive;

-pozitia genupectorală.

Cerinte pentru o buna pozitionare a bolnavului:

-pozitia va fi stabila;

-confortabila;

-absenta durerii sau durerea nu se accentueaza in noua pozitie;

-asigura simetria corporala;

-sa nu fie obositoare.

Realizarea efectiva a mobilizarii pacientilor implica actiunile: intoarceri, deplasare laterala in pat, ridicare si deplasare, transfer (de pe pat pe brancard/carut si invers). Aceste actiuni se desfasoara pasiv si activ, asistati de catre infirmiera.

Intoarcerile-pot fi executate pasiv si activ:

-pentru a trece din **decubit dorsal** in **decubit lateral** infirmiera realizeaza tractiuni simultane la nivelul umarului si bazinului, apoi pentru a-l aduce in decubit ventral i se aduce bratul de pe partea degajata in lateral, dupa care se continua actiunea;

-din **decubit ventral** in **decubit dorsal** se executa miscari de tractiune de la nivelul soldului si umarului, se plaseaza bratul opus miscarii deasupra capului pentru a nu fi prins in decubit lateral;

-**deplasarea laterala in pat:** se executa de obicei in decubit dorsal prin deplasarea trunchiului si capului, apoi a membrelor inferioare, la urma ramanand deplasarea bazinului;

-ridicarea si deplasarea: pasiva cu ajutor (la pacientii imobilizati sau obezi) infirmiera si ajutorul sustinand bolnavul sub umeri sau pasiv-activa cand bolnavul merge singur dar totusi are nevoie de ajutor, infirmiera sustinandu-l cu un brat asezat sub umarul bolnavului;

-transferul bolnavului se face combinand miscarile de intoarcere, deplasare laterala apoi ridicare si deplasare in functie de materialul rulant pe care este transferat bolnavul (brancard, carut) si in general intra in atributiile brancardierului.

7.5 Alimentarea si hidratarea pacientilor

Un factor foarte important in tratarea si restabilirea fizica a unui individ este alimentatia echilibrata a acestuia. De aceea, este necesara urmarirea de catre personalul de ingrijire a calitatii alimentelor si a regimurilor servite, prin asigurarea mesei la timp (care sa aiba aspect estetic corespunzator si gust bun) precum si creerea unei bune dispozitii in timpul servirii mesei.

Alimentatia trebuie sa fie variata si completa, sa cuprinda toate principiile alimentare: glucide, proteine, lipide, vitamine si saruri minerale (bineinteles, dietele se diferentiaza pe tipuri de boli).

Prepararea hranei, ca si servirea acesteia, trebuie sa se faca in cele mai stricte conditii de igiena, pentru a impiedica introducerea in organism, odata cu alimentele, a unor microbi sau a unor paraziti.

O prima regula in administrarea hranei este servirea meselor la ore fixe, aceasta va obisnui aparatul digestiv sa aiba o activitate regulata, astfel incat sa nu se mai ajunga la indigestii si balonari.

In timpul alimentatiei, pentru digerarea mai usoara a alimentelor, este necesara mestecarea lenta a mancarii.

Este cunoscut faptul ca la majoritatea bolnavilor apetitul alimentar este scazut. Pentru stimularea poftii de mancare, pe langa buna dispozitie create in jurul bolnavilor, preparatele trebuie sa fie cat mai variate, mai ales in cazurile dietelor restrictive, cand sunt interzise anumite alimente sau limitate cantitativ. Daca medicul permite, la prepararea mancarii, se pot folosi si anumite condimente.

Tot in cadrul alimentatiei trebuie urmarita cantitatea de lichide ingerate, Pentru a nu se incarca stomacul, lichidele se vor bea in cantitati mici, apa putand fi inlocuita cu limonada, sucuri naturale de fructe sau ceai. In afectiunile in care cantitatea de lichide ingerate nu are importanta, pacientul va putea bea fara restrictie.

Exista afectiuni, cum ar fi cele cardiovasculare (hipertensiunea arteriala, insuficienta cardiaca) sau cele renale, in care cantitatea de lichide este limitata. In aceste cazuri se va prescrie de catre medic o anumita cantitate de lichide pe zi, urmand ca acestea sa fie administrate in cantitati mici, pe durata intregii zile, tinand cont si de lichidele din supe, compoturi, fructe.

In cazurile in care asistatul are nevoie de o cantitate mare de lichide – ca de exemplu in transpiratii abundente, stari febrile, deshidratari, intoxicatii grave – se urmareste in permanenta ca acesta sa ingere cantitatea de lichide prescrisa, urmarindu-se concomitent si cantitatea de lichide eliminate.

In functie de starea pacientului, alimentatarea poate sa fie activa, pasiva, artificiala.

Alimentarea activa – la bolnavii deplasabili se face in sala de mese. La bolnavii nedeplasabili, se poate face prin intrebuintarea unei masute care se aseaza la pat, in fata bolnavului si de pe care acesta se autoserveste.

Alimentarea pasiva – se face la pacientii in stare grava, care nu se pot hrani singuri si starea lor nu permite aceasta, se va mentine pozitia orizontala. Infirmiera se plaseaza in dreapta bolnavului, sustinandu-i capul cu mana stanga.

Lichidele, inclusiv supa, vor fi administrate din vase semiumplute. In cazul bolnavilor in stare grava, se va folosi lingurita sau pipeta.

Ritmul alimentarii se va adapta la starea bolnavului. Inghititurile nu trebuie sa fie prea mari, pentru ca bolnavul sa nu se inece. La cei cu apetit scazut, sau la cei febrili, alimentatia se va administra in momentul in care starea lor o permite. Dupa terminarea alimentarii, bolnavul trebuie curatat si apoi lasat sa se odihneasca.

Alimentarea artificiala – se face la pacientii in stare grava, in stare de inconstienta, cu negativism (refuz) alimentar. Poate fi efectuata prin sonda, fistula stomacala si prin perfuzii.

Alimentarea prin sonda se face la bolnavii inconstienti, negativisti, la cei cu tulburari de deglutitie.

Dupa ce a fost lubrefiata sonda, se introduce prin gura sau prin una din narile bolnavului, pana in stomac.

Capatul liber al sondei se fixeaza cu leucoplast pe fata bolnavului.

Amestecurile preparate pentru alimentarea prin sonda trebuie sa fie lichide si incalzite la temperatura corpului.

Introducerea ratiei zilnice se face in 4-6 doze si se administreaza foarte incet. Odata cu alimentele pot fi introduse pe sonda si medicamentele prescrise pe cale bucala.

Indeprtarea sondei se face dupa golirea ei totala. In acest scop se va introduce pe sonda o cantitate de 200-300 ml. apa care face parte din ratia zilnica a bolnavului.

In cazul pacientilor cu stricturi esofagiene (arsuri, intoxicatii cu substante caustice), alimentarea se face printr-o gastrostoma. Este recomandabil ca fistula sa fie acoperita cu un bandaj steril, pentru a nu se infecta.

Tehnica alimentarii prin fistula este aceeaasi ca si in cazul folosirii sondei. Tegumentul din jurul fistulei se va verifica, deoarece sucul gastric care se poate prelinge, determinand iritarea acestuia. Pentru aceasta, dupa fiecare alimentare, pielea va fi stearsa cu o compresa sterila, dupa care se va aplica o crema cu antibiotic si apoi se va acoperi cu un tifon steril.

Ingrijirea acestor bolnavi necesita rabdare si intelegere deosebita din partea personalului, deoarece constiinta infirmitatii ii determina adesea pe bolnavi sa se alimenteze in diferite locuri pentru a nu fi vazuti de ceilalti din jur.

Alimentarea prin perfuzii se poate face intravenos, subcutanat, intraosos. Cea mai utilizata cale este cea intravenoasa. In cazul acesteia, prin perfuzii se pot administra alimente mai complexe sub forma de solutii de concentratii cat mai mari: glucoza, aminoacizi si lipide. Ritmul de administrare a alimentelor pe cale intravenoasa depinde de natura si concentratia preparatului, ca si de starea bolnavului.

Este cunoscut faptul ca alimentatia corecta poate duce la vindecarea sau ameliorarea bolilor.

De aceea tratamentul dietetic este la fel de important in anumite boli ca si cel medicamentos. El are rolul de a face sa se evite o serie de tulburari produse de boala, motiv pentru care regimurile alimentare sunt atat de variate. Regimul dietetic se intocmeste tinandu-se seama de particularitatile fiecarui bolnav cat si de stadiul de evolutie a bolii.

Caile de hidratare ale organismului:

1. **Calea orală** – este cea fiziologica dar nu poate fi folosita in caz de varsaturi, stenoze, refuzul pacientului.

2. **Calea gastro-duodenala** – prin sonda introdusa in prealabil, ce poate ajunge pana la stomac sau poate merge mai departe pana la duoden.

3. **Hidratarea rectala** – prin clisma picatura cu picatura, rar folosita.

4. **Hidratarea prin perfuzie** sau parenerala – este calea cea mai folosita, se face prin picatura cu picatura.

7.6 Captarea eliminarilor fiziologice si patologice

Captarea materiilor fecale

Scopul procedurii este de a goli continutul ampulei rectale la pacientii imobilizati.

Materiale necesare: plosca, hartie igienica, materiale pentru efectuarea toaletei locale, musama, aleza, spalarea mainilor pacientului.

Etapele procedurii:

- se explica procedura bolnavului;
- se izoleaza pacientul cu un paravan;
- se ridica patura de pe bolnav;
- se aseaza pacientul in decubit dorsal cu membrele inferioare flectate si dezbracati-l de la brau in jos;
- cel care efectueaza tehnica isi spala mainile si isi pune manusile;
- se protejeaza patul cu musama si aleza;
- rugati pacientul sa ridice bazinul sprijinindu-se pe calcaie, membrele inferioare fiind flectate (daca acest lucru nu se poate introduceti o mana sub mijlocul pacientului si ridicati-l usor), introduceti plosca sub pacient;
- lasati cateva minute pacientul singur, dupa ce l-ati acoperit cu patura;
- reveniti si indepartati plosca dupa stergerea regiunii;
- efectuati toaleta regiunii ano-genitale apoi imbracati pacientul si acoperiti-l;
- observati aspectul si cantitatea materiilor fecale anuntand asistenta in cazul aparitiei unor modificari;
- indepartati paravanul si aerisiti salonul;
- plosca se spala, dezinfecteaza dupa fiecare utilizare.

Captarea urinii

Scopurile procedurii sunt: golirea vezicii urinare la pacientii imobilizati, masurarea cantitatii de urina, observarea aspectului urinii, a mirosul urinii precum si obtinerea unui esantion de urina pentru laborator (sumarul de urina). **Atentie!** Urocultura se preleveaza in recipiente sterile si numai dupa toaleta locala a bolnavului de la mijlocul jetului urinar.

Materiale necesare: plosca/urinar, hartie igienica sau fasa nesterila, musama si aleza pentru protectia patului, manusi de unica folosinta.

Etapele procedurii:

- explicati procedura bolnavului in termini cat mai clari;
- izolati pacientul cu un paravan;
- asezati pacientul in decubit dorsal;
- spalati-va mainile si puneti-va manusile;
- ridicati patura de pe bolnav si dezbracati-l de la brau in jos
- protejati patul cu musama si aleza;
- introduceti plosca sub pacient sau asezati urinarul intre coapsele pacientului (la barbati se orienteaza penisul catre plosca sau urinar);
- lasati cateva minute pacientul singur;
- reveniti si indepartati plosca/urinarul dupa stergerea regiunii genitale, imbracati bolnavul si acoperiti-l;
- observati daca sunt modificari ale urinii atat cantitative cat si calitative si informati asistentul medical;
- aruncati continutul la toaleta, spalati si dezinfectati plosca/urinarul.

Captarea sputei

Scopul procedurii este de a obtine o proba de sputa pentru examenele de laborator sau pentru observarea caracterelor fiziologice.

Pentru aceasta sunt necesare urmatoarele materiale: cutie Petri sterila sau cu mediu de cultura, sau scuipatoare dupa caz, manusi de unica folosinta, servetele de hartie.

Etapele procedurii:

- explicati pacientului procedura si importanta colectarii sputei;
- spalati-va pe maini si puneti-va manusile de unica folosinta;
- pacientul trebuie sa stea ridicat in sezut sau la marginea patului;
- tapotati usor toracele posterior (pentru a se desprinde mai usor secretiile) si rugati pacientul sa tuseasca;
- instruiti pacientul sa elimine sputa numai in colectorul primit (cutie Petri sau scuipatoare);
- la final se acopera cutiile Petri si se trimit la laborator, respectiv scuipatoarele care se prezinta medicului in vederea evaluarii aspectului sputei;
- scuipatoarele se spala, dezinfecteaza si sterilizeaza.

Captarea varsaturilor

Scopul este de a evita aspirarea continutului gastric in caile respiratorii (pneumonia de aspiratie).

Materialele necesare: tavita renala, aleza sau prosop, pahar cu apa, servetele.

Etapele procedurii:

- incurajati pacientul sa respire adanc pentru a reduce putin senzatia de voma;
- asigurati-l ca stati langa el si incercati sa il linistiti;
- ridicati pacientul in pozitie sezanda daca starea ii permite sau asezati-l in decubit lateral stang cu capul intors intr-o parte si cu un prosop sau aleza asezate sub cap;
- sustineti cu o mana fruntea si cu cealalta tavita renala sub barbia pacientului;
- oferiti un pahar cu apa pacientului sa isi clateasca gura apoi servetele uscate;
- asezati-l intr-o pozitie comoda si urmariti-l pentru cateva minute (varsatura se poate repeta);
- observati aspectul varsaturii si informati asistenta daca apar modificari patologice (sange, mucus etc);
- tavitele renale se spala si dezinfecteaza dupa golirea continutului.

11.INGRIJIRILE ACORDATE PACIENTILOR CU DIVERSE PATOLOGII

1Tegumentul

Pielea (tegumentul) constituie invelisul de protectie al corpului ce indeplineste numeroase functii ca: termoreglare, secretie, excretie, imunologice si de organ senzitiv.

Ea poate prezenta numeroase modificari patologice (ca organ) de care se ocupa dermatologia dar si modificari patologice in cadrul altor afectiuni.

Modificarile de culoare:

- paloarea** : reprezinta coloratia deschisa a tegumentelor si mucoaselor vizibile fata de un status anterior al bolnavului (exemple: in anemii, leucemii, cancere, soc, etc);
- roseata**: exagerarea nuantei rozate obisnuite a tegumentului (in stari febrile, emotivitate, hiperglobulie, intoxicatii cu monoxid de carbon, etilism cronic, etc);
- cianoza**: reprezinta coloratia albastru – violetie a tegumentelor si mucoaselor (insuficiente cardiace, insuficiente respiratorii, neoplasme, etc);

-*icterul*: reprezinta coloratia galbena a tegumentelor si mucoaselor (in hepatite, cancere, etc).

Leziuni ale tegumentului:

-*eruptiile cutanate* sunt frecvent intalnite in boli infecto-contagioase (rujeola, rubeola, varicela, herpes, zona zoster, erizipel);

-*hemoragii cutanate* – pete rosii ce nu dispar (traumatisme, purpura, boli infectioase, medicamente);

-*arsurile* sunt leziuni produse de agresiunea unor agenti fierbinti, substante chimice sau electricitate.

Tulburari trofice cutanate:

-*degeraturile* – sunt determinate de frig si localizate mai ales la extremitatile expuse (degete, urechi, nas);

-*gangrena* reprezinta modificarea tegumentelor si a tesuturilor moi subiacente, initial se manifesta local printr-o coloratie albastra-neagra a pielii, apoi se produce necroza (mortificarea) tegumentului (exemple: in arterita, ateroscleroza din diabetul zaharat)

-*escarele* reprezinta leziuni ale pielii interpusse intre doua planuri dure (os si pat), cauzele sunt generale (paralizia, casexia, obezitatea) sau locale (cutele lenjeriei de corp si pat, mentinerea pacientului in aceeaasi pozitie pentru timp indelungat, lipsa igienei sau igiena defectuasa).

Rolul infirmierului(ei) in ingrijirea bolnavilor cu boli ale tegumentelor

Escarele

Metode de prevenire:

-schimbarea pozitiei pacientului la 2-3 ore sau de cate ori este nevoie;

-schimbarea lenjeriei de pat si corp ori de cate ori este nevoie, aceasta nu trebuie sa aiba cute;

-asigurarea unei igiene optime, zilnice a pacientilor prin spalarea si ungerea zonelor expuse;

-masajul zonelor expuse pentru a favoriza circulatia (numai pe tegumentul curat in prealabil spalat);

-utilizarea accesoriilor (saltele speciale, colaci, perne).

Arsuri :

-asigurarea unei temperaturi adecvate in salon 28-30°C;

-pozitia elevata a membrelor afectate de arsura;

-lenjeria de pat si cearceaful cu care este acoperit bolnavul sa fie steril (se va schimba avand manusi sterile).

UNGHIIILE si PARUL sau fanerele cum sunt denumite generic, reprezinta productii epidermice specifice ale tegumentului.

Alte anexe ale tegumentului sunt reprezentate de glandele sebacee si glandele sudoripare.

Aparatul respirator

Aparatul respirator este alcatuit din totalitatea organelor care asigura mecanismul respiratiei.

Aparatul respirator este format din:

-caile respiratorii superioare: cavitatea nazala si faringe;

-caile respiratorii inferioare: laringe, trahee, bronhiile principale (stanga si dreapta care se ramifica in plaman pana la bronhiole);

-plamanii – organe pereche ce se gasesc in cavitatea toracica, unde au loc schimburile gazoase dintre organism si mediul inconjurator.

Rolul cel mai important al aparatului respirator este acela de a reimprospata continutul aerului din zonele pulmonare, de schimb, acolo unde aerul vine in contact intim cu sangele din plaman. Aerul ajunge in plamani pe calea traheei, bronhiilor si bronhiolilor (cailor respiratorii superioare si inferioare).

Semne si simptome patologice pulmonare:

-dispneea: dificultatea de a respira, tradusa subiectiv prin senzatia „lipsei de aer” (de sufocare), apare in insuficiente respiratorii, insuficiente cardiace, pleurezii, pneumonii, cancere, etc;

-tahipneea: miscari respiratorii cu frecventa mare (dupa efort fizic, pneumotorax, boli febrile, etc);

-bradipnee: miscari respiratorii cu frecventa redusa (corpi straini, tumori laringiene, edem glotic, etc);

-tusea este un act reflex declansat de o iritatie a cailor respiratorii a carui efect este expulzarea cu putere a continutului arborelui bronsic (aer, secretii, corpi straini);

-expectoratia reprezinta eliminarea pe gura, in timpul tusei, a secretiilor/excretiilor cailor respiratorii iar produsul sau este sputa;

-hemoptizia reprezinta eliminarea pe gura, prin tuse, de sange provenit din aparatul respirator;

-durerea toracica poate sa aiba origini diferite (este nespecifica): de la viscerele intratoracice (pulmon, inima), peretele toracic (ex.nevralgie intercostala), coloana vertebrala, abdomen.

Rolul infirmierului(ei) in ingrijirea bolnavilor cu boli ale aparatului respirator:

-asigura conditiile de spitalizare a acestor pacienti (saloane bine aerisite, fara curenti de aer, cu temperatura optima 18-20°C);

-pentru curatenie se folosesc aspiratoarele de praf sau stergerea umeda, niciodata stergere uscata;

-pozitiile in pat cele mai frecvente ale pacientilor sunt: semisezand (cu mai multe perne la spate), pozitia sezanda, eventual la marginea patului;

-linisteste alaturi de asistenta bolnavii in criza de astm, cu edem pulmonar, hemoptizie.

8.3Aparatul cardiovascular

Inima (cordul) este un organ musculo-cavitar cu rol de pompa aspiro-respingatoare a sangelui. Este format din patru cavitati: 2 atrii si 2 ventricule, atriiile au rol de aspirare a sangelui adus de cele doua vene cave, respectiv venele pulmonare, ventriculele au rol de a pompa sangele in arterele marii si micii circulatii.

Semne si simptome patologice

-dispneea (vezi ap.respirator) apare de obicei in insuficienta cardiaca stanga; poate fi de efort, de repaus sau paroxistica;

-durerea precordiala (apare in angina pectorala, infarct miocardic);

-palpitatii – batai ale inimii resimtite neplacut de catre pacient la nivelul regiunii precordiale, pot fi regulate sau neregulate.

Rolul infirmierului(ei) in ingrijirea bolnavilor cu boli ale aparatului cardiovascular:

-asigura repausul pacientului in pozitia indicata de catre medic (cele mai frecvente sunt pozitiile sezand sau semisezand);

-toaleta zilnica a bolnavului nu trebuie sa il implice sa faca efort si nici sa ii creeze vreun disconfort;

-schimbarea lenjeriei de pat si de corp ori de cate ori este nevoie (transpira des);

-asigura masajul membrelor inferioare in vederea prevenirii trombozelor si edemelor precum si pozitia ridicata a membrelor;

-ajuta bolnavul si ii supravegheaza alimentarea care se face numai la pat;

-ajuta bolnavul la efectuarea necesitatilor fiziologice.

Aparatul digestiv

Este alcatuit din: cavitate bucala, faringe, esofag, stomac, intestin subtire, intestin gros, rect si glandele anexe ale tubului digestiv (ficat, pancreas, splina).

In patologia digestiva, semnele si simptomele pacientilor se pot imparti in manifestari generale precum: febra, scaderea ponderala, alterarea starii generale, paloarea, deshidratarea si manifestari functionale precum tulburarile apetitului, durerea abdominala, eructatiile, disfagia, varsatura, regurgitatiile, hematemeza, melena, flatulenta, alterarea tranzitului intestinal (constipatie si/sau diaree).

Rolul infirmierului(ei) in ingrijirea bolnavilor cu boli ale aparatului digestive:

-administrarea dietei individualizate;

-urmareste ca pacientul sa manance iar alimentele sa le mestece bine;

-urmareste hidratarea orala a pacientilor;

-pacientii care prezinta varsaturi vor fi positionati in decubit lateral cu capul intr-o parte pentru a evita aspiratia in caile respiratorii (pneumonia de aspiratie);

-ajuta la efectuarea clismelor;

-efectueaza igiena individuala a pacientilor;

-efectueaza curatenia si dezinfectia la patul pacientului.

Aparatul reno-urinar

Este alcatuit din rinichi (stang, drept), cai urinare (calice si pelvis renal, uretere, uretra), vezica urinara. Rolul aparatului reno-urinar este in principal de secretia, excretia si transportul urinei.

Principalele semne si simptome de suferinta renala:

-durerea care poate fi localizata lombar, pe traiectul ureterului, pelvipерineal sau vezical; poate iradia sau nu; poate fi paroxistica sau intermitenta (colica renala) cu durata de cateva ore, mai rar cateva zile;

-tulburarile de mictiune: polakiurie (mictiuni frecvente), disurie (dificultatea de a mictiona), retentia urinara (incapacitatea vezicii urinare de a-si goli continutul); incontinenta de urina (pierderea functiei de rezervor al vezicii, urina scurgandu-se din vezica partial sau total); enurezis (pierderea involuntara de urina); tenesme vezicale (mictiuni imperioase, dureroase);

-tulburari de diureza : diureza reprezinta valoarea cantitativa a urinei/24 ore (valori fiziologice intre 800-2000 ml/24 ore sau intre 0,5-1,5 ml/minut); tulburarile de diureza sunt: oliguria (diureza este intre 500 -800 ml/24 ore), anuria (scaderea diurezei sub 250 ml/24 ore), nicturia (volumul diurezei nocturne il depaseste pe cel al diurezei diurne), poliuria (cresterea diurezei la peste 2 litri/24 ore).

-hematuria: eliminarea prin mictiune a urinei cu sange;

-piuria: definita ca prezenta de puroi in urina.

Rolul infirmierului(ei) in ingrijirea bolnavilor cu boli ale aparatului reno-urinar:

- alimenteaza si hidrateaza bolnavul conform indicatiilor medicului;
- previn escarele la bolnavii dializati care petrec majoritatea timpului in pat;
- pozitia bolnavilor dializati este cea de decubit dorsal sau pozitia Trendelenburg;
- schimba lenjeria de pat si de corp a bolnavului ori de cate ori este nevoie;
- asigura paturi/perne calde, sticle umplute cu apa calda la cei cu colica renala fiind stiut ca la aplicarea de caldura local cedeaza durerea.

11.INGRIJIREA PACIENTILOR CU NEVOI SPECIALE

Ingrijirea gravidelor:

- gravidele vor fi asezate in saloane bine incalzite, luminoase, climat linistit si ferit de emotii;
- lenjeria de pat si de corp se schimba des iar invelitoarea patului trebuie sa fie usoara dar calduroasa;
- toaleta organelor genitale se face numai dupa ce a fost consultata de catre medic si s-au recoltat secretii pentru examenul de laborator; spalarea se face cu pacienta in pozitie ginecologica, de sus in jos (dinspre vulva spre anus) cu un tampon de vata prins intr-o pensa si inmuait in solutii dezinfectante caldute;
- preoperator daca este necesar se indeparteaza parul pubian cu ajutorul unei lame de unica folosinta;
- baia la pat se face pe etape dezvelind suprafetele necesare si reacoperindu-le imediat dupa terminare;
- cand se aseaza lenjeria de pat trebuie avut grija sa existe intotdeauna musamaua si aleza care se schimba ori de cate ori este nevoie;
- alimentatia si hidratarea se face la indicatia medicului;
- cand este in travaliu trebuie permanent insotita si supravegheata.

Ingrijirea nou-nascutului

Nou nascutul sau copilul in prima luna de viata prezinta anumite particularitati de care trebuie tinut cont.

Ingrijirile incep inca din sala de nastere si se deruleaza intr-o anumita succesiune:

- sala de nasteri trebuie sa indeplineasca conditii aseptice, cu temperatura intre 24-26°C;
- nou nascutul este primit in cearceafuri sau campuri sterile;
- aspirarea secretiilor nasofaringiene imediat dupa expulzie pentru usurarea respiratiei; se face cu o sonda Nelaton adaptata la o seringă sau para de cauciuc, in modul cel mai bland posibil pentru a evita lezarea mucoaselor;
- ligaturarea cordonului ombilical la 3 cm de insertia sa ombilicala, dupa incetarea pulsatiilor, bontul se atinge cu betadina si se panseaza cu comprese sterile;
- stergera cu un camp steril a nou-nascutului;
- spalarea nu este indicata imediat dupa nastere pentru a nu indeparta vernix caseosa cu exceptia copiilor a caror tegumente sunt patate cu sange sau meconiu;
- ulterior nou-nascutul este cantarit, masurat;
- se imbraca in lenjerie sterila;
- copilul este dus la sectia de nou-nascuti unde este examinat de medicul neonatolog;
- se recomanda sistemul „rooming-in” in maternitate (mama trebuie sa stea in aceasi incapere cu copilul) pentru a realiza legatura afectiva si pentru insusirea unor deprinderi corecte de ingrijire si alimentatie;

-prima baie generala se face dupa cicatrizarea plagii ombilicale, iar pana atunci se face toaleta partiala;

-incurajati mama sa alimenteze copilul la san.

Ingrijirea pacientilor batrani/institutionalizati

Batranetea este varsta la care se pune cel mai adesea problema ingrijirilor medicale. Uneori, batranetea nu este o boala in sine. Nevoia de a asigura ingrijiri demne pentru aceasta categorie este absolut evidenta si devine si mai pregnantata la batranii institutionalizati.

Este foarte important ca infirmiera sa comunice si sa socializeze cu bolnavul. Aceasta socializare va face mult mai usor procesul de ingrijire, va stabili o legatura importanta intre cele doua persoane si va aduce nenumarate beneficii pacientului. Momentele de socializare aduc bucurie bolnavului si il fac pe acesta sa se simta bine, starea psihica a batranului fiind foarte importanta.

Igiena corporala a varstnicilor:

-trebuie supravegheata chiar daca ei se pot ingriji si singuri;

-baia partiala/totala trebuie facuta cu mare atentie avand grija sa nu se lezeze tegumentele (pielea devine mult mai fragila la varste inaintate);

-masajul zonelor predispuse la escare trebuie facut cu creme continand lanolina si nu frictionate cu alcool, care usuca pielea;

-schimbarea lenjeriei de pat se face ori de cate ori este nevoie;

-bolnavul se aseaza in pozitia preferata sau cea indicata de catre medic, cei care nu se pot ridica trebuie schimbati cat mai frecvent in alta pozitie.

Alimentatia si hidratarea bolnavului trebuie supravegheata, pentru ca acesta sa mestece bine bolul alimentar si sa nu uite sa bea lichide.

Supravegherea tranzitului si a diurezei: se tine o evidenta a eliminarilor de urina si fecale.

Saloanele trebuie sa fie bine iluminate, se recomanda evitarea suprafetelor care predispon la accidente si a mobilierului cu muchii ascutite.

Ingrijirea bolnavilor comatosi/inconstienti

Acesti bolnavi nu se pot ingriji singuri si nu isi pot indeplini o mare parte din nevoile fundamentale, de aceea infirmiera are un rol foarte important si deosebit de solicitant.

Ingrijirile acordate de catre infirmiera constau in:

-asigurarea unui climat corespunzator (temperatura intre 18-21° C, aerisirea salonului, aspirarea umeda);

-pozitionarea bolnavului in decubit dorsal cu capul usor inaltat pe o perna si rotat intr-o parte pentru a preveni caderea limbii in posterior;

-asigurarea urinarului sau plostii la pacientii ce nu sunt sondati vezical;

-asigurarea toaletei pe regiuni zilnic precum si toaleta bucala si a parului;

-manevrele de prevenire a escarelor;

-la pacientii ce au reflex de deglutitie alimentatia se face cu lingurita si se asigura ca pacientul mesteca bine bolul alimentar.

Ingrijirea bolnavilor oncologici sau in stari terminale

Ingrijirile paliative conform definitiei OMS reprezinta ingrijirea totala si activa a pacientilor a caror boala nu mai raspunde la tratamentul curativ. Reprezinta una din sarcinile cele mai grele ale echipei medicale. Scopul ingrijirilor paliative este asigurarea calitatii vietii pacientului.

Ingrijirea terminala este parte a ingrijirii paliative si se refera la ingrijirea pacientilor a caror moarte este iminenta si poate interveni in decurs de ore sau zile.

În mare sunt aceleasi îngrijiri ca la pacientii comatosi/inconstienti iar comportamentul infirmierei fata de acestia trebuie sa fie intelegator deoarece acesti bolnavi trec prin stari diferite extrem de rapid (de la socul aflarii diagnosticului, agitare, anxietate, frica pana la depresie profunda).

Îngrijirea bolnavilor din sectiile de psihiatrie

Pacientii cu boli psihice necesita îngrijiri aparte deoarece ei pot deveni un pericol atat pentru ei cat si pentru anturaj, moment in care trebuiesc luate o serie de masuri de urgenta.

Rolul infirmierei in îngrijirea bolnavilor de pe sectiile de psihiatrie consta in:

-se asigura conditii speciale de spitalizare: saloane bine aerisite, linistite, cu ferestrele prevazute cu gratii iar prizele sa fie bine izolate;

-se indeparteaza din jurul bolnavului obiectele care pot fi folosite de acesta pentru lovire;

-se asigura igiena generala si corporala (infirmiera are misiunea delicata de a controla in mod discret, de a indruma si la nevoie de a efectua atunci cand este cazul toaleta bolnavului);

-in cazul pacientilor agitati psihic initial se va incerca linistirea bolnavului prin vorba blanda, calma, incercand sa il retina la pat, ulterior se anunta asistenta fara insa a lasa singur bolnavul;

-imobilizarea bolnavului agitat este o masura extrema si se executa de catre cel putin o infirmiera si doua ajutoare.

Tipurile de imobilizari sunt: imobilizarea cu camasa de protectie, imobilizarea cu cearceaf, imobilizarea cu benzi (chingi), imobilizarea prin forta fizica (la nivelul incheieturilor: umeri, articulatia cotului, genunchi).

Îngrijirea pacientilor supusi unor operatii chirurgicale

Preoperator:

-supraveghera indeaproape a pacientului;

-se asigura un climat linistit;

-in seara dinaintea interventiei chirurgicale se practica clisma evacuatoare in vederea golirii intestinului gros;

-se are grija ca in seara dinaintea interventiei chirurgicale, pacientul sa nu mai ingere alimente, bauturi.

Postoperator:

-mobilizarea pacientului se face numai la indicatia medicului;

-schimbarea lenjeriei de pat se face cu grija ca sa nu se deplaseze sonda urinara, tuburile de dren sau pansamentele;

-cand se face patul nu trebuie uitata musamaua sau aleza pentru a nu se pata lenjeria de pat;

-pungile colectoare de urina se schimba numai dupa ce asistenta a notat in foaia de observatie aspectul si cantitatea de urina emisa;

-igiena va fi riguros mentinuta prin toaleta pe regiuni avand grija sa nu se ude pansamentele sau sa se smulga tuburile de dren;

-se efectueaza manerele pentru prevenirea escarelor;

-alimentatia se face la indicatia medicului in functie de patologie.

12. MASURI DE PRIM AJUTOR

Primul ajutor reprezinta luarea imediata a acelor masuri care sa duca la salvarea vietii si prevenirea complicatiilor la nivelul diferitelor parti ale corpului.

Este necesar ca persoana care acorda primul ajutor sa respecte cateva reguli, cum ar fi:

- indepartarea tuturor factorilor care ameninta viata bolnavului (de exemplu in cazul asfixiilor cu gaze, pacientul este scos rapid din mediul toxic, la aer curat).

- acordarea primului ajutor se face la locul accidentului sau in imediata lui apropiere, de asemenea se indeparteaza toate persoanele de prisos din jurul acestuia pentru a se putea acorda ajutorul medical cat mai rapid;

- dupa asezarea bolnavului intr-o pozitie comoda si indepartarea hainelor, se trece la examinarea semnelor vitale cum ar fi: puls, respiratie, temperatura, stare de constienta;

- dupa acordarea primului ajutor si scoaterea bolnavului din pericol, se asigura transportul pana la cel mai apropiat spital;

- in cazul in care exista mai multi accidentati, se va face triajul foarte atent, in functie de gravitatea afectarii.

A B C reprezinta o formula mnemotehnica de asociere a primelor litere ale alfabetului cu ordinea in care trebuie efectuate manevrele necesare salvarii unei victime.

Etapele de actiune în evaluarea functiilor vitale:

A. Airway – Eliberarea cailor aeriene. Menținând deschise si libere caile aeriene se permite circulatia aerului între organism si mediul înconjurator.

B. Breathing – Respiratia - Procesul prin care patrunde aerul în plamâni si se elibereaza dioxidul de carbon în aerul atmosferic.

C. Circulation – Circulatia - Circulatia sângelui prin organism.

Caile aeriene (A) ale victimei trebuie curatate si asigurata deschiderea lor (subluxatia mandibulei in cazul in care pacientul are trismus – gura inlestata) pentru a putea efectua manevrele de reluare a miscarilor respiratorii. Pentru curatarea cailor aeriene se folosesc urmatoarele manevre:

- se intinde victima pe spate pe un plan rigid (pentru un sugar sau copil mai mic planul dur poate fi palma salvatorului);

- se curata rapid cavitatea bucala de materialele straine sau secretii cu ajutorul degetelor;

- daca nu se evidentiaza nici o leziune la nivelul gatului sau al cefei se inclina capul victimei pe spate pentru a mentine deschise caile aeriene prin amplasarea unei palme pe fruntea victimei si degetele de la cealalta mana sub partea osoasa a barbiei sale, astfel limba se va ridica din fundul gâtului.

La sugar sau la copilul foarte mic, manevra de inclinare a capului se efectueaza foarte incet, in asa fel incat peretii cailor respiratorii, extrem de subtiri sa nu se cuteze si astfel sa nu astupe caile respiratorii.

Restabilirea respiratiei – breathing (B):

- se asigura ca victima are capul inclinat pe spate;

- cu mana de pe fruntea victimei se strang narile victimei bine, folosind degetul mare si aratatorul;

- salvatorul inspira adanc cu gura deschisa, apoi se aseaza cu gura deschisa cu buzele in jurul buzelor victimei si expira de doua ori complet – in asa fel incat aerul sa intre in plamanii victimei – timp de o secunda pana la o secunda si jumătate pentru fiecare respiratie. Dupa fiecare expiratie se ridica gura si se inspira adanc, repetandu-se procedura.

Pentru sugar si copil mic gura se fixeaza in jurul gurii si nasului victimei, folosind mai putin aer.

Circulatia (C):

-in primul rand se va evalua situatia asigurandu-ne daca victima este constienta, scuturand-o usor si intreband-o daca ne aude, iar daca nu ne aude strigam dupa ajutor. Intre timp, privim, ascultam si pipaim pentru a gasi semnele de respiratie, observand daca toracele victimei se misca in sus si in jos.

-verificam daca exista substante sau corpuri straine in gura victimei, iar daca victima nu respira inclinam capul pe spate pentru deschiderea cailor aeriene (se repeta procedura pentru restabilirea respiratiei, descrisa mai sus).

Pentru a verifica prezenta pulsului la gatul victimei (artera carotida) plimbam doua degete de-a lungul gatului victimei catre marul lui Adam. Apoi mutam degetele alaturate spre partea laterala a gatului victimei, intre trahee si musculatura laterala a gatului. Apasam gradat si ferm pana ce simtim bataile pulsului. Prezenta pulsatiilor semnifica activitatea cardiaca.

Daca exista puls dar nu respira, efectuam manevra de respiratie gura la gura cu frecventa de 12 respiratii pe minut – o respiratie la fiecare 5 secunde.

Daca nu exista puls, se incepe masajul cardiac.

Asezarea corecta a mainilor este importanta pentru a evita fracturarea coastelor sau lezarea organelor interne. Tehnica:

-ne asiguram daca este posibil, ca victima este intinsa pe un plan tare, fara denivelari. Capul trebuie sa fie la acelasi nivel cu corpul sau putin mai jos, pentru a preintampina scaderea cantitatii de sange ce ajunge in creier. Daca este posibil vom ridica un picior pentru a ajuta sangele sa se intoarca la inima.

-ingenunchem la pieptul victimei, in asa fel incat sa fim cu umerii deasupra pieptului victimei. Plimbam degetele catre centrul toracelui victimei, spre stern, unde coastele se leaga de acesta in unghiul format de coaste (popular „lingurica”).

Cu 2 degete in aceasta adancitura, punem podul palmei celeilalte maini la o distanta de doua degete latime deasupra degetelor de la prima mana. Luam prima mana din capul pieptului si o asezam deasupra celei de a doua. Degetele se pot impleti. Nu lasam degetele sa se sprijine pe coaste. Apasam numai cu podul palmei.

Cand ingenunchem, ne asezam in asa fel incat sa fim cu umerii deasupra pieptului victimei, astfel incat in timpul compresiunii toata greutatea noastra sa fie indreptata catre sternul victimei prin mijlocirea podului palmelor. Ne tinem bratele intinse, cu coatele fixate, folosindu-ne bratele ca pe niste pistoane pentru a exercita presiunea.

Cum efectuam compresiunile:

-Dupa ce am gasit pozitia corecta a mainilor pentru efectuarea resuscitarii cardio-pulmonare, impingem in jos sternul de 15 ori (la copil de 5 ori).

-La fiecare apasare impingem in jos rapid si cu forta pana la o adancime de 4-5 cm (la copil 2-4 cm). Lasam toracele sa se ridice dupa fiecare compresie, fara a ridica mainile de pe stern.

Se efectueaza 4 cicluri complete de 15 compresii si 2 respiratii, (la copil 10 cicluri complete de 5 compresii si o respiratie).

Manevra Heimlich este o metoda la care se poate apela intr-o urgenta in care victima se sufoca din pricina astuparii cailor aeriene cu un corp strain. Lovirea spatelui (loviri cu palma in mod repetat si cu forta intre omoplati) se foloseste numai copii si adultii

la care manevra Heimlich nu a fost eficienta pentru dislocarea corpului strain aspirat pe trahee. Cum efectuam aceasta manevra:

-pentru o pozitie corecta plasam degetul mare spre abdomenul victimei, putin mai sus de ombilic si mai jos de coaste si stern.

-daca victima sta in picioare sau asezata pe scaun, ne plasam in spatele ei cu bratele in jurul taliei sale. Apucam pumnul cu cealalta mana si efectuam 4 miscari de impingere in sus, rapid si cu forta.

Pentru copil – ne vom aseza in spatele copilului, cu bratele in jurul taliei lui. Punem pumnul ca si la adult, il prindem cu cealalta mana si efectuam 4 miscari de impingere in sus, rapid si cu forta. S-ar putea sa fie necesara repetarea manevrei de 6 pana la 10 ori.

Daca pacientul poate vorbi, tusi sau respira nu se intervine in nici un fel in timpul eforturilor pe care le face de a arunca afara prin tuse un obiect aspirat.

Metoda Heimlich pe o victima intinsa pe jos:

-incalcecam pacientul si punem podul palmei pe abdomenul ei, putin mai sus de ombilic si sub coaste. Punem mana libera deasupra celeilalte, ne fixam cu coatele intinse, efectuam 4 impingeri in jos si inainte, rapid si cu forta, catre cap.

13. NOTIUNI GENERALE DE COMPORTARE SI DE PROTECTIE IN CAZ DE DEZASTRE

Gestionarea efectelor medicale ale unui dezastru este una dintre cele mai dificile sarcini care trebuiesc indeplinite de catre personalul medical. Este nevoie de cunostinte specifice, de a oferi asistenta medicala de inalta calitate intr-un mediu auster.

Multe dificultati recurente sau probleme care afecteaza raspunsul medical in caz de catastrofe se datoreaza educatiei insuficiente si de instruire a personalului implicat, slaba intelegere a planurilor de dezastru medical, proceduri si protocoale si un nivel scazut de calificare si experienta.

Prin urmare, o educatie si o formare corespunzatoare in toate aspectele legate de medicina de dezastru sunt esentiale pentru planificatori, personalul – cheie – si a tuturor celor implicati in raspuns la dezastre medicale si de sanatate.

Dezastrul – nenorocire mare care se abate asupra unei colectivitati, catastrofa de mari proportii. (sursa DEX).

Dezastrele sunt: naturale (inundatii, furtuni, cutremure de pamant, eruptii vulcanice, seceta, etc.) si provocate de om (razboaie, acte de terorism,dezastre nucleare, incendii, despaduriri, etc.)

In cele ce urmeaza, vom trata cateva din aceste situatii intalnite mai frecvent in tara noastra:

Cutremurul – reprezinta o ruptura brutala a rocilor din scoarta terestra, datorita miscarilor placilor tectonice, care genereaza o miscare vibratoare a solului ce poate duce la victime umane si distrugerii. (sursa IGSU)

Inundatiile - reprezinta acoperirea terenului cu un strat de apa in stagnare sau in miscare, care prin marime si durata poate provoca victime umane si distrugerii materiale, ce deregleaza buna desfasurare a activitatii social – economice din zona afectata. (sursa IGSU).

Tornada – reprezinta furtuna violenta (in forma de vartej) care afecteaza regiuni intinse; vartej de vant devastator cu o arie restransa, adesea insotit de ploii torentiale (sursa DEX).

Incendiul :

1) foc mare care cuprinde (si distruge partial sau total) o cladire, o padure, etc:

2) foc mare care se propaga cauzand mari pierderi materiale. (sursa DEX)

Rolul infirmierelor:

- sa cunoasca si sa aplice reguli de comportament pentru fiecare tip de dezastru in parte;
- sa cunoasca si sa aplice reguli privind limitarea si inlaturarea efectelor dezastrelor;
- sa cunoasca Managementul Situatiilor de Urgenta si organizarea sistemului local pentru situatii de urgenta;
- sa cunoasca obligatiile si drepturile ce decurg din reglementarile domeniului situatiilor de protectie civila;
- sa identifice elementele de baza privind organizarea si desfasurarea adapostirii si evacuarii in diferite situatii;
- sa cunoasca si sa foloseasca mijloace de protectie individuala si colectiva;
- sa cunoasca sistemul de instiintare, avertizare si alarmare a populatiei si sa actioneze conform specificului acestuia;
- sa cunoasca modul de utilizare al apelului de urgenta;
- sa cunoasca modul de comportare in cazul descoperirii munitiilor neexplodate;
- sa cunoasca si sa acorde primul ajutor in diferite situatii;
- sa cunoasca necesitatea si sa utilizeze mijloace de igiena individuale si colective;
- sa-si dezvolte stapanirea de sine si spiritul de solidaritate in situatii de protectie civila;
- sa manifeste o atitudine si un comportament rezonabil in situatii de urgenta.

Continuam cu cateva masuri ce pot fi aplicate in diferite situatii de urgenta, intalnite in tara noastra, cum ar fi:

In cazul cutremurelor:

- nu fugiti pe usa, nu sariti pe fereastră, nu alergati pe scari, nu utilizati liftul, evitati aglomeratia, imbulzeala, iar daca este posibil deschideti usa incaperii spre exterior pentru a preveni blocarea acesteia, in vederea evacuarii dupa terminarea miscarii seismice;
- nu alergati in strada;
- nu parasiti imediat cladirea in care v-a surprins seismul. Acordati ajutor celor afectati de seism. Calmati persoanele intrate in panica sau speriate.
- ajutati pe cei raniti sau prinsi sub mobilier, obiecte sau elemente usoare de constructii, sa se degajeze. Nu miscati ranitii grav – daca nu sunt in pericol imediat de a fi raniti suplimentar din alte cauze – pana la acordarea primului ajutor medical calificat;
- ingrijiti-va de siguranta pacientilor asigurandu-le imbracaminte si incaltaminte corespunzatoare sezonului in care s-a declansat seismul, in vederea unei eventuale evacuari din cladire pentru o perioada anume de la cateva ore la cateva zile;
- la evacuare, dati prioritate celor raniti, copiilor, femeilor si ascultati recomandarile celor ce va salveaza;
- nu utilizati telefonul decat pentru apeluri la salvare, la pompieri sau la institutia insarcinata oficial in privinta interventiei post-dezastru in cazuri justificate, spre a nu bloca circuitele telefonice;
- daca este posibil inchideti sursele de foc cat puteti de repede, iar daca s-a declansat un incendiu cautati sa-l stingeti prin forte proprii;
- verificati starea instalatiilor electrice, gaze, apa, canal, verificati vizual starea constructiei in interior. In cazul constatarii de avarii, inchideti alimentarea locala sau generala si anuntati unutatea pentru interventie. Nu folositi foc deschis.

-ajutati echipele de salvare facand evacuarea ranitilor dupa ce triajul a fost efectuat de catre un medic, cunoscand regurile triajului dupa felul etichetarii:

eticheta rosie corespunde prioritatii de evacuare si e rezervata victimelor ce necesita ajutor imediat;

eticheta galbena determina a doua prioritate si corespunde victimelor ce necesita ajutor dar a caror viata nu e in pericol imediat;

eticheta verde va marca ranitii ce prezinta a treia prioritate de evacuare, ale caror leziuni sunt minore si nu necesita o ingrijire deosebita;

eticheta neagra este rezervata decedatilor sau a celor cu leziuni fatale si fara speranta;

-parasiti cladirea fara a lua lucruri inutile.

In cazul incendiilor si intoxicatiilor cu monoxid de carbon masurile de urgenta vor fi urmatoarele:

-scoaterea victimelor din mediul periculos iar daca victima este cuprinsa de flacari, acestea se vor stinge folosind paturi, cearceafuri, haine. In lipsa acestor mijloace, flacarile pot fi stinse prin rostogolirea victimei pe pamant, turnare de apa, acoperire cu zapada.

-la nevoie, se executa resuscitarea cailor respiratorii, iar daca exista conditii se va administra oxigen.

-transportul victimei se va face urgent, in maxim 3 ore de la afectarea victimei.

NU AVEM VOIE URMATOARELE:

-sa indepartam hainele sau corpii straini de pe victima (sunt manevre socogene si care expun la infectare);

-nu aplicam nimic pe portiunile arse (unguente, sare, ulei, albus de ou, etc.) ci le vom acoperi cu pansamente aseptice mari sau cu prosoape, cearceafuri, realizandu-se astfel izolarea termica si protectia antiinfectioasa.

Setea se va combate prin umezirea buzelor cu apa. Se permite ingerarea de cantitati mici de lichide.

In fata unei victimei cu arsuri, trebuie actionat ca si in fata unui politraumatizat, deoarece de multe ori aceasta poate prezenta leziuni organice mult mai grave decat leziunea de la suprafata pielii. De exemplu in cazul unui incendiu victimele pot prezenta pe langa arsuri cutanate si intoxicatii cu CO sau leziuni determinate de inhalarea fumului.

De aceea, primul gest va fi evaluarea functiilor vitale (ABC) si daca e nevoie resuscitarea cardio-respiratorie si abia apoi se vor evalua arsurile. In caz de arsuri se va proceda la dezbracarea victimei cu mare atentie. Se va administra oxigen pe masca.

Intoxicatia cu fum, se produce de obicei in timpul incendiilor, fumul fiind nociv atat prin monoxidul de carbon pe care-l contine cat si prin efectul iritant la nivelul cailor respiratorii superioare.

Manifestari clinice: cefalee, agitatie, tulburari de constienta pana la coma, depozite de funingine la nivelul orificiilor nazale, a gurii si a faringelui, tuse, dispnee, voce ragusita, semne ale intoxicatiei cu CO.