

BIBLIOGRAFIE CONCURS INFIRMIERA DEBUTANTA

- 1. PROGRAM NATIONAL DE PREGATIRE A INFIRMIERELOR-
OAMGMAM ROMANIA-EDITURA ALMA MATER-2012*
- 2. ORDINUL 219/2002 PRIVIND GESTIONAREA DESEURILOR
REZULTATE DIN ACTIVITATEA MEDICALA*
- 3. ORDINUL 916/2006 PRIVIND SUPRAVEGHEREA SI
CONTROLUL INFECTIILOR NOSOCOMIALE IN UNITATILE
SANITARE*

TEMATICA CONCURS INFIRMIERA DEBUTANTA

- PROGRAM NATIONAL DE PREGATIRE A INFIRMIERELOR-
OAMGMAM ROMANIA-EDITURA ALMA MATER-2012
MODULUL III-TEHNICI DE INGRIJIRE, CAP.A PUNCT 6,
CAP.B PUNCT 1-8, CAP.C PUNCT 3
MODULUL V-COMUNICAREA INTERACTIVA SI LUCRUL IN
ECHIPA MULTIDISCIPLINARA PUNCT 7, PUNCT 10*
- ORDINUL 219/2002 PRIVIND GESTIONAREA DESEURILOR
REZULTATE DIN ACTIVITATEA MEDICALA
CAP.II DEFINITII, CAP.III CLASIFICARI, CAP.V
AMBALAREA DESEURILOR, CAP.VI DEPOZITAREA
TEMPORARA*
- ORDINUL 916/2006 PRIVIND SUPRAVEGHEREA SI
CONTROLUL INFECTIILOR NOSOCOMIALE IN UNITATILE
SANITARE
ANEXA IV-PRECAUTIUNI UNIVERSALE*

MANAGER,

JR.NEGOESCU COSTEL

APROBAT

15. Am dreptul să mă aștept la faptul că sanctitatea corpului omenesc va fi respectată după moarte.

!!!!!! De ținut minte:

Etica profesională rămâne la baza îngrijirilor acordate acestei categorii de pacienți.

Bolnavul în faza terminală este imaginea cea mai reprezentativă a fragilității condiției umane, a limitelor științelor medicale sau de alt tip, limite pe care uneori nici voința nici competența unor mari profesioniști nu le pot învinge.

Conștientizarea realității că nu poate ieși din această situație, că este "prins" și că trebuie să își trăiască propriul destin într-o manieră care îi sfidează și îi ignoră voința și alegerile personale, îi erodează lent și unilateral rezistența organismului și sentimentul natural al apartenenței la specia umană, dorința firească de supraviețuire.

Apar inevitabil comportamente depresive, rezistențe și refuzuri la îngrijiri absolut necesare, irascibilitate, agresivitate, comportamente de tip suicidal.

10. COMUNICAREA ÎN ECHIPĂ

Caracteristica principală a activității în multe dintre instituțiile sanitare – în special în spitale-este **munca în echipă**.

CE ESTE O ECHIPĂ?

- o echipă are 2 sau mai mulți **membri**
- membrii utilizează **ceea ce știu să facă mai bine**, aptitudinile pe care le au și cunoștințele pe care le dețin
- există **obiective comune** ale tuturor membrilor
- fiecare membru al echipei îndeplinește unul sau mai multe **roluri**
- echipa are o **identitate proprie**
- echipa are **căi de comunicare** specifice , propriul **limbaj, semne** etc..
- **rezultatele** și eforturile echipei sunt **analizate și discutate** de toți membrii săi

Buna comunicare în echipă, înțelegerea avantajelor, dezavantajelor, regulilor muncii în grup, ajută la găsirea unor soluții eficiente pentru problemele ivite.

Echipa este constituită din mai multe persoane care comunică între ele, frecvent, pe o perioadă limitată de timp - membrii echipei medicale sunt într-o permanentă interdependență, având în vedere specificul activității.

Efectele lucrului în echipă :

- modul în care este formată, motivată și coordonată echipa, influențează performanța și realizare a scopului.

Abilități personale necesare lucrului în echipă –considerații practice

- asumarea responsabilității
- îndeplinirea angajamentelor
- participarea la discuții
- ascultarea activă și eficientă
- transmiterea unui mesaj clar

De multe ori, a ști să **ascuți** este mai important decât să vorbești. Cu toate acestea, se aplică cel mai puțin în practică.

O echipă sănătoasă

- are coeziune
- are moralitate
- are respect pentru ceea ce este diferit
- este eficientă
- este deschisă
- cultivă un climat de autenticitate

Cauze pentru care o echipă poate să nu funcționeze:

- echipa are un număr prea mare sau prea mic de membri
- există diferite niveluri de autoritate și diferențele sunt prea mari
- așteptările și obiectivele membrilor echipei sunt divergente
- există o competiție agresivă între membrii echipei
- rolurile în echipă nu sunt echilibrate

COMUNICAREA ÎN SITUAȚII DE CONFLICT

Ce este conflictul?

La baza unui conflict stă, îndeosebi, o comunicare negativă. Realizată între două sau mai multe persoane, aceasta poate include, de exemplu:

- obiecții
- reproșuri
- critici

Dimpotrivă, o comunicare pozitivă între două persoane sau mai multe, în care eventualele probleme sunt abordate și rezolvate, duce la crearea unor zone de înțelegere comună.

Fazele apariției unui conflict sunt:



Cum recunoaștem un conflict?

Putem identifica diferite categorii de **semne** care țin de :

- Comunicare superficială sau marcată de nervozitate
- Discuții în contradictoriu
- Întreruperea comunicării

Relațiile personale:

- rezervă
- ostilitate
- agresivitate
- evitarea unor contacte sociale directe

Starea psihică a unei persoane:

- atitudine morocănoasă
- supărare

Cum se pot spune cuiva lucruri neplăcute?

Nimănui nu-i place să i se spună că este de dorit să-și schimbe comportamentul. Cu toate acestea, sunt momente, când într-o echipă trebuie să i se comunice unui membru lucrurile pe care echipa le consideră incomode sau inacceptabile. De aceea, sunt necesari următorii pași:

- tratarea persoanei în cauză cu respectul cuvenit
- purtarea discuției într-un loc unde să nu fie auzită sau întreruptă
- comunicarea situației care perturbă funcționarea echipei
- formularea părerilor și sentimentelor în mod deschis
- implicare în rezolvarea conflictului
- abordarea unor tehnici care să sublinieze importanța respectului, a susținerii și a colaborării în echipă

Pe parcursul colaborării în echipă se pot ivi divergențe, neînțelegeri între membrii acesteia, care impun o abordare managerială a conflictului și chiar folosirea unor tehnici de negociere.

Principalele caracteristici ale unei comunicări defectuoase:

- Atacul la persoană: condamnați persoana în loc să-i criticați acțiunile și comportamentele care vă supără
- Apărarea : percepeți reproșurile care vă sunt făcute ca un atac la persoană și mai curând vă apărați, printr-o respingere globală, sau un contraatac, decât să căutați să vedeți dacă reproșurile sunt cât de puțin justificate.
- Infailibilitatea: viziunea Dvs. asupra problemei este cea mai bună și nu acceptați nici o discuție.
- Sentimentul nedreptății: sunteți ferm convins că aveți dreptate și că sunteți victima nedreptății.
- Ermetismul: vă disimulați sentimentele reale (în special cele care vă trădează vulnerabilitatea) de teamă că vă pun în evidență slăbiciunea și ignorați sentimentele reale ale celuilalt, de teamă ca ele să nu vă atingă.
- Descentrarea: vă pierdeți în acuzații și în reproșuri secundare, în loc să vă dezvăluiți direct sentimentele profunde.
- Deziluzia: „nu servește la nimic să discutați, oricum persoana cu care aveți conflictul nu se va schimba niciodată”.
- Agresivitatea: folosiți expresii sau intonații ale vocii, incisive și umilitoare ca, în mod voit să vă accentuați amărăciunea și furia.
- Retragerea în sine: refuzați dezbateră, pentru că sunteți convins că dreptul Dvs. este evident sau că tratamentul care vi se rezervă este nedemn de Dvs.

!!!!!!! De ținut minte:

- Reguli de bază pentru o comunicare eficientă:
- Criticați comportamentul, atitudinea, și NU persoana.
- Explicați-vă opinia pentru a informa, NU pentru a convinge.
- Informați pentru a clarifica, și NU pentru a justifica.
- Ascultați pentru a înțelege, și NU pentru a găsi lipsurile.
- Evitați să spuneți „ ÎNTOTDEAUNA” și „ NICIODATĂ”.
- Alegeți bine locul și momentul.

7. COMUNICAREA CU DIFERITE TIPURI DE PERSOANE

La terminarea acestui capitol infirmiera va fi capabilă să:

- ✓ Recunoască particularitatea diferitelor tipuri de persoane
- ✓ Comunice eficient raportându-se la fiecare tip în parte.

Valorizarea persoanei îngrijite

Înainte de a fi pacient, orice individ uman adus în situația de a necesita îngrijiri de ordin medical, rămâne ancorat în condiția de ființă umană.

Din propria experiență știm că ne deosebim unii de alții prin valorile care ne caracterizează.

Oricare individ se prezintă într-un mediu spitalicesc pentru îngrijiri este, prin urmare, un sistem complex, format în timp, cu eforturi, cu suferință și, în plus, cu un element nou care amenință, ca un nor întunecat, liniștea și echilibrul acestui sistem: boala.

Ceea ce îi "spune" o boala persoanei bolnave, mesajul fără cuvinte pe care suferința îl transmite subtil conștiinței unui pacient este, în cea mai succintă formă, unul de acest gen: "nu funcționezi bine, deci ești imperfect → dacă ești imperfect ești inferior → dacă ești inferior, înseamnă că nu valorezi prea mult". Foarte adânc, în interiorul nostru, de multe ori la nivel inconștient, acolo unde încep și, din păcate, uneori cresc neîncrederea și temerile noastre, boala reușește să inducă astfel de distorsiuni ale realității, prejudecăți denumite "distorsiuni cognitive".

Locul cel mai expus, partea cea mai fragilă a sistemului uman, aceea în care influența unor astfel de distorsiuni are cel mai puternic impact este psihicul. Iar în interiorul acestuia edificiul cel mai "zdruncinat" este și cea mai grea și mai investită cu importanta achiziție a fiecărei persoane: setul de valori proprii.

Este ușor de imaginat cât de expus se simte un individ al cărui set de valori trebuie să treacă și să depășească realitatea de a suferi de o boală, fie ea curabilă, fie incurabilă.

Pentru unii pacienți, a te lăsa ajutat este semn de slăbiciune umană și, în funcție de educația și cultura proprie, de mediul din care provin sau de experiența de viață, ei pot considera acest lucru ca fiind ceea ce ne diminuează valoarea personală. Acest lucru – într-o astfel de perspectivă – devine o amenințare a valorii personale, prin urmare pacientul, în fața amenințării, va deveni irascibil ori, după tipul său de personalitate, anxios, insistent, panicat, rezistent la îngrijiri ori chiar violent.

O comunicare verbală pe un ton dur, prea științific, ridicat, o atitudine rece, disprețuitoare, uneori chiar lipsa atenției acordate persoanei îngrijite, "taie", ca un cuțit într-o rană proaspătă, în interiorul psihic sau sufletesc, deja suferind al pacientului. O astfel de comunicare îi confirmă pacientului, de multe ori fără intenția personalului medical, că este slab, inferior, devalorizat.

Chiar și pentru persoanele cu caracter puternic boala este un tărâm înghețat în care se simt singuri și fără ajutor.

Ca și pacienții, personalul medical vine cu vieți complexe, cu dificultăți proprii, cu temeri și neajunsuri personale. Ceea ce însă nu se epuizează niciodată într-un sistem atât de complicat, totodată puternic și fragil cum este ființa umană, este înțelegerea: empatia umană, apropierea de semenii: căldura umană. Acestea nu costă, nu necesită instrumente, aparatură sau timp!!!

Cuvintele rostite cu sinceritate, privind în ochii persoanei îngrijite, pe un ton calm, cu inflexiuni armonioase, liniștitoare, cu seninătate și înțelegere au o proprietate miraculoasă, aceea de a merge până în acel tărâm pustiu și înghețat în care bolnavul se simte singur și amenințat. De aceea, suplimentar la mesajul real al cuvintelor ce i se adresează, pacientul va „auzi”: "își vorbesc ca unui om → dacă te consider om înseamnă că te consider important → dacă ești important, înseamnă că ești valoros → valoarea ta se păstrează chiar dacă depinzi de îngrijirile mele".

De asemenea nici această succesiune de judecăți nu va fi auzită, conștientizată ca atare de persoana îngrijită, dar acest mesaj, va funcționa în interiorul său în momentul în care resursele sale fizice diminuate vor antrena automat tulburări, neliniști și anxietăți în echilibrul sau psihic.

ATITUDINI ÎN COMUNICARE

- La primirea pacientului arătați deschidere, respect, politețe.
- Întrebați pacientul cu ce îl puteți ajuta și arătați-vă disponibilitatea.
- Încurajați pacientul să pună întrebări.
- Ascultați cu atenție ceea ce pacientul spune.
- Încercați să vă puneți în locul pacientului și să răspundeți la ceea ce el simte.
- Rugați pacientul să repete instrucțiunile secției.
- Spuneți pacientului că poate să vă contacteze ori de câte ori are probleme sau îngrijorări.

COMUNICAREA CU DIFERITE TIPURI DE PERSOANE

Persoane în stare de nervozitate:

- acceptarea părerilor
- ajutorarea pentru a găsi cauza
- să nu răspundem la "nervi" prin nervi

Persoane violente:

- identificarea celor cu potențial violent
- informarea tuturor membrilor echipei
- identificarea cauzelor
- NU de recomandă atingerea
- NU se fac mișcări bruște
- se comunică numai cu fața către pacient
- se va păstra distanța care să asigure securitatea
- se vor discuta doar lucrurile importante

Persoanele care plâng:

- asigurăm și respectăm intimitatea
- folosim comunicarea prin atingere
- o lăsăm să plângă, iar după ce s-a oprit o ajutăm să identifice cauza

Persoanele depresive:

- folosim întrebări scurte, la obiect

Persoanele care vorbesc alta limbă:

- se evită expresiile argotice
- se folosesc fraze scurte
- se poate apela la translator (dar acesta va interpreta exact ceea ce i se spune)

Persoane în stare gravă:

- se utilizează întrebări scurte
- se evită vorbitul în șoaptă

Persoane cu probleme auditive:

- se vorbește în față (pentru a fi observată mișcarea buzelor)
- se verifică existența protezei auditive și starea de funcționare a acesteia
- nu vom mesteca guma și nu ne vom acoperii fața în timpul comunicării
- se va ridica puțin tonul
- se utilizează vorbirea teatrală (cu emfază)
- se repetă doar cuvântul neînțeles
- se discută cu calm și răbdare
- se poate apela la un interpret, dar acesta poate denatura uneori sensul conversației

Persoane cu tulburări vizuale:

- prezentarea la intrarea în cameră
- se va explica fiecare zgomot din încăpere
- i se vorbește înainte de a-l atinge

- i se explica fiecare manevră

Persoane cu disfazie și afazie:

- se evaluează timpul, eventual stadiul tulburărilor
- se folosesc întrebări scurte
- i se oferă răgaz pentru a-și alege cuvintele

!!!!!!! De ținut minte:

Oricare individ se prezintă într-un mediu spitalicesc pentru îngrijiri este, prin urmare, un sistem complex, format în timp, cu eforturi, cu suferință și, în plus, cu un element nou care amenință, ca un nor întunecat, liniștea și echilibrul acestui sistem: boala.

Ca și pacienții, personalul medical vine cu vieți complexe, cu dificultăți proprii, cu temeri și neajunsuri personale. Ceea ce însă nu se epuizează niciodată într-un sistem atât de complicat, totodată puternic și fragil cum este ființa umană, este înțelegerea: empatia umană, apropierea de semenii: căldura umană. Acestea nu costă, nu necesită instrumente, aparatură sau timp!!!

Cuvintele rostite cu sinceritate, privind în ochii persoanei îngrijite, pe un ton calm, cu inflexiuni armonioase, liniștitoare, cu seninătate și înțelegere au o proprietate miraculoasă, aceea de a merge până în acel tărâm pustiu și înghețat în care bolnavul se simte singur și amenințat.

8. COMUNICAREA VEȘTILOR PROASTE

La terminarea acestui capitol infirmiera va fi capabilă să:

- o Dețină cunoștințele teoretice și practice de abordare a situațiilor critice (vești proaste)

Este cunoscut faptul că *în atribuțiile infirmierei, nu intră comunicarea veștilor proaste* pacienților sau aparținătorilor acestora. Intră în sarcina medicului de a face aceste demersuri.

Câteva noțiuni sunt însă necesare pentru a fi aduse și infirmierelor, acestea fiind membre active în acordarea îngrijirilor pacienților.

Marea majoritate a oamenilor au capacitatea de a comunica. Ei se înscriu în sfera normalității deoarece reușesc în cursul procesului de comunicare să trimită și să primească informații într-o manieră care să asigure armonia la nivelul sistemului individual (omul către sine însuși), familial (în cadrul propriei familii) sau social (în relațiile cu alți oameni).

Datorită complexității vieții, încă din primele timpuri ale umanității, specia umană a învățat să dea importanță acelor informații care erau semnificative în primul rând pentru supraviețuire iar acest model de atribuire a importanței este cel care funcționează predominant în sistemul sanitar.

Prin prisma necesității unei înțelegeri cât mai depline a ceea ce se comunică între medic, asistent, infirmier și pacient este imperativ să se cunoască particularitățile și ceea ce este general valabil într-un proces de comunicare, iar aspectele care trebuie luate în considerație sunt multiple și sunt obiect de studiu al acelor științe care se ocupă cu studiul comportamentului uman. Ele trebuie cunoscute și învățate de către persoanele care lucrează în sistemul sanitar întrucât o comunicare corectă este baza competenței profesionale, ducând chiar la creșterea acesteia. De asemenea, din punct de vedere etic, într-un mediu cu specific medical, a comunica (având cunoștințe despre procesul comunicării) cu persoane cu nevoi de îngrijire, poate asigura diminuarea anxietății acestora și poate susține medicul sau alta categorie medico-sanitară în

3. ÎNGRIJIRI SPECIFICE ALE PACIENȚILOR DIN SECȚIILE DE PSIHIATRIE

Obiective generale:

- Însușirea principalelor noțiuni teoretice cu privire la sănătatea mintală;
- Dezvoltarea abilităților de a recunoaște o tulburare psihică;
- Dezvoltarea abilității de abordare a pacientului cu tulburări mintale;
- Dezvoltarea capacităților de identificare a principalelor nevoi ale acestui tip de pacient;
- Cunoașterea legislației în materie, precum și a drepturilor bolnavului psihic.

Tulburările psihice sunt o importantă sursă de dizabilități. Cinci din primele 10 poziții ale ierarhiei bolilor în funcție de capacitatea de a genera dizabilități sunt ocupate de tulburări psihice. Prevalența pe viață a acestor boli este de aproximativ 33%, ceea ce înseamnă că unul din trei oameni va avea, la un moment dat pe parcursul vieții, o tulburare psihică diagnosticabilă prin criteriile internațional acceptate. Există suficienți factori care au favorizat în ultimul deceniu creșterea acestor valori în raport cu media europeană:

- deteriorarea generală a stării de sănătate a populației;
- expansiunea abuzului și a dependenței de substanțe psihoactive;
- creșterea ratei suicidului;
- suprasaturarea cu factori de stres a societății (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai),
- creșterea frecvenței comportamentelor agresive și violente.

Îngrijirile de sănătate mintală în România se concentrează în prezent în spitalele de psihiatrie. În opinia publică persistă imaginea negativă a bolii psihice, a suferințelor de aceste boli, a spațiilor de îngrijire și chiar a celor care îngrijesc acești pacienți.

Prin natura sa particulară, boala mintală se deosebește de restul patologiei. Afectarea personalității de către procesul de îmbolnăvire duce la o schimbare de diferite forme și grade de profunzime a naturii umane. Aceste particularități ne obligă să insistăm asupra analizei bolii mintale, pentru a putea înțelege natura persoanei bolnavului psihic. Orice boală mintală este o suferință care interesează în diferite grade întreaga personalitate a individului, luând forme clinice dintre cele mai diferite. Bolnavul psihic este persoana care prezintă modificări psihice de diferite feluri și în diferite grade. Aceste modificări pot fi :

- neadaptare la realitate;
- stare de oboseală, cu performanțe intelectuale scăzute;
- variații emoționale;
- tulburări de conștiință;
- tulburări de gândire;
- dificultăți de activitate;
- tulburări de comportament;
- tulburări de identitate;
- tulburări de percepție (iluzii, halucinații).

3.1. ÎNGRIJIREA PACIENTULUI DEPRESIV

Depresia este una din cele mai frecvente și mai grave tulburări psihice în patologia psihiatrică. Amploarea ei este relevantă: 15-20% din cadrul populației prezintă de obicei o dată sau de mai multe ori pe parcursul existenței stări depresive care, nediagnosticate și netratate la timp și eficient, pot deveni fatale pentru mulți pacienți. O serie de simptome se pot observa în dispoziția, gândirea, comportamentul și fiziologia persoanei depresive:

- dispoziție depresivă;
- scădere marcată a interesului sau plăcerii pentru orice sau pentru cea mai mare parte a activităților;
- scădere sau creștere semnificativă în greutate prin scăderea sau creșterea apetitului alimentar;
- perturbarea somnului prin insomnie sau hipersomnie;
- neliniște sau lentoare psiho - motorie;
- oboseală sau pierderea energiei;
- sentimente de inutilitate sau vinovăție excesivă sau inadecvată;
- capacitate scăzută de concentrare, indecizie;
- gânduri legate de moarte, tentativă suicidală sau un plan specific de suicid,
- halucinații – voci defăimătoare sau mirosuri și gusturi dezagrabile.

Depresia diminuează întotdeauna dorința de a trăi și favorizează apariția dorinței - mai mult sau mai puțin evidente - de a muri.

! Faptul că fiecare depresiv este posibil să prezinte idei suicidale sau să comită un act suicidal, trebuie reținut ca fiind o regulă.

Pentru depresivi ideile de suicid sunt doar simptome ale depresiei. În cadrul acestui grup de pacienți se produc cele mai frecvente cazuri de sinucidere în condiții de spitalizare.

Riscul de sinucidere este cu atât mai mare cu cât depresivii sunt izolați social și afectiv și cu cât au în antecedentele familiale sau personale sinucideri, respectiv tentative de suicid.

Ideația și comportamentul suicidal reprezintă unele dintre cauzele frecvente ale pacienților care apelează la serviciile de urgențe psihiatrice și ca atare, din primele momente ale internării, ei trebuie să beneficieze de cele mai adecvate măsuri antisuicidale și în mod deosebit, cei cu un suport social redus și acompaniați de consum de toxice. Suicidul poate fi definit ca un act voluntar realizat sub imperiul dorinței de a muri, iar tentativa, eșecul unui suicid.

În perioade dificile ale existenței, în special în adolescență, ori cu ocazia unor evenimente de viață stresante, greu de acceptat și depășit (eșecuri, îmbolnăviri grave) preocupările suicidale se întâlnesc frecvent.

! Orice idee sau tentativă de suicid este un apel pentru ajutor autentic, care trebuie recunoscut ca atare de către anturaj și terapeuți.

În profilaxia suicidului, în spitalele de psihiatrie, atitudinea binevoitoare a personalului îngrijitor, a medicului, psihologului, asistenților și infirmierelor joacă un rol foarte important.

Actele suicidale comise în condiții de spitalizare într-o unitate de asistență psihiatrică sunt asociate cu lipsa personalului și deficiențe de organizare. În toate cazurile studiate este vorba de pacienți cu tulburări psihice preponderent de tip depresiv, discordant, delirant. Săvârșirea actului parcurge o stadializare, pe parcursul căreia se poate interveni eficient.

La baza supravegherii bolnavului trebuie să stea o relație de stimă și încredere reciprocă între el și personalul medical îngrijitor, pentru că o simplă supraveghere riscă să fie interpretată de pacient ca o formă de spionaj și neîncredere, ceea ce duce la o stare de anxietate.

Principalele atribuții ale unei infirmiere în cazul unui pacient depresiv sunt:

- Supraveghere permanentă cu atenție și bunăvoință;

3. ÎNGRIJIRI SPECIFICE ALE PACIENȚILOR DIN SECȚIILE DE PSIHIATRIE

Obiective generale:

- Însușirea principalelor noțiuni teoretice cu privire la sănătatea mintală;
- Dezvoltarea abilităților de a recunoaște o tulburare psihică;
- Dezvoltarea abilității de abordare a pacientului cu tulburări mintale;
- Dezvoltarea capacităților de identificare a principalelor nevoi ale acestui tip de pacient;
- Cunoașterea legislației în materie, precum și a drepturilor bolnavului psihic.

Tulburările psihice sunt o importantă sursă de dizabilități. Cinci din primele 10 poziții ale ierarhiei bolilor în funcție de capacitatea de a genera dizabilități sunt ocupate de tulburări psihice. Prevalența pe viață a acestor boli este de aproximativ 33%, ceea ce înseamnă că unul din trei oameni va avea, la un moment dat pe parcursul vieții, o tulburare psihică diagnosticabilă prin criterii internațional acceptate. Există suficienți factori care au favorizat în ultimul deceniu creșterea acestor valori în raport cu media europeană:

- deteriorarea generală a stării de sănătate a populației;
- expansiunea abuzului și a dependenței de substanțe psihoactive;
- creșterea ratei suicidului;
- suprasaturarea cu factori de stres a societății (declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai),
- creșterea frecvenței comportamentelor agresive și violente.

Îngrijirile de sănătate mintală în România se concentrează în prezent în spitalele de psihiatrie. În opinia publică persistă imaginea negativă a bolii psihice, a suferințelor de aceste boli, a spațiilor de îngrijire și chiar a celor care îngrijesc acești pacienți.

Prin natura sa particulară, boala mintală se deosebește de restul patologiei. Afectarea personalității de către procesul de îmbolnăvire duce la o schimbare de diferite forme și grade de profunzime a naturii umane. Aceste particularități ne obligă să insistăm asupra analizei bolii mintale, pentru a putea înțelege natura persoanei bolnavului psihic. Orice boală mintală este o suferință care interesează în diferite grade întreaga personalitate a individului, luând forme clinice dintre cele mai diferite. Bolnavul psihic este persoana care prezintă modificări psihice de diferite feluri și în diferite grade. Aceste modificări pot fi :

- neadaptare la realitate;
- stare de oboseală, cu performanțe intelectuale scăzute;
- variații emoționale;
- tulburări de conștiință;
- tulburări de gândire;
- dificultăți de activitate;
- tulburări de comportament;
- tulburări de identitate;
- tulburări de percepție (iluzii, halucinații).

- Retragera tuturor obiectelor periculoase (brici, lame de ras, instrumente ascuțite, tăioase sau contondente, curele, cordoane) care se pot afla asupra pacientului;
- Asigurarea unei prezențe liniștitoare în jurul pacientului;
- Încurajarea pacientului să participe la diferitele activități din cadrul secției (ergoterapie, meloterapie);
- Responsabilizarea pacientului prin îndeplinirea unor activități din secție (udatul florilor, menținerea curățeniei în propriul salon).

De tinut minte !!!

Îngrijirile și intervențiile întregului personal dintr-o secție de psihiatrie sunt axate pe valorizarea persoanei, creșterea stimei de sine și combaterea izolării sociale a pacientului. Cu toate acestea, supravegherea pacientului depresiv trebuie efectuată în orice moment din zi și din noapte.

3.2. ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU SCHIZOFRENIE

Schizofrenia reprezintă un grup de tulburări mentale, cu debut la adolescent sau adultul tânăr, în care realitatea este interpretată în mod anormal. Schizofrenia se caracterizează prin halucinații, delir, comportament și gândire dezorganizată.

Persoanele cu schizofrenie se izolează de ceilalți oameni și de activitățile din jurul lor, retrăgându-se într-o lume interioară marcată de psihoză. Boala este cronică, necesită tratament pe toată durata vieții.

Simptomele schizofreniei pot fi ameliorate, permițând pacientului să aibă o calitate a vieții bună. Există mai multe tipuri de schizofrenie, astfel că semnele și simptomele variază. În general, aceste simptome includ:

- credințe care nu se bazează pe realitate (delir), cum ar fi credința pacientului că cineva uneltește împotriva lui;
- halucinații auditive sau vizuale (pacientul aude și vede lucruri care nu există); mai frecvente sunt halucinațiile auditive;
- vorbire incoerentă;
- neglijarea igienei personale;
- manifestări agresive;
- comportament catatonice;
- senzație persistentă că este urmărit,
- izolare socială;
- neîndemănare, mișcări necoordonate.

Una dintre cele mai importante manifestări în cazul unui pacient cu schizofrenie (dar care nu se întâlnește doar la aceștia) este agitația psihomotorie. Pentru prevenirea lovirii sau vătămării pacientului sau a celorlalți pacienți se folosește metoda de contenționare.

! Prin contenționare se înțelege restricționarea libertății de mișcare a unei persoane prin folosirea unor mijloace adecvate pentru a preveni mișcarea liberă a unuia dintre brațe, a ambelor brațe, a unei gambe sau a ambelor gambe sau pentru a-l imobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale.

Conținționarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți. Se folosește doar la indicația medicului, iar pentru aplicarea acestei măsuri de imobilizare trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii. Pe toată durata conținționării (maxim 4 ore) pacientul trebuie să fie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice, de confort și siguranță sunt îndeplinite.

Principalele atribuții ale unei infirmiere în cazul unui pacient agitat sunt:

- Anunțarea de urgență a asistentelor din secție și supravegherea acestuia până la luarea deciziei de către medic a conțenționării;
- Participarea la imobilizarea pacientului în cămașa de forță (cu ajutorul și îndrumarea asistentelor din secție);
- Supravegherea pacientului conțenționat și hidratarea acestuia în caz de nevoie;
- Deconțenționarea pacientului după cel mult 4 ore și alimentarea acestuia;
- Ajutarea asistentelor care monitorizează funcțiile vitale.

De tinut minte !!!

- Pacientul cu potențial agresiv trebuie supravegheat pentru a preveni orice formă de violență, îndreptată spre sine sau spre ceilalți, în orice moment din zi și din noapte;
- Niciodată nu se abordează un pacient agresiv de către o singură persoană (pentru imobilizare sunt necesare minim 3 persoane);
- Pacientul imobilizat trebuie supravegheat pentru evitarea accidentelor din timpul imobilizării (strangulare cu cămașa de forță, sufocare cu lenjeria de pat).

3.3. ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DEPENDENȚĂ CRONICĂ ALCOOLICĂ

Alcoolismul reprezintă o problemă extrem de importantă în zilele noastre. Aproximativ 3 adulți din 10 consumă alcool și au probleme din această cauză. Orice persoană care nu este capabilă să-și controleze apetitul excesiv pentru alcool este posibil să sufere de alcoolism sau de dependență de alcool. Desigur, nu orice consum de băuturi alcoolice al unui adult poate fi etichetat ca fiind periculos. Conform unor cercetări recente, limita dintre consumul inofensiv și cel dăunător sănătății este de 40 de grame alcool pur pe zi pentru bărbați (aproximativ 0,1 l de țarie, 0,4 l de vin sau 1 l de bere) și jumătate din această cantitate pentru femei.

Abuzul de alcool, înseamnă dobândirea unor obiceiuri nesănătoase și chiar periculoase în legătură cu consumul de alcool, în sensul unui consum exagerat sau inadecvat. Dependența de alcool are și un impact social neplăcut, de multe ori întâlnirea cu alte persoane din entourage poate deveni neplăcută datorită acestui obicei. În unele cazuri poate avea și implicații legale, cum este de exemplu șofatul sub influența alcoolului. Dacă consumul excesiv de alcool nu este tratat corespunzător, de cele mai multe ori acesta duce la alcoolism cronic. Putem spune că o persoană suferă de alcoolism atunci când aceasta nu poate să renunțe la consumul de alcool chiar dacă dorește acest lucru. Alcoolismul are o componentă emoțională puternică, în sensul că în această afecțiune există o dependență fizică dar și psihică legată de consumul de alcool. Alcoolismul este caracterizat printr-o dorință exacerbată de a consuma alcool, care poate fi extrem de puternică și care poate avea un impact negativ asupra vieții în general. În timp, sunt necesare cantități tot mai mari de alcool pentru a satisface aceste pofte (pentru ca acesta să-și facă efectul). Persoanele care suferă de alcoolism, pot prezenta iritabilitate, transpirații, tremurături sau alte simptome (de sevraj), în momentul în care încearcă să renunțe la consumul de alcool.

Semne ale dependenței la alcool:

- dorința nestăpânită de a consuma alcool;
- apariția simptomelor de sevraj la întreruperea consumului de alcool (greață, tremurături, transpirații, anxietate);
- necesitatea consumului unor cantități tot mai mari de alcool pentru a obține efectele "plăcute" ale acestuia;

- în ciuda tuturor semnelor negative, se continuă consumul excesiv de alcool și nu se conștientizează gravitatea acestui fapt;
- prezența semnelor fizice de dependență,
- tendința de a ascunde faptul că există o dependență de alcool (fie că persoana în cauză consumă alcool pe ascuns, fie nu recunoaște că bea în cantități excesive).

Principalele atribuții ale unei infirmiere în cazul unui pacient dependent sunt:

- alimentează și hidratează pacienții care nu se pot alimenta singuri, conform indicațiilor asistentei medicale;
- ajută la efectuarea toaletei pacienților cu igienă precară;
- stimularea activităților din timpul zilei, cu respectarea orelor de odihnă.

De ținut minte !!!

Pacienții cu dependență cronică alcoolică trebuie hidratați și supravegheați în mod corespunzător pentru a preveni apariția deshidratării, a căderilor soldate cu traumatisme cranio - cerebrale, pneumoniei.

3.4. ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DEMENTĂ ALZHEIMER

Toate persoanele încep să uite diverse lucruri pe măsură ce înaintează în vârstă. Multe persoane în vârstă au o ușoară pierdere de memorie care nu le afectează viața de zi cu zi. Dar o pierdere a memoriei care se înrăutățește poate fi un semn de instalare a demenței.

Demența este o pierdere a aptitudinilor mentale care afectează viața cotidiană a persoanei în cauză. Ea poate provoca probleme ale memoriei și ale gândirii și capacității de abstractizare. De regulă demența se înrăutățește cu timpul. Durata accentuării simptomelor diferă de la o persoană la alta. Probabilitatea de apariție a demenței crește odată cu înaintarea în vârstă. Acest lucru nu înseamnă că toți oamenii fac demență. Pe măsură ce demența avansează, apare declinul memoriei, gândirii, raționamentului și a capacității de a face și de a duce la îndeplinire planuri. În funcție de tipul de demență, comportamentul persoanei poate scăpa de sub control, pacientul poate deveni neliniștit, agitat sau depresiv.

Simptomele de demență variază în funcție de cauza ei și de localizarea zonei cerebrale afectate. Pierderea memoriei este de obicei simptomul cel mai precoce și cel mai ușor de remarcat. Alte simptome ale demenței sunt:

- dificultate în rememorarea evenimentelor recente și în orientarea temporală (ziua în care ne aflăm);
- nerecunoașterea persoanelor și a locurilor familiare;
- dificultate în găsirea cuvintelor adecvate în exprimarea gândurilor sau în denumirea obiectelor;
- dificultate în efectuarea calculelor matematice, chiar și a celor simple;
- depresia este frecventă, pot apărea de asemenea agitația și agresivitatea;
- neglijarea auto-îngrijirii cum ar fi toaleta sau alimentarea.

Principalele atribuții ale unei infirmiere în cazul unui pacient cu demență sunt:

- alimentează sau ajută pacienții care nu se pot alimenta singuri;
- efectuează și are grijă de igiena individuală a bolnavilor nedeplasabili, ajută bolnavii deplasabili la efectuarea toaletei zilnice;

- încurajează pacientul să meargă la toaletă la ore regulate, cum ar fi la fiecare 2 ore (în caz de incontinență urinară se pot folosi scutece pentru adulți);
- încurajează pacientul să facă plimbări în curte alături de ceilalți bolnavi (pentru prevenirea somnului din timpul zilei);
- îngrijirea pacientului pentru prevenirea apariției escarelor de decubit (răni la nivelul pielii și a țesutului învecinat, apar mai ales la persoanele care stau mult timp la pat);
- ajută la deplasarea pacienților la diferitele investigații și consulturi pe care le efectuează.

De tinut minte !!!

Pacientul cu demență trebuie observat, încurajat și ajutat la activitățile curente din secție - alimentație, toaletă și tratament.

Existența sau apariția unei tulburări psihiatrice poate influența total sau parțial funcționarea unui om, în așa măsură încât acesta nu va putea de unul singur să se adapteze la cerințele unei vieți armonioase în societate. În această situație, omul respectiv este îndrumat spre îngrijire psihiatrică temporară sau permanentă. Cadrul medical se va axa în activitatea sa asupra consecințelor stării de boală având ca scop restabilirea funcționării normale a pacientului. Pentru a realiza aceasta, pacientul va fi ajutat să-și regăsească modul de funcționare normal, ceea ce înseamnă că unii pacienți vor deveni capabili să se îngrijească singuri. Suportul medical rămâne însă permanent, în cazul pacienților cronici.

următoare a bolii. În perioada de stare, accentul trebuie pus pe ridicarea capacității de apărare a organismului și sprijinirea acestuia în lupta contra germenilor patogeni, asigurând pacientului maximum de confort. În perioada de convalescență, gradul de infecțiozitate scade de obicei, în schimb ajung pe primul plan recunoașterea precoce și prevenirea complicațiilor. Infirmiera trebuie să-și adapteze activitatea în diferitele faze ale bolii în vederea prevenirii complicațiilor sau a infecțiilor intraspitalicești.

Prevenirea diseminării infecției și mobilizarea forțelor de apărare ale organismului.

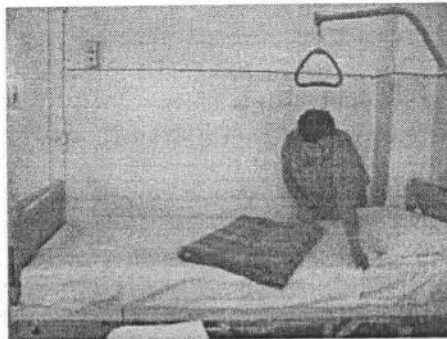
Capacitatea de apărare a organismului fiind diminuată, el este expus la diferite infecții secundare. Alături de asigurarea condițiilor ireproșabile de igienă ale mediului este necesar asigurarea igienei corporale a bolnavului. Lenjeria de corp trebuie să fie totdeauna curată, schimbând-o dacă este nevoie chiar de mai multe ori pe zi. Dacă bolnavul prezintă leziuni cutanate, ca: stafilococii, vezicule de varicelă, etc. lenjeria trebuie să fie sterilă, pentru a preveni suprainfecția acestor leziuni.

Alimentația rațională, atât sub raport cantitativ, cât și calitativ contribuie la menținerea capacității de apărare a organismului. Necesitățile calorice ale organismului trebuie neapărat acoperite, luând în considerare și plusul reclamat de starea febrilă. Alimentația trebuie să cuprindă toate principiile alimentare și să fie bogată în vitamine, conținând o cantitate mai redusă de proteine în cursul perioadei febrile, care trebuie recuperată în convalescență.

B. ÎNGRIJIRI ALE PACIENȚILOR

1. SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT ȘI LENJERIEI PERSONALE

1.1. SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT NEOCUPAT - fără pacient

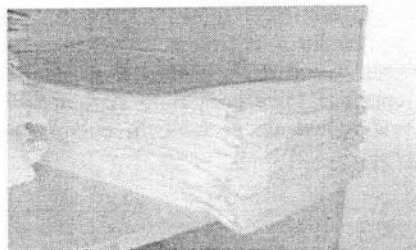


OBIECTIVUL PROCEDURII:

Asigurarea condițiilor de igienă și de confort.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Cărucior pentru lenjerie;
- Mănuși de unică folosință;
- Cearceaf de pat;
- Cearceaf de pătură/plic;
- Fața de pernă;
- Pătură;
- Aleză, mușama (material impermeabil);
- Două scaune cu spetează.



EFFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane):

- Verificați materialele alese;
- Transportați materialele în salon;
- Îndepărtați noptiera de lângă pat;
- Așezați cele două scaune cu spătar, spate în spate lângă patul pacientului, lateral, în partea dreaptă spre capul patului;
- Puneți sacul pentru lenjeria murdară în partea opusă a patului, la picioare;
- Așezați materialele pregătite pe cele două scaune astfel: pătura și cearceaful de pătură pliate în armonică; mușama și aleza rulate din două părți egale până la mijloc; cearșaful de pat rulat la fel; față de pernă.
- Îndepărtați lenjeria murdară și introduceți-o în sacul special pregătit;
- Spălați-vă pe mâini, îmbrăcați mănuși;
- Puneți cearceaful de pat peste saltea la mijloc;
- Întindeți cu o mână o parte a cearceafului spre cap, iar cu cealaltă spre picioare (partea opusă);
- Introduceți cearceaful adânc sub saltea la capetele patului și cu mâna de lângă pat prindeți partea liberă a cearceafului la o distanță de colț egală cu lungimea marginilor care atâră și ridicați-o în sus lângă (pat) saltea;
- Introduceți sub saltea partea din triunghiul format care o depășește, apoi lăsați în jos partea ridicată și introduceți sub saltea restul triunghiului împreună cu partea laterală a cearceafului realizând un plic;
- Procedați la fel și pentru celelalte colțuri;
- Așezați mușama și aleza la mijlocul patului și derulați-le ca pe cearceaful de pat;

- Introduceți mușama și aleza adânc sub saltea pe părțile laterale ale patului;
- Întindeți cearceaful plic în lungimea patului și peste el pătura;
- Introduceți pătura în cearceaf și fixați colțurile;
- Fixați cearceaful și pătura la picioarele patului introducându-le sub saltea;
- Efectuați pliul de confort (cu o mână deasupra patului iar cu cealaltă dedesubt, trageți spre picioare și formați această cută);
- Aranjați colțurile de la capătul distal al patului sub formă de plic;
- Introduceți pătura și cearceaful pe părțile laterale ale patului;
- Puneți la capul patului perna înfășată.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ:

- Reașezați noptiera la locul ei de lângă pat;
- Puneți cele două scaune la loc;
- Scoateți sacul cu rufe murdare din salon;
- Aerisiți salonul;
- Îndepărtați mănușile;
- Spălați-vă pe mâini.

1.2. SCHIMBAREA LENJERIEI PATULUI OCUPAT DE PACIENTUL IMOBILIZAT - cu pacientul în poziție șezândă și în decubit -

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Asigurarea condițiilor de igienă și confort;
- Evitarea complicațiilor la pacientul imobilizat.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Cărucior pentru lenjerie;
- Cearceaf plic;
- Cearceaf de pat;
- Față de pernă;
- Aleză, mușama (material impermeabil);
- O pătură moale;
- Două scaune cu spătar;
- Mănuși de unică folosință;
- Sac pentru rufe murdare.

PREGĂTIREA PACIENTULUI:

a) Psihică

- Informați pacientul și asigurați-l de inofensivitatea procedurii;
- Explicați pacientului modul de desfășurare a procedurii și contribuția sa la realizarea acesteia.

b) Fizică

- Schimbați lenjeria după efectuarea toaletei;

- Folosiți metoda de schimbare în funcție de poziția în care poate fi așezat pacientul și de limitele sale de mobilizare.

EFFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

1. La pacientul care se poate ridica în poziție șezândă (se folosește schimbarea în lățime):

- Aduceți materialele în salon;
- Îndepărtați noptiera de lângă pat;
- Așezați cele două scaune spate în spate;
- Pregătiți materialele astfel:
 - Rulați cearceaful de pat pe dimensiunea mică (în lățime) și așezați-l pe spătarul scaunelor; dacă pacientul necesită aleză și mușama rulați-le împreună cu cearceaful;
 - Îndepărtați pătura și lăsați pacientul acoperit cu cearceaful sau înlocuiți cu o pătură moale;
 - Introduceți pătura în cearceaful plic și împachetați în armonică în trei la început pe lățime și apoi încă o dată reducând cele două dimensiuni (lungime, lățime) la o treime, așezați pe scaun;
 - Față de pernă;
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși;
- Degajați cearceaful murdar de sub saltea;
- Acoperiți pacientul și ridicați-l în poziție șezândă;
- Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul;
- Îndepărtați perna și rulați cearceaful murdar până aproape de pacient;
- Poziționați echidistant cearceaful curat la capătul patului și pe suprafața acestuia pentru a putea fi fixat sub saltea - derulați cearceaful curat până aproape de cel murdar;
- Schimbați fața de pernă și așezați perna pe pat;
- Culcați pacientul în decubit dorsal și rugați-l dacă poate să se ridice puțin pentru a continua schimbarea;
- Introduceți mâna dinspre capul pacientului sub regiunea fesieră și ridicați în același timp cu ajutorul;
- Cu cealaltă mână rulați spre picioarele pacientului lenjeria murdară și întindeți cearceaful curat;
- Ridicați în același mod picioarele și continuați rularea și respectiv derularea;
- Introduceți cearceaful murdar în sac;
- Întindeți bine cearceaful de pat, eventual mușama și aleza și fixați sub saltea.

2. La pacientul care nu se poate ridica (se folosește schimbarea în lungime):

- Rulați cearceaful de pat într-o singură direcție, pe dimensiunea mare (lungime);
- Așezați materialele pe scaune ca și în cazul precedent;
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși;
- Scoateți cearceaful murdar de sub saltea;
- Întoarceți pacientul în decubit lateral sprijinindu-l sub axilă, sub umeri și la nivelul genunchilor;
- Trageți perna spre marginea patului și așezați-o sub capul acestuia;
- Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul;

- Rulați cearceaful murdar până lângă pacient și derulați cearceaful curat având grijă să fie bine poziționat pentru a putea fi fixat la capete și pe lături;
- Aduceți pacientul în decubit dorsal apoi în decubit lateral pe partea opusă sprijinind capul pe antebraț;
- Trageți perna sub capul pacientului;
- Continuați rularea cearceafului murdar și derularea celui curat;
- Introduceți cearceaful murdar în sac;
- Aduceți pacientul în decubit dorsal;
- Întindeți bine cearceaful curat și fixați la capete și pe margini executând colțul;
- Schimbați fața de pernă.

Schimbarea cearceafului plic în ambele situații:

- Așezați cearceaful cu pătura deasupra pacientului astfel încât marginea liberă dedesubt să fie sub bărbia bolnavului, iar cea de deasupra să fie orientată spre picioarele pacientului;
- Așezați-vă de o parte a patului, iar ajutorul de cealaltă;
- Prindeți cu mâna dinspre capul pacientului colțul liber al cearceafului curat, iar cu cealaltă pe cel al cearceafului murdar;
- Cu o mișcare rapidă, sincronizată, întindeți cearceaful curat împreună cu pătura și/sau învelitoarea și îndepărtați-l pe cel murdar. Introduceți cearceaful murdar în sac;
- Verificați dacă cearceaful de pat și lenjeria de corp sunt bine întinse;
- Efectuați pliul de confort la picioarele pacientului și eventual fixați-l sub saltea, să nu alunece.
- Așezați pacientul în poziție comodă sau în cea recomandată de afecțiunea și starea sa.

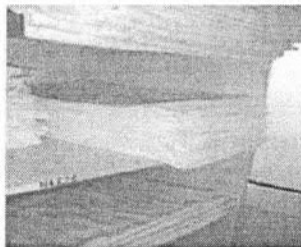
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ:

- Îndepărtați învelitoarea și acoperiți pacientul cu pătura;
- Îndepărtați sacul cu rufe murdare;
- Reașezați noptiera la locul ei, de asemenea și cele două scaune;
- Îndepărtați mânușile, spălați-vă mâinile.

1.3. SCHIMBAREA ALEZEI

OBIECTIV:

- Asigurarea condițiilor de igienă, de confort și siguranță;



PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Aleza curată;
- Sac pentru lenjerie murdară;
- Alcool;
- Talc;
- Mănuși de unică folosință.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

Psihică:

- Explicați scopul procedurii, efectele acesteia.

Fizică:

- Așezați pacientul în poziția potrivită în funcție de starea sa.

EFFECTUAREA PROCEDURII

a) Schimbarea alezei la pacientul care se poate ajuta:

- Rulați aleza curată în lățime;
- Ridicați pătura așezând-o în triunghi de o parte;
- Rulați aleza murdară;
- Întindeți cearceaful și materialul impermeabil;
- Derulați aleza curată fixând-o sub saltea;
- Treceți de partea opusă a patului;
- Cereți pacientului să-și ridice trunchiul în arc dacă poate sau susțineți regiunea lombară a pacientului cu mâna dinspre cap;
- Trageți aleza murdară introducând-o în sacul de rufe murdare;
- Derulați rapid restul alezei curate și fixați-o sub saltea de partea cealaltă a patului;
- Rearanjați patul punând totul în ordine.

b) Schimbarea alezei la pacientul care nu se poate ajuta:

- Procedați ca în cazul schimbării cearceafului de pat în lungime;
- Controlați starea regiunii sacrale, se masează cu alcool și se pudrează cu talc.

c) Schimbarea alezei împreună cu materialul impermeabil:

- Procedați ca în cazul schimbării lenjeriei de pat cu pacientul în decubit lateral;
- Pregătiți aleza și mușamaua rulându-le împreună în lățime;
- Introduceți lenjeria murdară în sacul special;
- Efectuați pliul de confort la picioarele pacientului (acesta dă lejeritate mișcărilor pacientului fără să se dezvelească);
- Introduceți pătura și cearceaful de jur împrejurul patului;
- Așezați pacientul în poziție comodă.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați lenjeria murdară în coș;
- Reașezați noptiera și scaunele la locul lor;
- Scoateți sacul cu lenjerie murdară din salon;
- Aerisiți salonul;
- Îndepărtați mănușile;
- Spălați-vă pe mâini.

1.4. SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL PACIENTULUI IMOBILIZAT (I)

Schimbarea pijamalei

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Menținerea stării de igienă și confort;
- Prevenirea escarelor de decubit;
- Creșterea demnității pacientului;
- Păstrarea identității.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Pijama încălzită;
- Cuvertură;
- Pudră de talc;
- Sac pentru lenjeria murdară;
- Mănuși de unică folosință.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Informați pacientul și explicați-i necesitatea procedurii;
- Explicați pacientului cum poate participa la procedură.

b) Fizică:

- Asigurați și respectați intimitatea;
- Întrebați pacientul dacă are nevoie de ploscă sau urinar înainte de procedură.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Așezați lenjeria curată pe un scaun în apropierea patului;
- Obțineți informații de la asistentul medical despre posibilitățile de mobilizare a pacientului;
- Apreciați resursele fizice ale pacientului și explicați-i procedura;
- Pliati pătura la picioarele pacientului;
- Înveliți pacientul cu un pled încălzit;
- Spălați-vă mâinile, îmbrăcați mănuși de cauciuc.

a) Dezbrăcarea și îmbrăcarea bluzei la pacientul care se poate ridica în poziție șezândă:

- Descheiați nasturii pijamalei;
- Ridicați pacientul în poziție șezândă;
- Rulați pijama de la spate spre ceafă și treceți-o peste cap rugând pacientul să flecteze capul;
- Rulați fiecare mânecă și îmbrăcați pe rând brațele;
- Scoateți mâinile în afara mânecilor;
- Ridicați bluza pe spatele bolnavului și îmbrăcați umerii;
- Fricționați ușor spatele pacientului;
- Încheiați nasturii.

b) Dezbrăcarea și îmbrăcarea bluzei la pacientul care nu se poate ridica:

- Descheiați nasturii;
- Întoarceți pacientul în decubit lateral și dezbrăcați brațul eliberat;
- Întoarceți pacientul în decubit lateral invers și dezbrăcați celălalt braț îndepărtând bluza;
- Mențineți pacientul în decubit lateral;
- Rulați mâneca și îmbrăcați brațul liber;
- Întoarceți cu blândețe pacientul în decubit lateral invers și îmbrăcați celălalt braț întinzând bluza pe spate;
- Aduceți pacientul în decubit dorsal;
- Încheiați nasturii.

c) Îndepărtarea și îmbrăcarea pantalonilor:

- Ridicați regiunea lombosacrată a pacientului și trageți cu grijă pantalonii spre picioare;
- Așezați pacientul pe pat;
- Ridicați ușor membrele inferioare și continuați dezbrăcarea;
- Puneți pantalonii murdari în sac;
- Observați aspectul membrilor inferioare;
- Rugați persoana care vă ajută să ridice membrele inferioare ale pacientului;
- Îmbrăcați pe rând fiecare membru și trageți pantalonii până aproape de șezut;
- Coborâți și așezați pe pat membrele inferioare;
- Ridicați regiunea fesieră și trageți în sus pantalonii;
- Verificați dacă cearceaful e bine întins;
- Încheiați nasturii.

4. ÎNGRIJIREA PACIENTULUI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:

- Așezați pacientul în poziție comodă;
- Observați faciesul;
- Refăceți patul și înveliți pacientul cu pătură;
- Verificați dacă pacientul se simte bine.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- îndepărtați sacul cu lenjerie murdară;
- îndepărtați învelitoarea;
- îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile.

1.5. SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL BOLNAVULUI IMOBILIZAT (II)

- Schimbarea cămășii de noapte -

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Menținerea stării de igiena și confort;
- Prevenirea escarelor de decubit;

- Creșterea demnității pacientului;
- Păstrarea identității.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Cămașa de noapte încălzită;
- Cuvertură;
- Pudra de talc;
- Sac pentru lenjeria murdară;
- Mănuși de unică folosință.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Informați pacienta și explicați-i necesitatea procedurii;
- Explicați pacientei cum poate participa la procedură.

b) Fizică:

- Asigurați și respectați intimitatea;
- Întrebați pacientul dacă are nevoie de ploscă sau urinar înainte de procedură.

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Așezați lenjeria curată pe un scaun în apropierea patului;
- Obțineți informații de la asistenta medicală despre posibilitățile de mobilizare a pacientului;
- Apreciați resursele fizice ale pacientei;
- Explicați procedura;
- Pliati pătura la picioarele pacientei;
- Înveliți pacienta cu o cuvertură încălzită;
- Spălați mâinile.

1. La pacienta care se poate ridica în poziție șezândă:

a) Dezbrăcarea cămășii:

- Ridicați șezutul pacientei și trageți în sus cămașa;
- Ridicați apoi pacienta în poziție șezândă dacă este posibil;
- Rulați cămașa până la ceafă și treceți cămașa peste cap;
- Scoateți mânecile prin coborârea brațelor;
- Introduceți cămașa murdară în sacul de rufe;
- Observați punctele de sprijin;
- Pudrați cu talc.

b) Îmbrăcarea cămășii:

- Rulați cămașa curată de la poale către guler;
- Rulați pe rând fiecare mânecă și îmbrăcați brațele;
- Treceți cămașa curată și caldă deasupra capului lăsând-o să alunece până lângă șezut;
- Ridicați șezutul și întindeți bine cămașa;
- Încheiați nasturii;
- Întindeți și fixați bine cearceaful de pat.

2. La pacienta care nu se poate ridica schimbarea (se face de către doua persoane):

a) Dezbrăcarea cămășii:

- Ridicați șezutul introducând mâinile sub regiunea fesieră și trageți cat mai mult cămașa spre regiunea lombară;
- Întoarceți pacienta cu blândețe în decubit lateral și strângeți cămașa până la axilă;
- Readuceți pacienta în decubit dorsal, apoi decubit lateral de partea opusă și strângeți cămașa;
- Readuceți pacienta în decubit dorsal, ridicați ușor umerii și trageți cămașa peste cap;
- Dezbrăcați brațele;
- Introduceți cămașa murdară în sac;

b) Îmbrăcarea cămășii:

- Rulați cămașa de la poale spre guler;
- Rulați pe rând fiecare mânecă și îmbrăcați brațele;
- Ridicați capul și umerii pacientei și treceți cămașa peste cap;
- Întoarceți cu blândețe pacienta în decubit lateral și întindeți cămașa;
- Readuceți pacienta în decubit dorsal și apoi decubit lateral de partea opusă și procedați la fel;
- Așezați pacienta în decubit dorsal, ridicați și întindeți bine cămașa și încheiați nasturii;
- Întindeți și fixați bine cearceaful de pat.

ÎNGRIJIREA PACIENTEI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:

- Așezați pacienta în poziție comodă (sau recomandată de asistentul medical)
- Observați faciesul pacientei;
- Întrebați pacienta dacă este obosită sau dacă are dureri.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați învelitoarea și acoperiți pacienta cu pătura;
- Îndepărtați sacul cu lenjeria murdară;
- Îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile.

! Atenție: - dacă pacienta este inconștientă, folosiți o bluză de pijama care să nu ajungă sub regiunea fesieră a acesteia;
- după schimbarea lenjeriei de corp aplicați pe pat aleză și mușama.

2. TOALETA PACIENTULUI. IGIENĂ CORPORALĂ ȘI VESTIMENTARĂ

2.1. IGIENĂ PACIENȚILOR

Activitatea infirmierei constă în:

- Prelucrarea igienică a pacientului la internare (îmbăierea prin duș, tăierea unghiilor, la nevoie deparatizare)
- Însotirea pacientului la salonul repartizat (după consultare, triere).

- Asigurarea cu lenjerie curată pentru fiecare pacient nou internat și schimbarea acesteia ori de câte ori este nevoie sau cel puțin o dată la 3 zile.
- La pacienții care prezintă incontinență de urină sau fecale, la cei care au vărsături, supurații, precum și la copii mici, salteaua se acoperă cu o mușama sau o husă de plastic care se va spăla și se va șterge cu soluție dezinfectantă zilnic, precum și ori de câte ori este nevoie.
- Asigurarea în timpul internării a toaletei zilnice a bolnavilor și îmbăierea acestora cel puțin o dată pe săptămână și ori de câte ori este nevoie. Îmbăierea obligatorie în ziua dinaintea operației a pacienților ce se supun intervențiilor chirurgicale (excepție urgențele).
- Asigurarea pentru fiecare pacient a lenjeriei curate de pat și schimbarea acesteia la maximum 3 zile și ori de câte ori este nevoie.

2.2. TOALETA PACIENTULUI IMOBILIZAT. BAIA PARȚIALĂ LA PAT

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Menținerea pielii în stare de curățenie;
- Prevenirea apariției leziunilor cutanate;
- Asigurarea stării de igienă și confort a pacientului prin spălarea întregului corp pe regiuni, descoperind progresiv numai partea care se va spăla.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Paravan;
- Șort de unică folosință;
- Masă mobilă pentru materiale, acoperită cu un câmp;
- Trei prosoape de culori diferite;
- Mănuși de baie de culori diferite (față, trunchi și membre, organe genitale);
- Mănuși de unică folosință;
- Săpun neutru și săpunieră;
- Perii de unghii;
- Foarfece pentru unghii / pilă de unghii;
- Perie de dinți / pastă de dinți;
- Pahar pentru spălat pe dinți;
- Pahar cu soluție antiseptică pentru gargară;
- Lighean/bazin cu apă caldă / termometru de baie;
- Ploscă (bazinet), găleata pentru apă murdă;
- Mușama, aleză;
- Cuvertură de flanelă /un cearceaf;
- Alcool mentolat;
- Pudră de talc;
- Deodorant;
- Pijamale și lenjerie de pat curate;

- Sac pentru lenjeria murdară.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Informați și explicați pacientului procedura;
- Stabiliți de comun acord cu pacientul ora efectuării toaletei ținând seama de orarul mesei, investigațiilor, tratamentului;

b) Fizică:

- Apreciați starea pacientului pentru a evita o toaletă prea lungă, obositoare;
- Dacă starea pacientului îi permite încurajați-l să se spele singur, asigurându-i independența și ajutându-l doar la nevoie;
- Asigurați intimitatea pacientului;
- Întrebați pacientul dacă are nevoie de urinar sau ploscă.

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Asigurați-vă că temperatura din salon este peste 20°C;
- Asigurați-vă că geamurile și ușa sunt închise pe tot timpul procedurii;
- Așezați paravanul în jurul patului;
- Umpleți bazinul 2/3 cu apă caldă (37°C—38°C), controlând temperatura apei cu termometrul de baie;
- Așezați pacientul în poziție decubit dorsal;
- Dezbrăcați și acoperiți cu cearceaf și flanelă;
- Descoperiți progresiv numai partea care se va spăla;
- Puneți în fața bolnavului un prosop pentru a proteja învelitoarea.

! RESPECTAȚI ORDINEA ÎN CARE SE EFECTUEAZĂ TOALETA

FATĂ ȘI GÂT

- Spălați-vă mâinile;
- Îmbrăcați prima mănușă de baie, umeziți-o, și spălați ochii de la comisura externă la cea internă; folosiți părți separate din mănușă pentru fiecare ochi;
- Ștergeți imediat cu primul prosop;
- Spălați fruntea de la mijloc spre tâmpile;
- Spălați cu mișcări circulare regiunea periorală și perinazală;
- Insistați la urechi în șanțurile pavilionului și regiunea retroauriculară;
- Spălați cu / fără săpun, limpeziți de câteva ori cu apă și ștergeți imediat;
- Spălați gatul, limpeziți;
- Uscați prin tamponare cu prosopul;
- Schimbați apa și mănușa.

PARTEA ANTERIOARA A TORACELUI

- Spălați cu mișcări ferme, insistați la axile;
- Limpeziți și uscați foarte bine, folosiți deodorant, dacă pacientul dorește;
- Insistați la femei, la pliurile submamare;

- Observați respirația pacientului și eventuale iritații ale pielii sau alte modificări;
- Acoperiți toracele.

Λ MEMBRELE SUPERIOARE

- Mutați mușamaua și aleza și întindeți-le sub întreg membrul superior, deasupra învelitorii;
- Spălați prin mișcări lungi și blânde. Începeți de la articulația pumnului spre umăr, stimulând astfel circulația venoasă;
- Limpeziți cu apă și ștergeți imediat cu al doilea prosop;
- Dacă este posibil așezați mana pacientului în bazinul cu apă caldă, pentru a tăia mai ușor unghiile sau pentru a le curăța. Spălați mâna pacientului cu săpun insistând în spațiile interdigitale. Limpeziți cu apă și uscați foarte bine.
- Spălați celălalt membru superior după același principiu.

✕ ABDOMENUL

- Dezveliți abdomenul pacientului;
- Insistați la nivelul pliurilor inghinale, unde datorită transpirației și lipsei de igiena a unor persoane pot apărea foarte ușor iritații ale pielii;
- Insistați la nivelul ombilicului, procedați astfel:
 - a) îndepărtați depozitul de murdărie cu ajutorul unui tampon de vată îmbibat în benzină și montat pe un porttampon;
 - b) spălați ombilicul cu apă și săpun
 - c) uscați foarte bine și ungeți regiunea cu vaselină
- Acoperiți pacientul cu cearceaful și flanela.

PARTEA POSTERIOARĂ A TORACELUI ȘI REGIUNEA SACRATĂ

- Așezați pacientul în poziție de decubit lateral, fiind susținut de o altă infirmieră;
- Mutați mușamaua și aleza și întindeți-le sub trunchiul pacientului;
- Spălați, limpezi și uscați regiunea;
- Observați proeminențele osoase și verificați starea pielii în punctele de sprijin. La indicație masați spatele pacientului cu alcool mentolat;
- Aplicați pudra de talc într-un strat foarte subțire;
- Acoperiți spatele pacientului;
- Spălați regiunea anală dinspre față spre spate, astfel încât să evitați contaminarea regiunii perineale. Limpeziți și uscați foarte bine regiunea;
- Observați atent starea pielii în zonele predispuse apariției escarelor.

MEMBRELE INFERIOARE

- Înlocuiți apa, mănua de baie și prosopul cu altele curate;
- Întindeți mușamaua și aleza sub jumătatea inferioară a pacientului;
- Readuceți pacientul în decubit dorsal;
- Insistați la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea tendonului lui Ahile și a calcaneului;
- Spălați cu apă și supun prin mișcări blânde dinspre gleznă spre șold pentru a stimula circulația venoasă; **! ATENȚIE, NU SE MASEAZĂ.**

- După fiecare săpunire limpeziți bine cu apă și uscați cu prosopul;
- Observați atent starea pielii în zonele predispuse apariției escarelor;
- Spălați picioarele prin introducerea lor într-un bazin cu apă, așezat pe pat. Protejați patul cu mușama, această metodă ușurează curățirea și tăierea unghiilor!
- Pudrați într-un strat foarte subțire plicile naturale;
- Tăiați unghiile;
- Acoperiți pacientul cu cearceaful și flanela.

ORGANELE GENITALE ȘI REGIUNEA PERIANALĂ

- Încheie toaleta la pat a pacientului. Dacă starea generală a pacientului îi permite, acesta se poate spăla singur;
- Înlocuiți apa, mănua de baie și prosopul cu altele curate;
- Îmbrăcați mănua de unică folosință;
- Așezați bolnavul în poziție ginecologică;
- Izolați patul cu mușama și alegeți pe care le introduceți sub regiunea sacrată;
- Introduceți plosca sub pacient;
- Îmbrăcați mănua de baie peste mănua de cauciuc;
- Spălați regiunea genitală dinspre anterior spre posterior. Folosiți săpun neutru (neiritant pentru piele și mucoase);
- Limpeziți cu apă curată foarte atent pentru îndepărtarea săpunului (se poate face cu ajutorul unui jet de apă turnat dintr-o cană);
- Puteți folosi tamponare și o pensă porttampon, având grijă să curățați toate pliurile și să schimbați des tamponarele pentru a nu transporta germeni dinspre regiunea anală spre cea genitală;
- Îndepărtați bazinetul de sub pacient și ștergeți foarte bine organele genitale și regiunea din jur folosind al treilea prosop.

ÎN TIMPUL PROCEDURII EXAMINAȚII TEGUMENTELE ȘI OBSERVAȚII EVENTUALE MODIFICĂRI (ROȘEAȚĂ/IRITAȚIE)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:

- La indicație, fricționați cu alcool mentolat, în special regiunile predispuse la escare, pentru activarea circulației sanguine;
- Schimbați lenjeria de corp și pat și întindeți bine pătura pentru a nu jena pacientul;
- Acoperiți pacientul și asigurați-vă că este într-o poziție de confort fizic și psihic;
- Supravegheați funcțiile vitale;
- Dacă pacientul este purtător de sonde asigurați-vă că sunt permeabile și bine poziționate;

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Strângeți materialele folosite și lenjeria murdar în recipiente speciale (saci);
- Curățați materialele în vederea dezinfecției și depozitării;
- Îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile.

⌘ ! **TOALETA OCHILOR, NASULUI, SI A CAVITĂȚII BUCALE LA PACIENTUL INCONȘTIENT SE V-A FACE CONFORM INDICAȚIILOR ȘI SUB SUPRAVEGHEREA ASISTENTULUI MEDICAL.**

IGIENA CAVITĂȚII BUCALE

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Îndepărtarea plăcii bacteriene;
- Reducerea posibilităților de infecție;
- Îndepărtarea gustului și mirosului neplăcut al cavității bucale;
- Să promoveze confortul pacientului.

- La pacientul conștient -

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Periuța personală;
- Pasta de dinți cu fluor;
- Pahar cu apă;
- Tăvița renală (recipient) pentru apa folosită;
- Ața dentară;
- Șervetele de hârtie, prosop, mușama;
- Apa de gură, dacă e solicitată;
- Tava pentru materiale.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Informați pacientul și explicați necesitatea menținerii igienei cavității bucale;
- Apreciați resursele fizice ale pacientului pentru a stabili modul de participare a acestuia, capacitatea de autonomie;

b) Fizică:

- Așezați pacientul în poziția adecvată:
 - a) Șezând și puneți un prosop în jurul gâtului, dacă starea permite
 - b) Decubit lateral cu capul ușor ridicat și sprijinit pe o pernă protejată cu prosop

EFECTUAREA PROCEDURII

- Aduceți materialele pregătite lângă pacient;
- Ajutați pacientul să se așeze în poziție adecvată stării sale;
- Serviți pacientului periuța cu pasta și paharul cu apă;
- Susțineți tăvița renală sub bărbia pacientului sau în apropierea feței acestuia așezată pe perna acoperită cu mușama și prosop;
- Sfătuiți pacientul să perie dinții timp de 2-3 minute de sus în jos, pe ambele fețe pentru îndepărtarea depozitelor sau resturilor de alimente;
- Invitați pacientul să-și clătească gura cu multă apă și la sfârșit cu apă de gură dacă dorește.

Δ ÎNTREȚINEREA PROTEZELOR DENTARE

Δ OBIECTIVUL PROCEDURII:

- Menținerea igienei protezei și a cavității orale.

U PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pahar mat;
- Periuță;
- Pasta de dinți;
- Mănuși de unică folosință.

✓ EFECTUAREA PROCEDURII

- Rugați pacientul conștient să-și scoată proteza, să o curețe și noaptea să o pună într-un pahar propriu netransparent;
- Asigurați intimitatea acestuia dacă se jenează să-și scoată proteza în prezența altor persoane;

În cazul pacientului inconștient:

- Îmbrăcați mănuși de unică folosință;
- Prindeți proteza cu o bucată de tifon și îndepărtați-o cu blândete;
- Spălați proteza cu pastă și periuță;
- Păstrați proteza într-un pahar special, mat;
- Redați pacientului proteza când își recapătă starea de conștiență – clătiți proteza înainte de a o reda.

Δ ÎNGRIJIREA UNGHIILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII:

Se face în cadrul băii pe regiuni sau separat, după caz, pentru:

- Îndepărtarea depozitului subunghial;
- Obținerea unei aparențe îngrijite a pacientului.

Δ PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Apă și săpun, bazin (lighean);
- Periuță de unghii;
- Forfecuță și pilă de unghii;
- Prosop, aleză;
- Mănuși de unică folosință.

✓ PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică

- Informați pacientul asupra necesității procedurii;

b) Fizică

- Așezați pacientul în poziție de decubit dorsal cât mai comod;

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați-vă mâinile și îmbrăcați mănușile;
- Introduceți mâna/piciorul pacientului în bazinul cu apă caldă și săpun pentru cca. 5 minute;
- Așezați apoi mana/ piciorul pe un prosop, timp în care introduceți în bazin cealaltă mână , respectiv picior;
- Tăiați cu mare atenție unghiile, la nivelul degetului, apoi piliți-le; fragmentele tăiate strângeți-le pe o bucată de pânză (aleză) sau un prosop.

! EVITAȚI LEZAREA ȚESUTURILOR ADIACENTE. RISC DE INFECȚII - PANARIȚIU.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ:

- Strângeți apoi materialul folosit;
- Îndepărtați-vă mănușile și spălați-vă mâinile.

ÎNGRIJIREA PĂRULUI

1. ÎNGRIJIREA ZILNICĂ A PĂRULUI PRIN PIEPTĂNARE **OBIECTIVELE PROCEDURII:**

- Menținerea igienei părului și a stării de bine a pacientului;
- Menținerea unui aspect fizic plăcut și păstrarea demnității.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Pieptene și perie personale;
- Clame, panglici;
- Un prosop sau o aleză.

PREGĂTIREA PACIENTULUI:

a) Psihică:

- Explicați pacientului/pacientei necesitatea menținerii igienei părului
- Evaluați resursele pacientului/pacientei pentru a stabili dacă își poate pieptăna singur/singură părul sau are nevoie de ajutor

b) Fizică:

- Așezați pacientul/pacienta într-o poziție comodă (în care-i permite starea generală - șezând sau decubit lateral)
- Acoperiți umerii sau perna cu un prosop, o bucată de pânză, în funcție de poziția pacientului/pacientei.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Serviți pacientul/pacienta cu materialele necesare și ajutați-l să se pieptene singur;
- Așezați pacientul/pacienta într-o poziție confortabilă;
- Acoperiți umerii sau perna pacientului/pacientei cu un prosop sau aleză;

- Îmbrăcați mănuși dacă pacientul prezintă leziuni la nivelul scalpului;
- Pieptănați și periați părul scurt, pe rând pe fiecare parte;
- Împlețiți părul lung având grijă să nu jeneze pacientul/pacienta când stă în decubit;
- Observați eventualele leziuni ale scalpului cât și aspectul părului.

1. ÎNGRIJIREA PACIENTULUI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:

- Așezați pacientul în poziție confortabilă (dacă este cazul)
- Reașezați părul.

1. REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ:

- Îndepărtați materialele folosite și eventualele fire de păr căzute.

2. ÎNGRIJIREA PĂRULUI PRIN SPĂLARE OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Menținerea igienei părului și a stării de bine a pacientului;
- Îndepărtarea excesului de sebum.

1. PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Lighean;
- Găleată pentru colectarea apei folosite;
- Vas cu apă caldă, termometru de baie;
- Șampon;
- Mușama și aleză;
- Prosoape;
- Uscător de păr;
- Perie, piaptân;
- Paravan;
- Mănuși de unică folosință.

1. PREGĂTIREA PACIENTULUI:

a) Psihică:

- Informați pacientul/pacienta și stabiliți de comun acord ora spălării;
- Evaluați resursele pacientului/pacientei pentru a putea aprecia contribuția acestuia.

b) Fizică:

- Asigurați poziția în funcție de starea generală, la indicația asistentului medical:
 - 1) șezând, pe scaun cu spatele sau cu fața spre lavoar (sau în picioare aplecat deasupra lavoarului)
 - 2) șezând pe un scaun cu spătar alături de care se așează al 2-lea scaun pe care se pune ligheanul;
 - 3) decubit dorsal cu toracele ușor ridicat și cu salteaua îndoită sub torace lăsând somiera liberă spre capătul patului;
 - 4) decubit dorsal, orientat oblic, cu capul spre marginea patului.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Asigurați-vă că temperatura din salon este de peste 20°C, geamurile și ușa sunt închise;
- Asigurați intimitatea izolând patul cu un paravan;
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănușile;
- Procedați în continuare în funcție de poziția aleasă și starea pacientului.

Cu pacientul în poziție șezând:

- Așezați pacientul pe un scaun sau în fața lavoarului.

Cu pacientul în poziție de decubit:

- Rulați salteaua și acoperiți cu mușama și aleza pe care se sprijină spatele și capul pacientului / pacientei;
- Așezați ligheanul pe partea de somieră rămasă liberă și introduceți capătul liber al mușamalei făcut sul în găleată pentru a permite scurgerea apei;
- Așezați pacientul/pacienta oblic pe pat cu capul spre margine. Introduceți sub capul și umerii pacientului/pacientei mușama și aleza. Așezați găleata pentru colectarea apei murdare în vecinătatea patului și introduceți capătul liber al mușamalei făcut sul în găleată;
- Susțineți cu o mână (dacă este cazul) capul pacientului, iar cu cealaltă umeziți și șamponați părul. Apelați la ajutorul altei persoane (dacă este necesar);
- Masați ușor pielea capului cu vârful degetelor și spălați de 2-3 ori;
- Limpeziți cu multă apă;
- Acoperiți părul cu un prosop cald și ștergeți bine;

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI DUPĂ EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Ajutați pacientul/pacienta să se așeze în pat;
- Evitați curenții de aer;
- Acoperiți capul pacientului/pacientei dacă este necesar sau solicită.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ:

- Îndepărtați apa murdară și materialele folosite
- Curățați și dezinfecțați materialele folosite, așezați-le la locul de păstrare;
- Îndepărtați mănușile și spălați mâinile.

3. POZIȚIA PACIENTULUI ÎN PAT

Datorită stării sale sau terapiei, pacientul în pat poate să se afle într-o poziție activă, pasivă sau forțată.

Poziția activă – este cea a pacienților aflați în stare bună, care sunt mobili și nu au nevoie de ajutor pentru a se mișca.

Poziția pasivă – este poziția pacienților aflați în stare gravă, lipsiți de forță fizică, care au nevoie de ajutor pentru orice mișcare.

Poziția forțată – este determinată de boală sau tratament.

3.1. POZIȚII ÎN DECUBIT

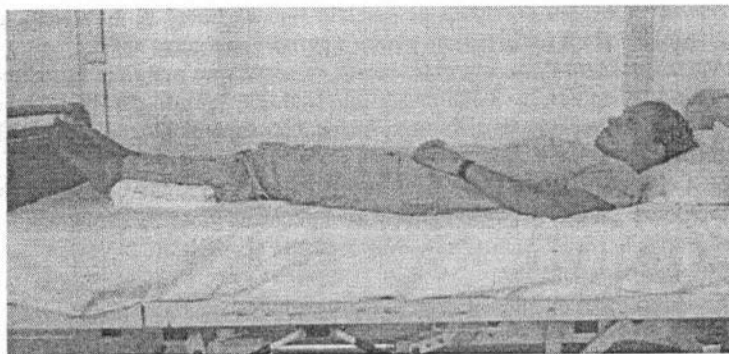
Se înțelege prin decubit atitudinea unui corp întins pe un plan orizontal, atitudine care poate fi în :

Decubit dorsal orizontal

- pacientul este așezat pe spate fără pernă, cu membrele inferioare întinse și picioarele menținute în unghi drept.

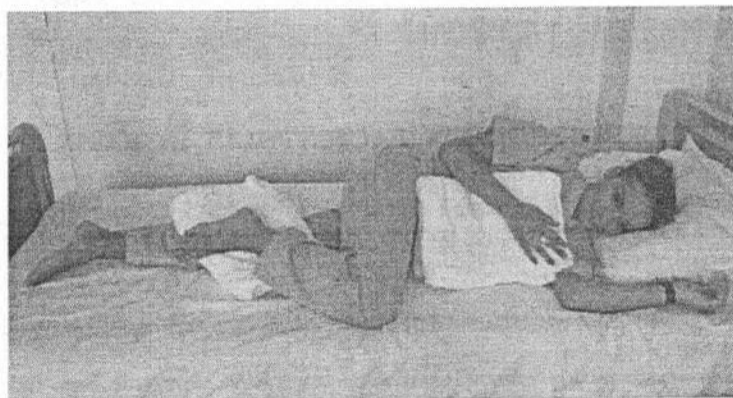
Decubit dorsal

- cu una sau două perne sub cap.



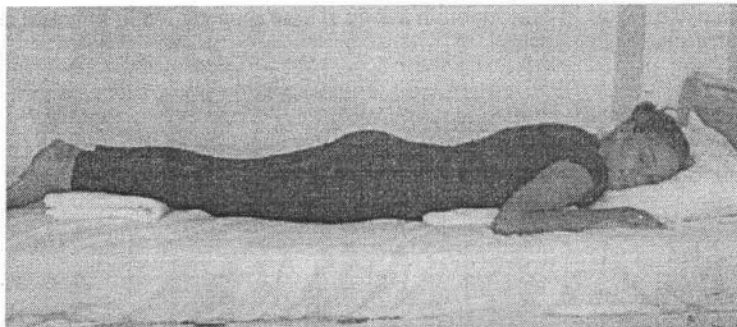
Decubit lateral

- pacientul este culcat pe o parte, cu o pernă sub cap;
- pacientul se sprijină pe umăr și braț. Membrul inferior care vine în contact cu suprafața patului este întins, iar celălalt îndoit. Decubitul lateral trebuie schimbat în mod regulat, regiunea trohanteriană fiind expusă cu ușurință la escare.



Decubit ventral

- pacientul este culcat pe abdomen fără pernă, cu capul întors într-o parte, brațele fiind întinse de-a lungul corpului sau flectate, așezate la stânga și la dreapta capului, cu partea palmară pe suprafața patului. Această poziție este recomandată pentru toți pacienții inconștienți, asigurând permeabilitatea căilor aeriene superioare, împiedicând căderea limbii, iar în cazul vărsăturilor dă posibilitatea eliminării acestora la exterior.

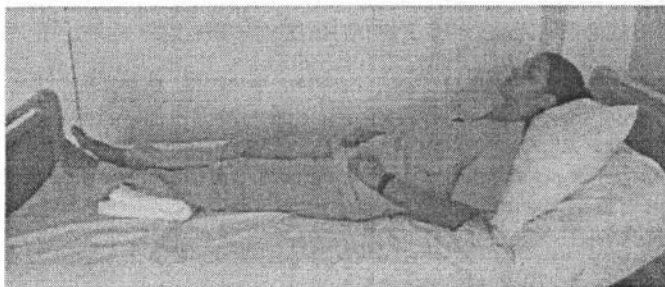


Poziția șezând

- este aceea poziție în care bolnavul este menținut șezând în patul său, prin realizarea unui unghi de 45° cu ajutorul somierei articulate, sau în paturile cu somieră rigidă cu ajutorul rezemătorului de spate al pernelor.
- pentru ca pacientul să se mențină fără efort în această poziție, ambele sunt în semiflexie pe coapse, sub genunchi se plasează un sul, cu precauție, pentru a nu favoriza staza venoasă.
- pentru cardiaci se pune sub fiecare antebraț câte o pernă care să realizeze un plan înclinat, astfel încât mâinile să fie mai ridicate decât coatele, pentru a ușura circulația venoasă.

Poziția semișezând

- se realizează sprijinindu-se spatele bolnavului cu două perne. Ca și poziția șezândă, ușurează respirația, circulația, ambele fiind interzise bolnavilor cu tulburări de deglutiție, comatoșilor, în cursul anesteziei generale.



Poziția cu gambele atârinate

- este specifică bolnavilor cu insuficiență cardiacă, și se realizează la marginea patului din poziția șezândă;
- sub picioarele bolnavului se așază un taburet.

Poziția șezândă în fotoliu

- bolnavul este așezat confortabil în fotoliu și bine acoperit. Va fi îmbrăcat comod pentru a facilita circulația.



3.2. POZIȚII ÎNCLINATE

Poziția declivă (Trendelenburg) *cu capul jos și picioarele în sus*

- această poziție cu capul coborât se obține prin ridicarea extremității distale a patului.
- poziția este indicată în anemii acute grave, hemoragii ale membrelor inferioare și ale organelor genitale și pentru a favoriza eliminarea secrețiilor din căile respiratorii superioare.

Poziția proclivă sau poziția oblică *cu capul în sus și picioarele jos*

- cu capul mai sus, se obține prin ridicarea extremității proximale a patului.

Poziția ginecologică

- se realizează în pat sau pe masa de examinare, culcând bolnava pe spate, cu genunchii îndepărtați și coapsele flexate pe abdomen.

Poziția genupectorală

- se așează pacientul în genunchi, aceștia fiind ușor îndepărtați, pieptul atinge planul orizontal, iar capul este într-o parte.

4. MOBILIZAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Prevenirea complicațiilor;
- Stimularea tonusului fizic și psihic.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Cadru mobil;
- Agățători;
- Baston;
- Cârje.



PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Anunțați pacientul și descrieți mișcările care se vor face;
- Evaluați resursele fizice ale pacientului.

b) Fizică:

- Ajutați pacientul să se îmbrace corespunzător.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Consultați echipa medicală (medicul, asistentul medical) privind tipul de mobilizare și durata.

1. Mobilizarea pasivă:

- Faceți mișcări de flexie și rotație ale capului;
- Continuați să faceți exerciții ale membrelor superioare și inferioare prin mișcări de flexie, extensie, abducție, adducție, supinație și pronție - mobilizați toate articulațiile cu blândete;

- Comunicați cu pacientul pentru a afla dacă are dureri și observați faciesul;
- Masați membrele în sensul circulației de întoarcere.

2. Ridicarea în poziție șezând:

a) În pat

- Ajutați pasiv pacientul să se ridice și sprijiniți-l cu perne sau folosiți rezemătorul mobil;
- Montați deasupra patului o agățătoare mobilă și stimulați pacientul să se ridice, sprijinindu-l cu perne dacă este necesar.

b) La marginea patului:

- Executarea de către o singură persoană:
 - Introduceți o mână sub regiunea omoplaților, iar cealaltă sub regiunea poplitee;
 - Dacă este cazul rugați pacientul să se prindă de gâtul dumneavoastră;
 - Rotiți picioarele pacientului într-un unghi de 90° și lăsați-le să atârne ușor la marginea patului;
 - Observați faciesul pacientului.
- Executarea de către 2 persoane:
 - Așezați-vă spre capul pacientului și introduceți mâinile sub omoplați;
 - Rugați ajutorul să introducă mâinile sub regiunea poplitee;
 - Sincronizați mișcările și ridicați spatele pacientului rotind picioarele cu 90° și aduceți-le la marginea patului;
 - Mențineți pacientul în această poziție - la început câteva minute, apoi creșteți treptat timpul;
 - Reașezați pacientul pe pat, executând mișcările în sens invers.

c) Așezarea pacientului în fotoliu

- Așezați pacientul la marginea patului;
- Oferiți pacientului papucii;
- Așezați fotoliul cu rezemătoarea laterală lipită de marginea patului;
- Așezați-vă în fața pacientului și introduceți mâinile sub axile, rugându-l să țină capul întors într-o parte;
- Dacă aveți ajutor, așezați-vă de o parte și de alta a pacientului;
- Prindeți fiecare pacientul pe sub axilă și ridicați-l în picioare;
- Rotiți pacientul cu spatele spre fotoliu și așezați-l cu grijă în fotoliu;
- Acoperiți pacientul cu un pled dacă situația o cere (temperatură mai scăzută în încăpere);
- Reașezați pacientul în pat executând mișcările în sens invers.

d) Ridicarea pacientului în poziție ortostatică

- Repetați mișcările de aducere a pacientului în poziție șezând, cât mai aproape de marginea patului;
- Așezați-vă de o parte a pacientului și sprijiniți-l de sub axile;
- Ridicați pacientul în picioare;
- Observați faciesul pacientului și mențineți-l în ortostatism câteva minute;
- Întrebați pacientul dacă se simte bine;

- Așezați pacientul pe pat dacă acuză amețeli;
- Reașezați pacientul pe pat executând mișcările în ordine inversă.

e) Efectuarea primilor pași

- Întrebați echipa medicală (medicul, asistentul medical) dacă pacientul se poate deplasa;
- Ridicați pacientul mai întâi în poziție șezând cât mai aproape de marginea patului și apoi în ortostatism;
- Sprijiniți pacientul de braț și apoi ajutați-l să facă primii pași prin salon;
- Creșteți distanța de deplasare în funcție de recomandarea medicală;
- Oferiți pacientului un cadru mobil dacă starea generală îi permite să se deplaseze singur;
- Supravegheați pacientul în timpul deplasării;
- Încurajați pacientul să se ridice și să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:

- Observați starea pacientului;
- Așezați pacientul în poziție comodă;
- Întindeți lenjeria pentru a preveni apariția escarelor.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ:

- Așezați materialele folosite la locurile de depozitare;
- Spălați mâinile.

5. TRANSPORTUL ȘI ÎNSOȚIREA PACIENȚILOR

Mijloace de transport

În funcție de gravitatea afecțiunii, de scopul transportului, de distanță, transportul se face cu:

- brancarda (targa);
- cărucior;
- fotoliu și pat rulant;
- cu mijloace improvizate în caz de urgență;
- cu vehicule speciale: autosalvări, avioane sanitare.



Pregătiri:

Transportul cu targa

- Pregătirea târgii:
 - o targa se acoperă cu o pătură și cu un cearceaf, la nevoie, se acoperă cu mușama și aleză, pernă subțire.
- Așezarea pacientului pe targă:
 - o pacientul va fi așezat cu privirea în direcția mersului (trebuie să vadă unde merge)
 - o la urcatul scărilor, brancardierul din urmă va ridica până la nivel orizontal. Dacă panta este prea accentuată, se poate duce pacientul la urcuș, cu capul înainte.
 - o de asemenea, dacă pacientul trebuie supravegheat tot timpul, este mai bine ca acesta să fie dus cu capul înainte, pentru ca, stând față în față cu brancardierul, să poată fi supravegheat.
 - o în principiu, pacientul va fi prins de partea sănătoasă.
- Execuția:
 - o targa este ținută de cele două extremități de către doi brancardieri, doar de câte un singur mâner astfel încât targa să atârne de-a lungul marginii patului;
 - o așezarea pacientului pe targă necesită trei persoane: acestea se vor așeza de-a lungul patului de partea târgii atârnată.
 - o cele 3 persoane își introduc mâinile, cu palma și degetele întinse, sub pacient, astfel:
 - o prima: susține capul și toracele, sprijinind ceafa pacientului pe antebraț;
 - o a doua : sprijină pacientul în regiunea lombară și sub șezut;
 - o a treia: susține membrele inferioare;
 - o prima persoană comandă mișcările: ridică deodată pacientul.
 - o după ce acesta a fost ridicat, face un pas înapoi.
 - o brancardierii ridică și cealaltă margine a târgii, aducând-o în poziție orizontală sub pacient.
 - o se așează pacientul pe targă, se acoperă.
- Descărcarea se face după aceeași metodă, dar cu mișcările inverse.

Poziția pacientului pe targă în funcție de afecțiune (poziție comunicată de echipa medicală):

În decubit dorsal

- pacienții cu traumatisme abdominale: cu genunchi flectați;
- accidentații conștienți, suspecții de fractură a coloanei vertebrale sau a bazinului: se asigură suprafața rigidă;
- leziuni ale membrelor inferioare: sub membrul lezat, se așează o pernă;
- leziuni ale membrelor superioare: membrul superior lezat se așează peste toracele pacientului, eventual se fixează cu o eșarfă;
- accidentații în stare de șoc cu hemoragie: cu membrele inferioare ridicate.

În poziție șezând:

- pacienții cu traumatisme craniene, conștienți și fără semne de șoc: menținuți cu ajutorul pernelor;
- leziuni ale gâtului: capul va fi flectat, astfel încât regiunea mentonieră să atingă toracele;

În poziție semișezând:

- accidentații toraco - pulmonar;
- pacienții cu insuficiență cardiorespiratorie;
- accidentații cu leziuni abdominale - (poziția Fowler), cu genunchii flectați.

În decubit lateral:

- pacienții în stare de comă.

În decubit ventral:

- pacienții cu leziuni ale feței (craniofaciale): sub fruntea lor se așează un sul improvizat din cearceafuri, sau antebrațul flectat al traumatizatului;
- cu leziuni ale spatelui sau regiunii fesiere.

În decubit semiventral:

- pacienții inconștienți, iar în caz de tulburări de deglutiție sau hipersecreție salivară, în poziția Trendelenburg, pentru a preveni acumularea și aspirarea secrețiilor.

În poziție Trendelenburg, cu înclinarea maximă de 10-15 grade:

- accidentații în stare de șoc;
- în colaps periferic, pentru a asigura un aport mai mare de sânge în organele vitale.

În poziția Trendelenburg inversat, cu înclinare de maximum 10-15 grade

- accidentații cu fracturi ale bazei craniului.

6. PREVENIREA ESCARELOR

Escarele de decubit sunt răni la nivelul pielii, și a țesutului învecinat datorită comprimării constante și îndelungate între un plan osos și un plan dur (suprafața patului sau a fotoliilor). Ele iau naștere de obicei la bolnavii grav, imobilizați de mult timp la pat, în aceeași poziție. Țesuturile supuse comprimării, sunt insuficient irigate și de aceea se produce moartea celulelor, lezarea pielii și formarea de ulcerații care de cele mai multe ori se suprainfectează.

Apariția escarelor de decubit este favorizată de numeroși factori:

- **locali** – umezeală (incontinență urinară și fecale, transpirații abundente), menținerea bolnavului în aceeași poziție, cute ale lenjeriei de pat și de corp, cusăturile, nasturi, firimituri, obiecte uitate în pat, căldura excesivă a patului umed;
- **generali** – tulburări trofice, unele afecțiuni ale măduvei spinării, tulburări de circulație și edeme, intoxicații, cancerul, vârsta înaintată, etc.

Escarele de decubit apar în primul rând în regiunile unde proeminențele osoase sunt acoperite direct de piele, ca: regiunea sacrată, scapulară, occipitală, la nivelul călcâielor, al creștelor iliace, a proeminențelor trohanterelor, pe suprafețele laterale ale genunchilor, precum și pe maleole la bolnavii în decubit lateral. Compresiunea produsă de unele aparate gipsate, pături prea grele, sau obiectele uitate în patul persoanei aflate în îngrijire cu sensibilitate redusă, pot produce escare de decubit și în alte regiuni ale corpului.

FACTORII IMPLICAȚI ÎN APARIȚIA ESCARELOR:

Pierderea sensibilității și a mișcărilor voluntare.

Pierderea sensibilității împiedică pacientul să primească avertismente în legătură cu expunerea la presiune prelungită. Pacientul nu este numai incapabil să simtă disconfortul, ci din cauza imobilității este incapabil să-și schimbe poziția.

Pierderea controlului vasomotor.

Tulburările circulatorii produc o scădere a rezistenței tisulare la presiune. Presiunea implică ischemie, de aceea escarele apar cu ușurință.

EFFECTUL POSTURILOR

- Escarele apar în special la nivelul proeminențelor osoase care sunt supuse la presiune, în poziție de decubit dorsal sau șezând.
- Cele mai vulnerabile zone sunt: sacrul, trohanterele, tuberozitățile ischiatice, genunchii, fibulele, maleolele, călcâiele, și metatarsienele 5. Occiputul și coatele sunt de asemenea implicate la pacienții cu leziuni cervicale.
- Dacă pacientul are aplicat un dispozitiv de imobilizare, escarele pot de asemenea să se dezvolte la nivelul coastelor, apofizelor spinoase și spinelor iliace anterioare și posterioare.
- Escarele pot de asemenea să apară cu ușurință sub alte dispozitive de imobilizare ca: orteze sau corsete aplicate pe segmentele paralizate.

PATOLOGIE

- **Primul stadiu**
 - o Se caracterizează prin tulburări tranzitorii ale circulației evidențiate prin eritem și edem. Dacă presiunea este îndepărtată, inflamația dispare în 48 h.
- **Al doilea stadiu**
 - o Se caracterizează prin apariția leziunilor la nivelul straturilor superficiale ale țesutului cutanat. Apare staza vasculară, eritemul și congestia nu dispar la exercitarea presiunii digitale. Leziunile pielii sau dezvoltarea unor flictene sunt urmate de necroza superficială și ulceratii.
- **Al treilea stadiu**
 - o Se caracterizează prin necroză profundă și adeseori întinsă cu distrugerea țesutului subcutanat, a fasciilor, mușchilor și oaselor. Dacă infecția se extinde la nivelul osului, va apărea periostita și osteomielita, având ca urmare distrucția articulară și formarea de osificări ectopice.
 - o Netratate, aceste leziuni majore duc în general la septicemie și deces.

PREVENIREA ESCARELOR

“Unde nu există presiune, acolo nu vor apărea escare”

Escarele de decubit pot fi prevenite printr-o supraveghere conștiincioasă a persoanei asistate, imobilizate la pat.

Patul trebuie făcut foarte atent, cu cearceaful, mușamaua și aleza bine întinse, lenjeria de corp bine aranjată, fără cute. Se va controla să nu rămână obiecte străine cât de mici în patul asistatului, iar aparatele gipsate vor fi verificate zilnic. Suprafețele predispuse la escare vor fi așezate pe colaci de cauciuc, pe inele sau pe perne elastice. Mușamaua, colacii, pernele elastice, precum și celelalte obiecte de cauciuc utilizate la îngrijire, vor fi îmbrăcate, evitând contactul lor direct cu pielea pacientului.

Pentru captarea scaunului și a urinei la pacienții imobilizați la pat, este bine a se utiliza bazinete pneumatice. Așezarea și scoaterea bazinetului (ploștii) de sub pacient trebuie făcute cu blândețe, întrucât mișcările bruște sau dezlipirea brutală a bazinetului de pe pielea afectată poate să contribuie la dezepitelizarea suprafețelor cutanate. Pacientul trebuie ținut pe bazinet numai timpul strict necesar, întârzierea scoaterii ploștii de sub el, nu este permisă, mai bine se va reaseza după un interval de timp, în care circulația pe suprafețele cutanate interesate se restabilește.

La intervale stabilite de timp, se va schimba poziția pacientului în pat, așezându-l pe rând în decubit dorsal, decubit lateral stâng, decubit ventral, decubit lateral drept.

Tegumentele pacientului imobilizat la pat trebuie întreținute uscate și curate. După fiecare micțiune sau defecare va fi spălat, uscat și pudrat cu talc. Pentru evitarea apariției leziunilor la nivelul pielii, lenjeria udă se va schimba frecvent, suprafețele cutanate vor fi aerisite zilnic de mai multe ori și pudrate din nou cu talc.

Suprafețele expuse escarelor vor fi spălate zilnic cu apă și săpun cu foarte mare blândețe și apoi fricționate pentru activarea circulației locale.

Dacă însă escara s-a format, aceasta se va trata ca și plăgile infectate de alta natură și va fi îngrijită numai de către asistenta medicală. Îngrijirea escarelor necesită îndepărtarea secrețiilor purulente, dezinfectarea suprafețelor supurate, medicație locală epitelizantă sau, în cazul unor ulcerații mai profunde cu mortificarea țesuturilor, tratamentul se face prin metode chirurgicale.

De cele mai multe ori, cu toate măsurile riguroase de îngrijire, uneori, apariția escarelor de decubit nu poate fi prevenită, dar, formarea lor în majoritatea cazurilor este urmare a unei îngrijiri insuficiente.

Prevenirea escarelor constă prin urmare în eliberarea de sub presiune a proeminențelor osoase în asociere cu corecta poziționare a pacientului.

ALTERNAREA POZIȚIEI PACIENTULUI

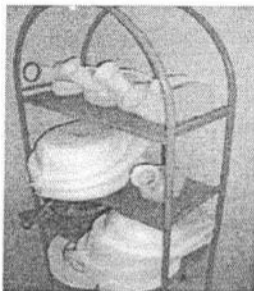
- Pacientul este întors la fiecare 3 ore, atât în timpul zilei cât și noaptea, folosind pozițiile de decubit dorsal și decubit lateral.
- De asemenea alături de prevenirea efectelor presiunii prelungite, alternarea poziției regulată previne staza urinară.
- Cele mai susceptibile arii, acolo unde proeminențele osoase sunt superficiale, trebuie să fie eliberate de sub presiune prin aranjarea pernelor.
- La fiecare întoarcere zonele de elecție sunt inspectate, pielea este verificată și toate cutele cearceafurilor sunt îndreptate. Orice semn de presiune locală, chiar minor, este un avertisment important.
- Roșeața care nu diminuează la presiune, punctele septice, contuziile, tumefacțiile, indurările, exprimă pericolul apariției unor escare. Orice presiune trebuie îndepărtată de pe zonele implicate, până când acestea sunt vindecate.
- De exemplu, dacă la nivelul sacului există semne de roșeață, se va folosi poziția de decubit lateral până la dispariția semnelor. Pacientul poate fi așezat pe paturi cu saltele segmentate din cauciuc spongios.
- Spațiile dintre segmente sunt modificate în funcție de statura pacientului astfel încât proeminențele osoase să nu fie supuse la presiune.
- Poziția de decubit ventral este în mod special indicată atunci când escarele sunt prezente în regiunile trohanterice, pe ischioane sau sacru. În această poziție trebuie să ne asigurăm că degetele de la picioare, genunchii, crestele iliace și zona genitală nu sunt supuse la presiune.
- Diversele tipuri de paturi folosite vor fi adaptate în funcție de nevoile fiecărui pacient.

ÎNGRIJIREA TEGUMENTELOR

- Este important ca tegumentele să fie menținute curate și uscate. Pielea intactă va fi menținută curată utilizând apa și săpunul.
- Nu se vor folosi aplicații locale de alcool metilic, etc.
- Celulele epiteliale descumate care au tendința să se depoziteze la nivelul palmelor și tălpilor vor fi îndepărtate prin ștergere cu prosopul, apoi aceste zone se vor unge cu lanolină.

7. COLECTAREA PRODUSELOR FIZIOLOGICE ȘI PATOLOGICE

7.1. CAPTAREA URINII



OBIECTIVELE PROCEDURII

- Golirea vezicii urinare la pacientul imobilizat;
- Măsurarea cantității de urină eliminată;
- Observarea aspectului urinei;
- Obținerea unei mostre de urină pentru examinare;

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan;
- Ploscă sau urinar;
- Hârtie igienică;
- Materiale pentru toaleta locală (dacă este cazul);
- Mușama și aleză pentru protecția patului;
- Materiale pentru spălarea mâinilor pacientului;
- Mănuși de unică folosință.

7.2. CAPTAREA MATERIILOR FECAL

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Asigurarea intimității pacientului imobilizat în vederea eliminării asistate a materiilor fecale.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Paravan;
- Bazinet (ploscă);
- Materiale pentru efectuarea toaletei;
- Hârtie igienică;
- Materiale pentru spălarea mâinilor pacientului;

- Mușama, aleză;
- Mănuși de unică folosință.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Încurajați pacientul să-și învingă jena și să solicite servirea ploștii atunci când are nevoie;
- Asigurați pacientul că i se va respecta pudoarea și intimitatea;
- Stabiliți cu pacientul un orar (de ex. dimineața și seara).

b) Fizică:

- Așezați pacientul într-o poziție adecvată;
- Evaluați resursele pacientului pentru a stabili cum poate participa.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

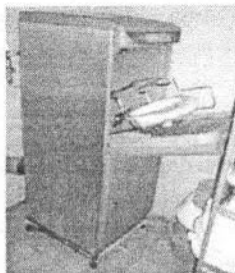
- Spălați-vă mâinile;
- Îmbrăcați mănușile de unică folosință;
- Ridicați pătura și protejați patul cu aleză și mușama;
- Dezbrăcați pacientul de la brâu în jos;
- Încălziți bazinetul metalic prin clătire cu apă caldă, uscați-l prin ștergere cu hârtie igienică;
- Asigurați confortul psihic prin ridicarea capătului cefalic al patului dacă starea pacientului o permite;
- Așezați mușama sub bazinul pacientului/clientului;
- Rugați pacientul să se ridice sprijinindu-se pe coate și plante;
- Introduceți o mână pe sub mijlocul pacientului pentru a-l susține;
- Introduceți plosca/bazinetul sub pacient cu cealaltă mână și asigurați-vă că este bine așezat;
- Solicitați ajutorul unei alte persoane pentru ridicarea pacientului dacă starea nu-i permite să participe;
- Asigurați-vă că la pacienții de sex masculin penisul este orientat în bazinet;
- Acoperiți pacientul până termină actul defecării
- Lăsați pacientul singur, dar nu vă îndepărtați foarte mult, astfel încât să vă poată anunța când termină;
- Oferiți pacientului hârtie igienică după defecare, dacă starea acestuia o permite;
- Îndepărtați bazinetul/plosca, acoperind-o cu un material impermeabil;
- Efectuați la nevoie toaleta regiunii perianale pe alt bazinet special pregătit;
- Oferiți apă, săpun și prosop pacientului pentru spălarea mâinilor dacă a folosit hârtie igienică.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Îndepărtați mușama;
- Coborâți capătul cefalic al patului până la o poziție comodă pentru pacient;
- Verificați lenjeria de pat și de corp să nu fie umedă sau cutată;
- Ajutați pacientul să îmbrace pantalonul de pijama;
- Așezați pacientul în poziție comodă.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați paravanul și aerisiți salonul;
- Îndepărtați materialele utilizate și asigurați-vă că plosca a fost golită și curățată.



7.3. CAPTAREA SPUTEI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea răspândirii infecției;
- Observarea aspectului;
- Obținerea unor mostre pentru examene de laborator.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pahar conic gradat, scuipătoare sau cutie Petri sterilă;
- Soluție dezinfectantă (pentru inactivarea germenilor);
- Șervețele de hârtie.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Explicați pacientului importanța colectării sputei pentru prevenirea răspândirii infecției și protecției mediului;
- Înștiințați pacientul să nu înghită sputa.

b) Fizică:

- Tapotați ușor toracele și rugați pacientul să tușească pentru a se desprinde mai ușor secrețiile.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Identificați pacientul care tușește și expectorează;
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși de unică folosință;
- Dați pacientului scuipătoarea sau cutia Petri în care ați pus soluție dezinfectantă cu excepția situațiilor în care se urmărește recoltarea pentru examene de laborator;

- Instruiți pacientul să elimine sputa numai în colectorul primit și să nu arunce pe jos, să nu scuipe în batistă, să acopere vasul de fiecare dată;
- Schimbați scui pătoarea/ cutia Petri de cel puțin 2 ori pe zi sau de câte ori este nevoie.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacientul imobilizat să-și clătească gura cu apă pentru a îndepărta senzația de greață și oferiți-i șervețele de hârtie pentru a se șterge;
- Sfătuiți pacientul să stea într-o poziție care să faciliteze o mai bună respirație și eliberarea căilor respiratorii.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați conținutul scui pătorii după ce medicul sau asistentul medical a observat aspectul, culoarea, cantitatea;
- Respectați cu strictețe precauțiunile universale pentru prevenirea transmiterii infecțiilor;
- După golire colectoarele se decontaminează și curăță;
- Păstrați scui pătorile în locuri izolate.

7.4. CAPTAREA VĂRSĂTURILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Evitarea murdării lenjeriei;
- Evitarea aspirării conținutului gastric în căile respiratorii.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- 2 tăvițe renale curate, uscate;
- Mușama;
- Aleză;
- Pahar cu apă;
- Șervețele de hârtie, prosop.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Încurajați pacientul să respire adânc pentru a reduce puțin senzația de vomă;
- Asigurați pacientul că sunteți lângă el.

b) Fizică:

- Ridicați pacientul în poziție șezând dacă starea permite sau așezați-l în decubit cu capul întors într-o parte cu un prosop sau o aleză sub cap.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Îndepărtați proteza dentară dacă există;
- Susțineți cu o mână fruntea pacientului iar cu cealaltă tăvița renală sub bărbie sau lângă fața pacientului în funcție de poziție.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:

- Oferiți pacientului un pahar cu apă să-și clătească gura și colectați într-o tăviță renală curată;
- Ștergeți gura pacientului cu un șervețel sau oferiți-i șervețelul dacă starea permite;
- Ajutați-l să se așeze într-o poziție comodă;
- Supravegheați atent pacientul așezat în decubit să nu-și aspire conținutul stomacal dacă vărsătura se repetă.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați tăvița renală din salon;
- Cu acordul asistentei medicale goliți, spălați și dezinfectați tăvița (dacă nu este nevoie să păstrați conținutul);
- Spălați mâinile.

8. ÎNGRIJIREA PACIENTULUI ÎN FAZĂ TERMINALĂ

Pentru a îndeplini cu succes rolul complex care îi revine, în raport cu persoanele îngrijite, infirmiera trebuie să dispună de cunoștințe complexe și calități specifice.



Set de cunoștințe necesare:

- a) Cunoștințe despre nevoile fundamentale umane:
 - a. respirația, alimentația, eliminarea, mișcarea, echilibrul, mediul igienic, vestimentația igienică și confortabilă, îmbrăcatul și dezbrăcatul, igiena corporală și mentală, confortul fizic și psihic, odihna, comunicarea, afecțiunea, siguranța, relațiile familiale, de prietenie, apartenența la grupuri; misiunea infirmierei este de a oferi sprijinul necesar pentru satisfacerea nevoilor pe care persoana îngrijită nu și le poate îndeplini singură;
- b) Cunoașterea particularităților individuale ale persoanei îngrijite:
 - a. fiecare persoană îngrijită are trăsături și nevoi generale dar, în același timp, reprezintă o individualitate cu trăsături și nevoi specifice; misiunea infirmierei este de a cunoaște efectiv persoana îngrijită pentru a-i putea acorda o îngrijire diferențiată conform propriei sale demnități;
- c) noțiuni de anatomie, fiziologie, psihologie;
- d) cunoașterea tehnicilor, metodelor de îngrijire;
- e) cunoașterea propriei persoane:
 - a. infirmiera trebuie să-și cunoască deprinderile, calitățile, propriile puteri și slăbiciuni profesionale pentru a putea îndeplini cu succes activitatea profesională;

ASISTENȚA STĂRII TERMINALE

Moartea este o trăire personală: fiecare om trebuie să-și urmeze propriul drum către moarte. Moartea trebuie privită, din punct de vedere biologic, ca un fenomen natural care pune

capăt în mod obligatoriu existenței biologice a individului. În caz de moarte, încetează funcțiile vitale: la nivelul organelor, sistemelor, aparatelor organismului uman.

Atitudinea față de moarte este o problemă care este legată de cultura, tradiția, educația fiecărui popor. Atitudinea față de persoana care se află pe pragul dintre viață și moarte, este o sarcină grea, o problemă care ține de respectarea demnității umane.

Îngrijirile acordate în faza terminală trebuie să respecte cel puțin trei principii obligatorii:

- 1) lupta împotriva durerii fizice
- 2) acordarea îngrijirilor necesare
- 3) asigurarea confortului și a suportului moral.

Asistența, îngrijirea persoanei în faza terminală impune cunoștințe, deprinderi, atitudini, comportamente specifice.

Activitatea infirmierei

Sarcina cea mai grea a infirmierei este îngrijirea persoanei în faza terminală. În această fază, infirmiera este lipsită de bucuria de a-l vedea pe cel îngrijit că s-a vindecat. Îngrijirea devine cu atât mai grea cu cât agonia persoanei este prelungită. Persoana aflată în fază terminală trebuie îngrijit la fel ca oricare bolnav vindecabil, chiar dacă infirmiera știe că eforturile pe care le face se risipesc prin pierderea vieții celui îngrijit. În acest caz infirmiera are nevoie de o forță morală deosebită, de înțelegerea faptului că ea poate fi alinare la căpătâiul muribundului până în ultimele clipe ale vieții lui.

Moartea persoanei îngrijite poate surveni în mod brusc sau lent. În cazul persoanelor vârstnice, trecerea în neființă este un proces mai îndelungat, poate fi de câteva ore până la câteva zile, cu parcurgerea stării de agonie.

În *starea de agonie* se deteriorează funcțiile vitale ale organismului: se înrăutățește circulația sângelui, respirația devine greoaie, activitatea sistemului nervos central se diminuează. Bolnavul este palid, are culoare pământie, nasul devine ascuțit, extremitățile, fruntea, urechile devin reci, poziția în pat devine pasivă. Căderea mandibulei lasă gura întredeschisă și persoana respiră prin acest orificiu. Acest lucru determină uscăciunea limbii și a buzelor. Mușchii obrazilor și a buzelor își pierd tonicitatea și astfel se poate observa umflarea și retragerea obrazilor și buzelor în timpul inspirației și expirației. Ochii devin sticloși, adânciți în orbită, înconjurați de cearcăne, pleoapele sunt semideschise. Persoana aflată în starea de agonie nu mai înghite nimic. Pulsul este slab și neregulat, respirația este neregulată cu pierderea completă a ritmului respirator sau cu apariția horcăiturilor atunci când saliva secretată, care nu mai poate fi înghițită nu se scurge din gură și este aspirată în laringe sau trahee. Rolul infirmierei este de a sta la patul bolnavului pentru a-i ușura aceste clipe, pentru a-i șterge prin tamponări ușoare saliva sau pentru a umezi limba și buzele când sunt uscate, pentru a pune picături în ochi în vederea prevenirii uscării sclerelor.

Comportamentul bolnavului în agonie este diferit de la o persoană la alta.

Unii sunt speriați, tulburați, cuprinși de frică de moarte, alții își așteaptă sfârșitul liniștit.

De multe ori pacientul în fază terminală, deși nu dă semne de conștiență, aude și înțelege ce se vorbește în jurul lui. În nici un caz infirmiera nu trebuie să-l părăsească pe motiv că nu mai poate face nimic. Ea are datoria de a sta lângă persoana asistată până în ultima clipă. Pacientul care nu dă semne de conștiență nu trebuie tulburat prin discuții sau atitudini gălăgioase, și mai ales, nu trebuie discutată starea lui.



Obiectivele îngrijirii în faza terminală.

1) Evitarea schimbării conduitei echipei de îngrijire.

Schimbarea comportamentului îngrijirii poate sugera pacientului că totul s-a sfârșit, nu mai este nimic de făcut. Această schimbare poate consta în: părăsirea bolnavului, în izolarea sa, în rădirea vizitelor și a îngrijirilor acordate, în discuții legate de starea bolnavului. Toate acestea trebuie evitate.

2) Menținerea unei ambianțe adecvate

Pentru evitarea sentimentului de izolare, este bine ca pacientul să fie menținut în mediul ambiant obișnuit. Pentru acesta este foarte importantă temperatura camerei, pentru pacienții inconștienți se ridică temperatura camerei, iar pentru cei febrili se scade.

Când intervine starea terminală, este bine ca pacientul să se afle în camera sa obișnuită, astfel se elimină sentimentul de izolare, acesta se simte în siguranță. Astfel, trebuie evitată mutarea persoanei îngrijite în încăperi speciale, necunoscute pentru a nu determina sentimentul de izolare și spaima de moarte.

3) Asigurarea permanenței umane.

Este un obiectiv esențial al îngrijirii în faza terminală. Este bine ca persoanele care îngrijesc pacienții în fază terminală să fie în preajma lui mai mult timp, să evite contactul scurt, formal. Trebuie asigurată o prezență permanentă a rudelor, a celor apropiați. Facilitarea contactului cu rudele, cu cei dragi, cu influență benefică asupra psihicului persoanei în faza terminală, dându-i sentimentul că nu este părăsit, izolat de cei dragi. De aceea, o instituție de îngrijire trebuie să asigure familiei un program flexibil de vizitare, înțelegere și amabilitate din partea personalului, membrii familiei să fie integrați în echipa de îngrijire în interesul persoanei asistate.

Când moartea este iminentă, familia trebuie avertizată cu tact și delicatețe, oferindu-i cu răbdare toate amănuntele. Dacă membrii familiei nu au putut fi de față în momentul decesului, li se vor descrie ultimele clipe de viață ale persoanei.

4) Somnul înseamnă refacere. În măsura în care ritmul somnului este perturbat, trebuie să se asigure pacientului perioade de recuperare a somnului.

5) Înlăturarea suferințelor fizice și psihice.

Controlul durerii este unul din obiectivele majore ale îngrijirii în faza terminală. Durerile influențează mult starea bolnavului: influențează somnul, hrănirea, mobilitatea, posibilitatea de a face conversație. În starea de agonie, infirmiera care stă lângă muribund poate observa dacă acesta geme, dacă mimează durere, astfel anunțând asistenta medicală de prezența durerii și suferinței pacientului.

Suferința sufletească poate fi uneori mai mare decât durerile fizice. Pentru alinarea bolnavului este necesar să se creeze în jurul lui o atmosferă bună, de prietenie și înțelegere. Este important de știut că pacientul în fază terminală aude și simte tot ce este în jurul lui, chiar dacă în aparență se observă o lipsă de participare. Trebuie vorbit cu el în liniște și în prezența lui să nu se șoptească. Se recomandă să fie atins cât mai des pentru a-i arăta că cei dragi sunt alături de el.

6) Alimentația și hidratarea pacientului.

Apetitul pacientului aflat în fază terminală scade foarte tare. Lipsa apetitului este greu suportată de membrii familiei. În această problemă trebuie satisfăcute dorințele pacientului. În nici un caz acesta nu trebuie forțat să bea și să mănânce. Totuși în funcție de starea de conștiență a pacientului, este bine să i se ofere porții mici și dese.

De asemenea, se va avea în vedere hidratarea corectă. Multe stări terminale sunt agravate de o hidratare insuficientă.

7) Îngrijirea cavității bucale.

În perioada terminală cavitatea bucală se modifică, gura trebuie ferită de uscăciune, trebuie eliminate periodic resturile alimentare, mucozitățile. Îngrijirea cavității bucale se va face conform indicațiilor echipei medicale.

8) Îngrijirile zilnice.

Acestea se referă la asigurarea confortului general al persoanei îngrijite. O persoană în perioada terminală este imobilizată total fără a-și putea satisface nevoile fundamentale. Infirmiera trebuie să acorde o grijă deosebită mobilizării periodice a poziției bolnavului pentru a evita apariția escarelor de decubit care ar crește suferințele. În cazul apariției leziunilor de decubit, de obicei, infirmiera este cea care constată de prima dată și ea trebuie să sesizeze asistenta medicală pentru a lua măsurile necesare de îngrijire.

9) Respectarea nevoilor și dorințelor personale ale bolnavului.

Sprîjinul moral are o pondere esențială în faza terminală. Respectarea dorințelor pacientului este o datorie morală. Infirmiera trebuie să-i asculte ultimele dorințe, să-l încurajeze pe pacient să și le exprime și să determine anturajul la realizarea lor.

10) Menținerea comunicării.

Acest obiectiv trebuie menținut pe tot parcursul îngrijirii persoanei în perioada terminală. Prin comunicare se poate ușura mult suferințele unui pacient. Dacă acesta dorește, prezența unui preot este resimțită ca împăcare și ușurare. Dacă pacientul nu vrea sau dacă prezența preotului îi sugerează sfârșitul implacabil, atunci se renunță.

Comunicarea prin cuvinte nu este întotdeauna realizabilă. Pacientul uneori vorbește greu, pronunță cuvinte puține, de aceea este necesar ca infirmiera să știe să asculte, să înțeleagă, să întrebe, chiar să ghicească întrebările și dorințele acestuia. Un gest simplu, o strângere de mână, o mângâiere pe frunte devine un act de comunicare, o terapie morală eficientă.

11) Decesul.

a) Decesul în spital, instituție de îngrijire.

Până în ultimul moment infirmiera se va îngriji de poziția pacientului în pat, să fie așezat comod, să nu alunece, să nu-i cadă capul înapoi sau într-o parte. Dacă are o secreție salivară prea abundentă îi va întoarce capul într-o parte. Dacă infirmiera va constata că se apropie sfârșitul, anunță asistenta medicală și medicul care trebuie să fie și ei prezenți în momentul decesului. Decesul este constatat după semnele de probabilitate ale morții: oprirea pulsului, respirației, paliditate cadaverică, relaxarea completă a musculaturii, dispariția reflexului pupilar.

Semnele sigure ale morții (rigiditatea, petele cadaverice), se instalează mai târziu și de aceea decedatul va trebui să rămână în pat încă 2 ore înainte de a-l transporta.

a) Decesul la domiciliu.

Este dorința celor mai mulți pacienți de a-și petrece ultimele clipe ale vieții acasă, în mijlocul familiei și cunoscuților.

11) Îngrijirile post-decesului.

În cazul decesului unui pacient la spital, persoanele prezente vor fi invitate să părăsească încăperea. După instalarea rigidității cadaverice îngrijirile decedatului se efectuează cu multă greutate, de aceea mortul trebuie pregătit imediat. Infirmiera va îmbrăca peste uniformă ei un halat de protecție și mănuși de cauciuc. Înlătură din pat lenjeria,

accesoriile și echipamentele auxiliare. Cadavrul va rămâne culcat pe un cearceaf și o mușama. Decedatul trebuie dezbrăcat complet, se scot bijuteriile, hainele și lenjeria se îndepărtează din pat. Ochii vor fi închiși cu tampoane umede, maxilarul inferior se leagă cu o fașă de tifon uscat împrejurul capului, membrele se întind. Regiunile murdărite de sânge, secreții, medicamente, trebuie spălate. Se îndepărtează pansamentele iar infirmiera trebuie să aibă grijă să nu atingă plăgile operatorii sau traumatiche, care trebuie conservate în vederea necropsiei. Apoi cadavrul se înfășoară în cearceaful păstrat sub el și rămâne așa până ce va fi transportat. Lucrurile rămase de la persoana decedată se inventariază în prezența unei alte persoane și se predau rudelor pe bază unui proces verbal, semnat de predare și preluare.

Transportul cadavrului trebuie făcut în liniște, cu discreție și cu tot respectul cuvenit celor morți. Apoi patul va fi spălat și dezinfectat. Accesoriile patului vor fi bine aerisite, iar lenjeria va fi spălată separat.

C. ÎNGRIJIRI SPECIFICE ALE PACIENȚILOR

1. ÎNGRIJIRI SPECIFICE ALE PACIENȚILOR DIN SECȚIILE DE PEDIATRIE

1.1 .Generalități

Copilăria este perioada din viață de la naștere până la pubertate , când au loc o serie de modificări ale organismului, determinate de procese de creștere și dezvoltare intense. Aceste procese nu interesează toate organele și sistemele în mod egal într-o anumită perioadă dată.

Copilăria se împarte în:

- Prima copilărie : - perioada neonatală precocă (primele 6 zile de viață);
- perioada de nou-născut (primele 28 de zile de viață);
- perioada de sugar (corespunde perioadei cuprinse între primele 28 de zile de viață până la 1 an);
- perioada de copil mic sau antepreșcolar (de la 1 an la 2 ½ ani);
- Copilăria a doua : - sau vârsta preșcolară (de la 2 ½ ani până la 6-7 ani);
- Copilăria a treia : - vârsta de școlar mic (până la 11-13 ani);
- pubertatea (între 11-14 ani la fete și 13-16 ani la băieți).

În secțiile Spitalelor de Copii din România sunt îngrijiți copii și adolescenți până la vârsta de 18 ani (sau până la terminarea studiilor).

1.2. Atitudinea infirmierei față de copii

Îngrijirea copilului sănătos, dar mai ales a celui bolnav, cere anumite calități din partea infirmierelor care lucrează pe secțiile de pediatrie :

- dragoste față de copii,

- Să știe cum se transmit și cum nu se transmit infecțiile cu transmitere sexuală și SIDA
- Să știe că există mijloace de protecție împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală / SIDA și cum să le folosească;
- Să știe că este bine să își controleze starea de sănătate din timp în timp, chiar dacă nu o deranjează nimic;
- Să știe ce înseamnă responsabilitatea și să își asume responsabilități;
- Să știe să aplice ceea ce știe pentru a-și rezolva problemele legate de sexualitate.

6. NOȚIUNI DE PRIM AJUTOR

Motto: "Dacă nu poți ajuta un accidentat să trăiască, măcar nu-l ajuta să moară"

NOȚIUNI ÎNTÂLNITE:

Situație de urgență - Un eveniment care creează o primejdie, afectând un individ sau o comunitate, și necesită o acțiune imediată.

Prim ajutor - Prevenirea, pregătirea pentru și oferirea unui răspuns inițial la situațiile de urgență din domeniul sănătății.

Persoana care acordă prim ajutor (**SALVATOR**) - O persoană care este instruită în primul ajutor și care poate folosi acele cunoștințe teoretice și practice pentru a proteja și salva vieți.

Plagă - Rană - Deteriorare accidentală sau intenționată a corpului, rezultată din expunerea la energie termică, mecanică, electrică, radioactivă sau chimică, sau datorată absenței unor elemente esențiale, cum ar fi căldura sau oxigenul.

Protejare - Măsurile luate pentru a preveni riscurile expunerii într-o situație de urgență (semnalizarea locului unui accident rutier, controlul riscului expunerii la sânge și alte fluide corporale, etc.).

Suport psihologic - Asistență acordată persoanelor aflate într-o situație de criză emoțională, indiferent dacă aceasta este urmare a unei accidentări fizice, a unei boli sau a stresului. Asistența urmărește reasigurarea victimei și obținerea cooperării/colaborării acesteia la măsurile ce urmează a fi luate de către un trecător, o persoană care acordă prim ajutor și/sau serviciul de urgență.

Siguranța - O situație în care pericolele pentru viața sau sănătatea victimei, persoane care acordă prim ajutor sau a trecătorilor sunt minimizate, controlate sau absente.

Hemoragiile - sunt scurgeri ale sângelui în afara vaselor sanguine.

Cum să facem față unei situații de urgență

1. PĂSTRĂȚI-VĂ CALMUL.

- Păstrându-vă calmul în timp ce ajutați victima, o veți ajuta să fie calmă și să coopereze.
- Dacă victima devine neliniștită, starea sa se poate agrava.

2. PLANIFICAȚI RAPID CE TREBUIE SĂ FACEȚI

- Învățați procedurile de bază și repetați-le periodic pentru a putea face față oricând este necesar.

3. TRIMITEȚI DUPĂ AJUTOR PROFESIONIST

• Sosirea rapidă a ajutorului poate salva o viață. Rețineți și folosiți numărul de urgență 112 și cum să comunicați la telefon.

- Cine telefonează? (numele, numărul de telefon, adresa)
- Ce s-a întâmplat? (accident auto, explozie, incendiu)
- Unde?
- Câte victime?

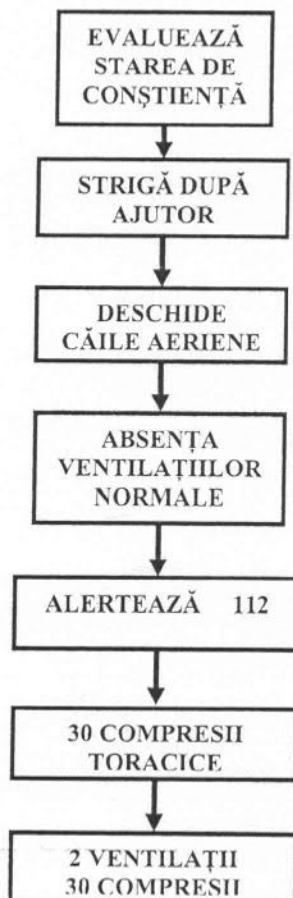
4. ÎNCURAJAȚI VICTIMA

- Anunțați victima că personalul calificat este pe drum și încercați să o faceți să se simtă cât mai bine cu putință.
- Arătându-i că vă pasă, inspirați încredere.

SUPORTUL VITAL DE BAZĂ LA ADULT

Suportul vital de bază (SVB) reprezintă menținerea libertății căilor aeriene, suportul ventilației și circulației fără ajutorul vreunui echipament cu excepția dispozitivelor de protecție.

*Algoritmul Suportului
Vital de Bază*



1. Se asigură securitatea salvatorului, victimei și a persoanelor din jur.

Odată ce are loc o urgență, trebuie să vă asigurați că locul accidentului este sigur pentru toată lumea.

Persoanele pe care trebuie să le aveți în vedere sunt:

- dumneavoastră,
- privitorii,
- victima/ele.

Asigurați-vă timp pentru a face o evaluare primară a locului accidentului și identificați obiectele care pot fi periculoase.

Pericolele pot consta în:

- substanțe chimice,
- electricitate,
- apă curgătoare,
- foc, fum, gaz,
- materiale inflamabile,
- traficul rutier,
- materiale metalice ascuțite,
- suprafețe alunecoase,
- structuri instabile.

Nu interveniți în situațiile periculoase. Lăsați personalul de urgență, care este instruit, pregătit, și are echipament adecvat fiecărei situații, să intervină.

Punându-vă viața în pericol puteți deveni o victimă, așa că așteptați să sosească echipele specializate.

În unele situații puteți înlătura pericolele sau puteți scoate victima/ele din zona periculoasă.

Exemple:

- curățarea zonei de cioburile provenite de la un accident auto,
- oprirea electricității de la panoul de curent,
- scoaterea cheilor din contact.

Trebuie să evitați să mutați o victimă, cu excepția cazurilor în care zona poate deveni periculoasă pentru aceasta.

2. Se evaluează starea de conștientă a victimei: se scutură ușor de umeri și se întreabă cu voce tare: "s-a întâmplat ceva?"; (fig. 1)



Figura 1: Evaluarea stării de conștientă

3.1. Dacă victima răspunde verbal sau prin mișcare:

- se lasă în poziția în care a fost găsită (cu condiția să fie în siguranță), este evaluată starea victimei și, dacă este necesar, se solicită ajutor;
- se trimite o persoană după ajutor sau, dacă salvatorul este singur, lasă victima și merge chiar el după ajutor;
- salvatorul reevaluează periodic victima.

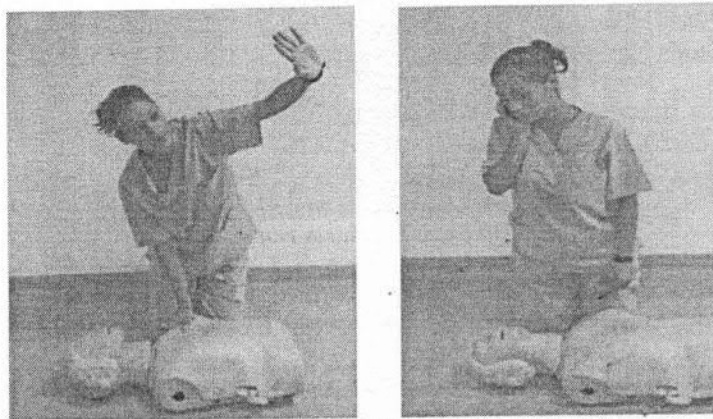


Figura 2: Solicitare ajutor

3.2. Dacă victima nu răspunde:

- salvatorul trebuie să solicite ajutor; (fig.2)
- victima va fi așezată în decubit dorsal;
- se deschid căile aeriene plasând o mână pe frunte și, cu blândețe, se împinge capul spre spate, păstrând policele și indexul libere pentru eventuala pensare a nasului (dacă va fi necesară ventilarea);
- cu vârfurile degetelor celeilalte mâini plasate sub menton se ridică bărbia victimei pentru a deschide căile aeriene. (fig.3)

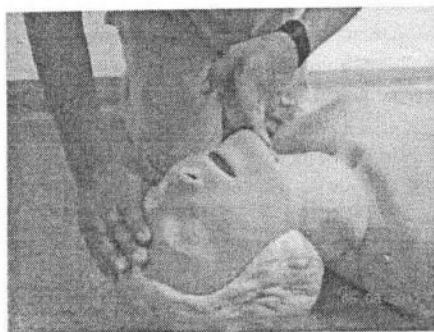


Figura 3: Deschiderea căilor aeriene

4. Menținând căile aeriene deschise, salvatorul încearcă să stabilească, timp de maxim 10 secunde, dacă victima respiră normal (se exclud mișcările ventilatorii ineficiente, "gasp" - urile) : (fig.4)

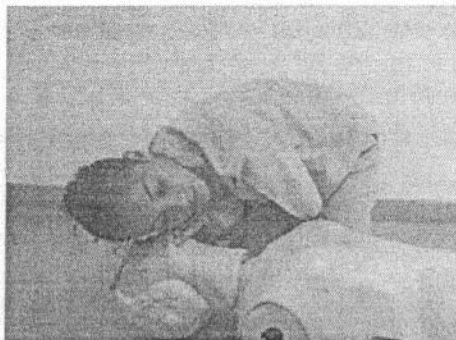


Figura 4: Evaluarea respirației

- privind mișcările peretelui toracic anterior;
- ascultând zgomotele respiratorii de la nivelul căilor aeriene superioare;
- simțind fluxul de aer pe obraz.

În primele minute după oprirea cordului victima mai poate respira slab sau poate avea gasp - uri rare, zgomotoase. Nu trebuie confundate cu respirația normală. Încercarea de a determina existența unor respirații normale privind, ascultând și simțind fluxul de aer, trebuie să dureze cel mult 10 secunde. Dacă salvatorul nu este sigur că victima respiră normal, trebuie să acționeze ca și cum ea nu ar respira normal.

5.1. Dacă victima respiră normal:

- se pune în poziție de siguranță;
- salvatorul va trimite pe cineva după ajutor, iar, dacă este singur, va lăsa victima și se va duce după ajutor;
- se reevaluează respirația.

5.2. Dacă victima nu respiră normal:

- salvatorul va trimite pe cineva după ajutor, iar dacă este singur, va lăsa victima și se va duce după ajutor. La întoarcere va începe compresii toracice;
- salvatorul îngenunchează lângă victimă;
- se plasează podul palmei pe centrul toracelui victimei;
- podul palmei celeilalte mâini se plasează peste mâna care se află pe torace și se întrepătrund degetele mâinilor, evitând astfel compresia pe coaste. (fig. 5). Poziția mâinilor trebuie să fie astfel încât să nu exercite presiune pe regiunea epigastrică sau pe appendicele xifoid;
- salvatorul se va poziționa vertical deasupra toracelui victimei și, cu coatele întinse, va efectua compresia cu 4-5 cm a sternului (fig. 6);
- după fiecare compresie, toracele trebuie să revină la normal fără a pierde contactul mâinilor cu sternul; compresiile și decompresiile se continuă cu o frecvență de 100/minut (ceva mai puțin de 2 compresii/sec);

- compresiile și decompresiile trebuie să fie egale ca intervale de timp.

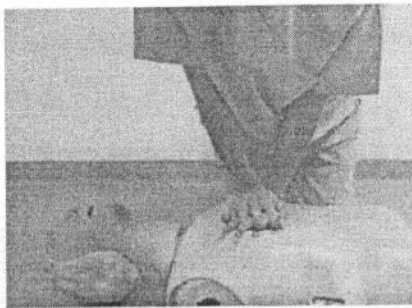


Figura 5: Poziția mâinilor

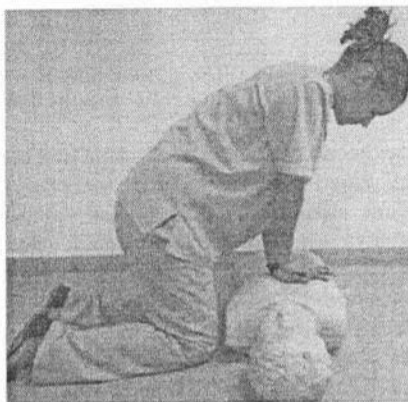


Figura 6: Poziția corectă în compresiile toracice

6.1. Combinarea compresiilor toracice cu ventilațiile:

- după 30 de compresii se redeschid căile aeriene prin împingerea capului și ridicarea mandibulei;
- se pensează părțile moi ale nasului folosind policele și indexul mâinii de pe frunte (fig. 7);

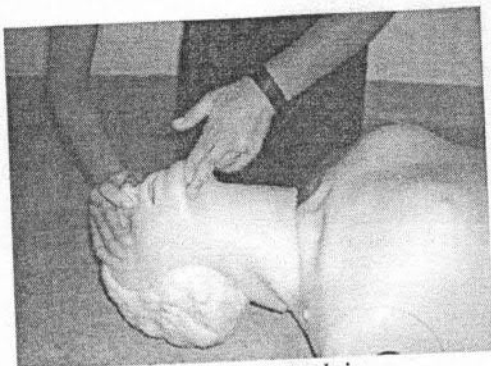


Figura 7: Pensarea nasului

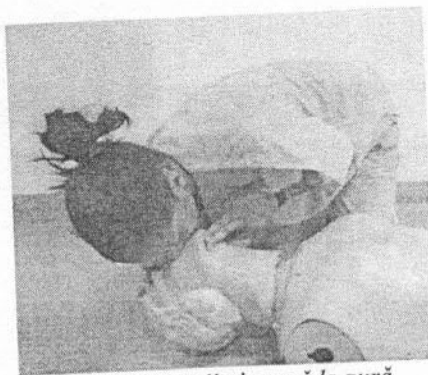


Figura 8: Ventilație gură la gură

- se deschide puțin cavitatea bucală a victimei, menținând însă bărbia ridicată;
- salvatorul inspiră normal, pune buzele în jurul gurii victimei asigurând o bună etanșeitate și expiră constant în gura victimei; în timpul expirului salvatorul va privi ridicarea peretelui toracic anterior și va urmări menținerea ridicată a acestuia timp de 1 secundă, ca într-o respirație normală; aceasta reprezintă o ventilație eficientă (fig. 8);
- se menține capul în hiperextensie și bărbia ridicată, se îndepărtează gura de victimă și se urmărește revenirea toracelui la poziția inițială, pe măsură ce aerul iese din plămâni;
- salvatorul inspiră din nou și expiră încă o dată în gura victimei, astfel încât să obțină două ventilații eficiente. După aceasta, se repoziționează rapid mâinile în poziție corectă pe toracele victimei pentru a executa încă 30 de compresii toracice;
- se continuă efectuarea compresiilor toracice și a ventilațiilor într-un raport de 30:2;
- întreruperea compresiilor și ventilațiilor pentru reevaluarea victimei este indicată doar dacă aceasta începe să respire normal, altfel, resuscitarea nu trebuie întreruptă.

6.2. Resuscitarea doar cu compresii toracice - poate fi efectuată, după cum urmează:

- dacă salvatorul nu poate sau nu dorește să administreze ventilații gură-la-gură, atunci va efectua doar compresii toracice;
- în acest caz, compresiile toracice trebuie efectuate continuu, cu o frecvență de 100/minut;
- resuscitarea va fi oprită pentru reevaluare doar dacă victima începe să respire normal; altfel resuscitarea nu trebuie întreruptă.

7. Resuscitarea va fi continuată până când:

- sosește un ajutor calificat care preia resuscitarea,
- victima începe să respire normal,
- salvatorul este epuizat fizic.

6.1. Prim ajutor în caz de înec

O resuscitare eficientă efectuată în timp util poate salva de la moarte victima unui înec. Însă, subliniază medicii, dacă salvatorul nu are noțiuni minime de prim-ajutor, el poate face victimei mai mult rău decât bine.

- Primul ajutor trebuie să înceapă cu scoaterea victimei din apă și alarmarea unui serviciu medical de urgență - 112.
- Este importantă imobilizarea victimei prin menținerea capului și a gâtului în așa fel încât să nu se poată agrava eventualele leziuni la nivelul coloanei cervicale. Atâta vreme cât nu se cunoaște mecanismul prin care s-a produs înecul, salvatorul trebuie să aibă un comportament preventiv.
- Până la sosirea echipajului medical, cel care acordă primul ajutor trebuie să aibă grijă în permanență de poziția capului și a gâtului. La scoaterea din apă, capul și gâtul trebuie ținute pe mâna salvatorului.
- Victima va fi așezată pe spate, iar dacă nu prezintă semnele vitale, se începe resuscitarea. Ea începe cu efectuarea unei inspecții rapide a căilor aeriene superioare prin deschiderea gurii, inspectarea cavității bucale și a faringelui. Alimentele, vărsătura, protezele dentare sau orice alt corp străin care obstrucționează căile respiratorii trebuie îndepărtate manual.
- Următorul pas este evaluarea respirației. Cel care acordă primul ajutor constată dacă există mișcări ale toracelui – semn al respirației –, iar cu urechea în dreptul nasului și gurii simte jetul de aer și aude șuierul respirației.
- Dacă victima nu prezintă aceste semne, se începe respirația gură la gură.
- În cazul în care apa este rece, nu trebuie uitată protecția împotriva hipotermiei. Victima va fi acoperită cu păături pentru a fi încălzită.

6.2. Primul ajutor în arsuri

Pentru arsuri minore, limitate la o zonă care nu depășește 5-8 cm diametru, acționați în felul următor :

- Arsura se răcorește. Se ține suprafața arsă sub jet de apă rece timp de cel puțin 5 minute sau până când cedează durerea. Răcorirea rănii reduce inflamația înlăturând căldura provocatoare de leziuni.
- Se acoperă arsura cu un bandaj de tifon steril. Nu se folosește vată (sau alt material pufos) care poate irita pielea. Bandajarea ține aerul departe de pielea arsă, reduce durerea și protejează pielea.
- Nu se aplică grăsimi sau creme.

! Atenție

- **Nu se folosește gheață.** Punând gheața direct pe o arsură se poate provoca o degerătură, agravând rana.
- **Nu spargeți flictenele.**
- **Pentru arsurile majore, formați 112.** Până sosește ajutorul de urgență, luați următoarele măsuri :
 - **Nu scoateți hainele arse.** Totuși, verificați ca victima să nu mai fie în contact cu materiale care se topec, sau să fie expusă la fum ori căldură.

- **Nu introduceți arsuri mari, severe în apă rece.** Acest lucru poate provoca un șoc.
- **Verificați existența semnelor vitale** (respirație, tuse sau mișcare). Dacă nu există nici un fel de respirație sau alt semn de circulație, începeți resuscitarea cardiopulmonară.
- **Acoperiți zona arsurii.** Folosiți un bandaj răcoros, umed, steril, o pânză umedă curată sau prosoape umede.

6.3. Primul ajutor în cazul fracturilor, entorselor, luxațiilor

- În cazul **fracturilor de craniu**, accidentatul va fi culcat pe spate cu capul ușor ridicat, pe care se aplică o pungă de gheață pentru combaterea congestiei și inflamației.
- În **fracturile feței**, primul ajutor constă în oprirea hemoragiei, îngrijirea riguroasă a plăgii în fracturile deschise, reducerea fragmentelor deplasate și fixarea lor printr-un plasture adeziv, asepsia riguroasă a nasului, gurii și gâtului.
- În **fracturile coloanei vertebrale**, accidentatul este imediat culcat pe spate pe un plan dur și rezistent (ușă, scândură, targa) perfect plane, căptușite cu pături, haine, echipament etc. Imobilitatea absolută este obligatorie, evitându-se mișcările trunchiului.
- În **fracturile toracelui**, cel afectat este culcat pe spate sau pe partea cu fractură păstrându-se un repaus cât mai complet.
- **Fracturile bazinului** produc mari neajunsuri. Accidentatul se culcă pe spate și rămâne nemișcat. Se aplică comprese reci, pungă cu gheață pe regiunea prevezicală.
- La nivelul membrului superior, în **fracturile antebrăului și mâinii** membrul se sprijină în eșarfă, cu cotul îndoit. Degetele și mâna se fixează pe o atelă de carton sau scândurică, antebratul se fixează pe o scândură sau atelă din sârmă. Atelele pentru antebrat trebuie să ajungă până la mijlocul brațului; brațul și antebratul se fixează de corp prin eșarfă.
- În **fracturile membrului inferior**, primul ajutor urmărește o bună contenție a fragmentelor, până la spital. În fracturile coapsei, membrul inferior se imobilizează în atele ce merg pe partea inferioară, până în regiunea superioară a coapsei. În fracturile gambei sau gleznei fără deplasarea segmentelor, este suficient un pansament compresiv și repaus.

În cazul entorselor se aplică manevra RGCR:

- **(R) Repaus:** mișcarea întreține sângerarea, motiv pentru care persoana accidentată trebuie să stea nemișcată;
- **(G) Gheață:** se aplică o pungă cu gheață în jurul ariei lezate. Temperatura scăzută determină constricția vaselor sangvine și astfel se reduce sângerarea în interiorul articulației, iar durerea scade;
- **(C) Compresia:** se bandajează ferm (dar nu prea strâns) locul lezat folosind un bandaj elastic. Acesta reduce sângerarea în articulație;

- (R) Ridicarea: piciorul, articulația lezată, se așează într-o poziție ridicată, astfel încât sângele curge invers gravitațional și circulația scade.

În luxații, primul ajutor constă în reducerea și imobilizarea regiunii lezate. Pentru luxații minore se aplică manevre RGCR, dacă există dubii, leziunea trebuie tratată ca o luxație.



De reținut:

De cele mai multe ori, pentru persoanele fără pregătire medicală este greu de diferențiat entorsa de luxație sau fractură. De aceea în fața unei victime, care se plânge de dureri la nivelul scheletului sau articulației, întotdeauna se va pune în repaus absolut zona dureroasă. Acest lucru se realizează prin imobilizarea provizorie a regiunii.

6.4. Primul ajutor în cazul hemoragiilor

- În **epistaxis (hemoragia din nas)**, bolnavul se așează pe un scaun, fotoliu, cu capul ridicat ușor pe spate și se face o compresie cu degetul pe aripa nazală respectivă; concomitent, se introduce un tampon de vată îmbibat într-o soluție de apă oxigenată, soluție slabă de oțet etc.; se pot aplica comprese reci pe ceafă, frunte, față, nas; Oprirea hemoragiilor se numește hemostază și se poate face prin diferite mijloace: mecanice, fizice, chimice și biologice;
- La **plăgile cu hemoragii mici (venoase sau capilare)** este suficient un pansament compresiv; sângerarea din plăgile extremităților se poate opri prin simpla ridicare a brațului sau piciorului rănit, prin flexarea sa maximă din articulație, când vasele se comprimă și hemoragia se oprește.
- **Hemoragia arterială** se oprește prin comprimarea vasului de planul osos subiacent;
- În cazul plăgilor vaste cu lezarea **vaselor mari ale extremităților**, metoda cea mai eficace de hemostază este aplicarea garourilor (din cauciuc sau pânză) sau a celor improvizate din șireturi, batiste, sfori, curele, etc.;
- Garoul, odată cu oprirea sângerării, produce oprirea circulației sângelui în porțiunea de membru situată dedesubtul lui. Din această cauză menținerea sa mai mult de 2 ore poate duce la complicații deosebit de grave. Totdeauna la montarea unui garou trebuie atașat un bilet, care însoțește bolnavul, și pe care se notează obligatoriu următoarele date: nume, prenume, ora exactă a aplicării garoului. După fiecare 20-30 minute se slăbește puțin garoul pentru a permite irigarea segmentului de membru subiacent. Ridicarea garoului se face doar în condiții de spital sau de personal competent.
- Hemostaza artificială se realizează cel mai simplu printr-o compresie aplicată pe vasul sanguin lezat, ținând cont de sensul curgerii sângelui, astfel încât să se oprească sângerarea.