



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

## ÎNGRIJITOR BĂTRÂNI LA DOMICILIU



### **Competențe fundamentale**

Comunicarea la locul de muncă

### **Competențe generale la locul de muncă**

Aplicarea Normelor de Protecție a Muncii și PSI/ Situatii de urgenta  
 Asigurarea condițiilor igienico-sanitare  
 Asigurarea perfecționării profesionale  
 Completarea fișei de îngrijiri a persoanei asistate  
 Gestionarea resurselor alocate  
 Planificarea activității zilnice

### **Competențe specifice**

Acordarea îngrijirilor igienice pentru persoana asistată  
 Acordarea primului ajutor persoanei asistate  
 Asigurarea confortului bătrânului asistat  
 Asistarea alimentației și administrarea alimentelor  
 Menținerea deprinderilor persoanei asistate  
 Mobilizarea și transportul bătrânului asistat  
 Mobilizarea și transportul persoanei asistate  
 Respectarea și aplicarea prescripțiilor medicale  
 Supravegherea stării de sănătate a persoanei asistate



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!

## INTRODUCERE

*Izolarea persoanelor vârstnice nu reprezintă o consecință doar a retragerii din activitatea socială, ci și o urmare a condițiilor restrictive de mediu (lipsa ocaziilor de a realiza întâlniri sau noi cunoștințe, teama de a nu fi violențate); aceștia pot fi însă ajutați prin recâștigarea încrederii în semnificația situațiilor sociale fiind stimulați să participe la diferite reuniuni pe diverse teme referitor la socializare.*

*Deoarece de-a lungul vieții vârstnicii au cunoscut schimbări de tot genul, ei valorifică relațiile existente și prietenii vechi contactând altele noi cu multă precauție. Elementul important în cadrul unei relații /prietenii între persoanele vârstnice este reprezentat de echilibrul între contribuție și avantaj, iar pentru ca aceste relații să fie satisfăcătoare ele trebuie să fie echitabile, de aceea îngrijitorii trebuie să fie loiali, cinstiti și să respecte persoanele asistate.*

*Persoanele vârstnice trebuie sprijinite pentru ca să se poată simți încă utile pentru societate, mai ales pentru că încă sunt de ajutor pentru ceilalți membri ai societății. Dar înainte de toate trebuie să ne schimbăm modul în care îi percepem, adică nu ca pe o povară prea grea lăsată pe umerii societății.*

*În afara de suportul de care au nevoie persoanele vârstnice, se impune și reeducarea societății, în sensul combaterii așa-numitelor "mituri referitoare la vârstnici": bătrânii sunt o povară, sunt neproductivi, au întotdeauna probleme medicale, nu pot învăța, uita mereu și nu se pot bucura de viață. Mai ales familiile vârstnicilor au nevoie să fie educate în această privință, pentru restructurarea percepțiilor referitoare la ceea ce înseamnă îmbătrânirea.*

*Indiferent de vârstă, putem juca un rol important și beneficia de o mai bună calitate a vieții. Esențial este să reușim să ne valorificăm potențialul.*

*Având în vedere gradul ridicat de îmbătrânire a populației, devine din ce în ce mai imperioasă pregătirea personalului și difuzarea informațiilor cu privire la nevoile specifice ale persoanelor vârstnice pentru a le putea satisface corespunzător.*

*Reducerea veniturilor pentru pensionari a condus, treptat, la incapacitatea acoperirii cheltuielilor zilnice, generând dependența de serviciile sociale simedicele oferite de către stat. O mare parte a acestora nu dispun de resurse suficiente pentru o viață decentă, nu au condiții de a participa activ la viața publică, socială și culturală, nu au libertatea de decizie asupra propriei vieți și nu dispun de serviciile sociale de îngrijire în funcție de nevoile individuale.*

**Ocuparea forței de muncă** – speranța de viață crește, la fel ca și vârsta de pensionare. Ramâne însă teama că nu ne vom putea păstra un post, sau găsi un altul, înainte de a împlini vârsta la care am avea dreptul la o pensie decentă. Europa trebuie să îmbunătățească perspectivele profesionale ale persoanelor în vârstă.

**Participarea la viața societății** – pensionarea nu înseamnă lipsa de activitate. Multi dintre noi avem grija de cei din jur (cel mai adesea, de părinți, parteneri sau nepoți) ori lucrăm ca voluntari - eforturi prea puțin vizibile, deseori neglijate. Anul european dorește tocmai să pună în valoare astfel de contribuții și să încurajeze autoritățile și societatea să

*le creeze un cadru mai favorabil.*

**Traiu independent** – în general, starea de sănătate se înrăutățește odată cu trecerea anilor, dar nu trebuie să depunem armele. Orice mică modificare a mediului de viață poate reprezenta un ajutor nepretuit pentru persoanele afectate de anumite maladii sau handicapuri. La dificultățile aparute pe plan european și mondial legate de protecția socială, în general, și a persoanelor vârstnice, în particular, în cazul României s-au adăugat probleme suplimentare legate de perioada de tranziție economică, de lacunele cadrului legislativ și ale celui instituțional.

**Cadrul legislativ**

*În privința legislației în domeniu s-au făcut progrese și a fost, în linii generale, elaborat cadrul juridic necesar, care a ținut seama de normele europene. Menționăm în context:*



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

**Legea nr. 34/1998** privind acordarea de subvenții asociațiilor și fundațiilor cu personalitate juridică care înființează și administrează unități de asistență socială (M.M.F.P.S.P.V. a alocat importante sume unor diverse fundații și alți

beneficiari în scopul stimulării și susținerii acelor proiecte care se adresează categoriilor defavorizate, în special persoanelor vârstnice aflate în situație de dependență și care necesită îngrijiri la domiciliu);

**Legea nr. 16/2000** privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului National al Persoanelor Vârstnice care asigură dialogul social dintre persoanele vârstnice și autoritățile publice cu scopul protejării drepturilor și libertăților acestor persoane.

**Legea nr. 17/2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice (ce reglementează condițiile în care persoanele vârstnice aflate în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociale și sociomedicale - datorită stării fizice sau

psihice, ori datorită veniturilor reduse, sau care nu se pot gospodări, ori necesită îngrijire specializată - beneficiază de servicii de asistență socială și îngrijire social medicală asigurată, instituii speciale, ori după caz, la

domiciliu);

**H.G. și ordine ale ministrului** (M.M.F.P.S.P.V.) privind acreditarea persoanelor care acordă îngrijire persoanelor vârstnice, stabilirea costului mediu lunar de întreținere în caminele pentru persoanele vârstnice, evaluarea gradului de dependență. În ceea ce privește cadrul instituțional și punerea în aplicare a legilor, se constată disfuncționalități, dintre care unele au ca origine abordări de principiu defectuoase. Menționăm în acest sens că, în „Planul National Anti-Saracie și Promovare a Incluziunii Sociale” se referă la necesitatea abordării integrate a sistemului de protecție socială, care să se centreze pe problema, cu posibilități de planificare flexibilă a susținerii financiare, prin priorități contextuale. Planul National Anti-Saracie și Promovare a Incluziunii Sociale cuprinde și o viziune globală pe termen lung (10 ani), fiind complementar cu Programul Social din perioada 2002-2003 (aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.811/2002) în abordarea problemei incluziunii sociale pe termen mediu.

Se apreciază că sistemul de protecție socială „este excesiv de fragmentat instituțional. Creșterea eficienței sale este condiționată de identificarea cailor de reintegrare instituțională”.

În literatura de specialitate se subliniază existența „crizei financiare a sistemului de asigurări sociale”, care se datorează scaderii numărului de salariați și creșterii rapide a numărului de pensionari, situație datorată, în primul rând, politicii de stimulare a pensionării timpurii din anii 1990-1995. Criza financiară ar putea crea, pe anumite perioade, imposibilitatea achitării pensiilor, soluțiile de evitare a unei astfel de situații fiind dificil de elaborat, mai ales pentru termen mediu și lung.

Sistemul beneficiilor de asistență socială se confruntă cu probleme legate de metodologia și mecanismele de testare a veniturilor și de stabilire a calificării pentru ajutor, de nivelul scăzut și erodarea rapidă a acestora, lipsa fondurilor, acces limitat din cauza necunoașterii, susținere publică slabă.

Sistemul serviciilor de asistență socială, care au ca obiective „refacerea și dezvoltarea capacităților persoanelor, familiilor, colectivității de a înțelege natura problemelor cu care se confruntă, identificarea soluțiilor constructive, dezvoltarea abilităților individuale și colective de a rezolva aceste probleme”, îndeplinește în principiu două funcții esențiale:

□□ **ofera suport focalizat**, profesionalizat și susținut de resurse pentru nevoi urgente speciale (suport complementar sistemului de sprijin general ce se acordă persoanelor lipsite de resursele elementare necesare pentru a face față unor nevoi acute);

□□ **ofera suportul necesar** pentru refacerea și dezvoltarea capacităților de a face față situațiilor dificile (batrâni singuri, izolați). Prin această funcție se încearcă menținerea sau restabilirea capacității de viață autonomă.

Sistemul serviciilor de asistență socială de tip comunitar sau instituționalizate, ale cărei funcții sunt general recunoscute și pentru care a fost elaborată o lege specială, este în curs de implementare.

Asistența socială s-a dezvoltat și ea haotic, fragmentat. De exemplu, asistența vârstnicilor singuri și a celor cu dizabilități ca grupuri de risc este necesar să se facă coordonat, într-un sistem articulat de servicii și instituii care să comunice și să coopereze între ele.

Legea asistenței sociale stipulează condițiile în care persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială, modul în care se evaluează persoanele vârstnice care necesită asistență socială, stabilește serviciile comunitare pentru persoanele vârstnice la domiciliu sau în camine speciale (servicii sociale, socio medicale, și medicale).



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

## **MODULUL I BAZELE OCUPAȚIEI „ÎNGRIJITOR BATRANI LA DOMICILIU”**

### **CUPRINS:**

#### **CAPITOLUL I: INTRODUCERE ÎN OCUPAȚIA „ÎNGRIJITOR BATRANI LA DOMICILIU**

1. Profesia de îngrijitor la domiciliu
2. Asistența socială
3. Serviciile de îngrijire socială la domiciliu
4. Atribuțiile îngrijitorului la domiciliu

#### **CAPITOLUL II:**

#### **NOȚIUNI GENERALE DE PSIHLOGIE**

1. Caracteristici psihice generale ale persoanelor dependente/ bolnave

### **CAPITOLUL I**

#### **INTRODUCERE ÎN OCUPAȚIA „ÎNGRIJITOR BATRANI LA DOMICILIU”**

#### **1. PROFESIA DE ÎNGRIJITOR LA DOMICILIU**

##### **Descrierea ocupației: Îngrijitor la domiciliu (Conform standardului ocupațional)**

**Îngrijitorul la domiciliu** este persoana calificată care acordă servicii de îngrijire, *altele decât cele acordate de personalul medico-sanitar*, persoanelor adulte cu autonomie limitată.

Îngrijitorii de batrani la domiciliu calificați furnizează servicii de îngrijire personală în casele persoanelor în vârstă dependente care nu pot avea grijă de ele însele.

Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt acordate de către *îngrijitorul la domiciliu* care poate să fie angajat al unei instituții publice sau al unui furnizor de servicii din mediul privat.

Ei ajută sau înlocuiesc persoana asistată în realizarea activităților zilnice de bază (cum ar fi curățenia casei, igiena personală, pregătirea meselor – gătit și administrarea mâncării, cumpărături, sarcini administrative - plata facturilor etc).

De asemenea, îngrijitorii de batrani la domiciliu calificați iau parte la îngrijirea medicală a persoanelor în vârstă (administrarea de medicamente conform rețetei medicale, asistarea personalului medical în aplicarea procedurilor terapeutice, monitorizarea stării de sănătate a persoanei asistate).

Gestionează resursele materiale și financiare și stabilesc programul zilnic, în scopul de a îndeplini nevoile persoanelor în vârstă. Pot oferi un confort psihologic pentru beneficiarul îngrijirii conform cu caracteristicile individuale ale acestuia prin activități relationale (comunicare, activități de petrecere a timpului liber).

##### **Atribuțiile pe care le îndeplinește îngrijitorul la domiciliu sunt:**

- asigurarea îngrijirilor corporale ale persoanei îngrijite,
- asigurarea alimentației și a hidratării persoanei îngrijite,
- supravegherea stării de sănătate a persoanei,
- asigurarea igienei spațiului și a obiectelor auxiliare ale persoanei îngrijite,
- stimularea și socializarea persoanei îngrijite,
- mobilizarea și transportul persoanei îngrijite.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!



### Activități specifice desfășurate

- ❖ Activități de îngrijire personală
  - Igiena corporală
  - Imbracare
  - Hranire
  - Igiena eliminării
  
- ❖ Activități operationale specifice
  - Mobilizare
  - Exerciții de mișcare
  - Mersul pe jos în interior și exterior
  - Transportarea persoanelor în vârstă imobilizate
  - Supravegherea administrării de medicamente
  - Supravegherea stării de sănătate
  - Asistarea personalului medical în executarea procedurilor medicale
  
- ❖ Activități casnice:



- Curățenia casei
- Igiena patului
- Spălatul și calcatul hainelor
- Spălarea vaselor
- Pregătirea meselor
- Cumpărături
- Plata facturilor

### Activități recreative:

- Discuții pe diferite subiecte preferate
- Cititul
- Jocuri
- TV/radio
- Plimbări în parc

Fiecare activitate este efectuată în scopul de a ajuta sau înlocui într-un mod continuu și punctual persoana vârstnică.

Îngrijitorul la domiciliu acordă îngrijire personală următoarelor categorii de persoane:

- persoane care sunt în situație de risc și au nevoie urgentă de îngrijiri personale,
- persoane care au o boală cronică și au nevoie de îngrijiri,





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- cei care sunt singuri și, pe lângă o boală cronică fizică, dezvoltă și o boală mentală.

Persoanele cu care îngrijitorul la domiciliu menține o legătură permanentă sunt:

- beneficiarul,
- membrii familiei beneficiarului,
- membrii echipei pluridisciplinare,
- personalul instituției,
- colaboratorii externi.

*În activitatea sa îngrijitorul la domiciliu respectă drepturile persoanei îngrijite, adică cele înscrise în Constituția României, Convenția ONU cu privire la drepturile bolnavilor, legislația de protecție specială, Convenția Europeană cu Privire la Drepturile Omului.*

*Calificarea în profesia de îngrijitor la domiciliu se obține după absolvirea cursurilor de pregătire teoretică și practică la care se pot înscrie persoane adulte, care doresc să practice această ocupație.*

*Serviciile de îngrijire la domiciliu reprezintă gama de servicii și facilități acordate prin măsuri de prevenire și îngrijire în comunitate persoanelor dependente pentru ca acestea să-și sporească gradul de independență, să trăiască, pe cât de independent posibil, în propriile case.*

*Prin dependență se înțelege situația unei persoane care, ca rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.*

**Persoanele dependente** sunt persoanele care din cauza limitării sau pierderii independenței fizice sau intelectuale nu sunt capabile de a-și satisface necesitățile vitale fără ajutor permanent din partea unei terțe persoane.

Bătrânii solitari sunt persoanele care au atins vârsta de pensionare, locuiesc șingure și au nevoie de îngrijire la domiciliu permanent sau pe un termen limitat.

Persoane cu dizabilități sunt acele persoane cu activitate funcțională limitată, cauzată de unele deficiențe de natură fizică, intelectuală și senzorială ce țin de starea sănătății care necesită asistență și protecție socială specială permanentă sau temporară.

In funcție de gradul de dependență bolnavul poate fi:

- total dependent: batranul/ persoana asistata nu poate îndeplini 3 sau mai multe activități zilnice de bază (igiena și/sau alimentatie și/sau mobilizare) fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijiri medicale;
- parțial dependent: batranul/ persoana asistata nu poate îndeplini cel puțin 2 activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijiri medicale;
- independent: batranul/ persoana asistata îndeplinește activitățile zilnice de bază, dar din cauza afecțiunii necesită îngrijiri MEDICALE la domiciliu.

**Beneficiază de servicii de îngrijire la domiciliu:**

- persoanele care au atins vârsta de pensionare,
- bătrâni solitari, lipsiți de suport din partea copiilor, familiei extinse și altor persoane (prieteni, rude, vecini);
- persoanele care necesită îngrijiri temporare după spitalizare în vederea recuperării și nu au ajutor pentru îngrijire în condițiile domiciliului;
- persoanele care se externează din spital după unele intervenții chirurgicale;
- convalescenții după anumite boli: accident vascular cerebral, fracturi de col femural, paralizii;
- bolnavii în stare terminală (cancer, ciroze, ș.a.);
- persoanele care necesită îngrijiri de durată cum sunt:
- bolnavii cronici care, din cauza bolii, nu sînt capabili să-și desfășoare activitățile cotidiene (hrănire, toaletă personală, etc.) fiind imobilizați la pat și necesită ajutor permanent;
- persoanele cu dizabilități (dizabilități motorii, senzoriale, mixte);
- persoanele cu probleme de sănătate mintală, cu excepția persoanelor cu probleme de sănătate mintală în fază acută, care depășesc competențele serviciului.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

**Îngrijitorul la domiciliu** este acea persoană care a beneficiat de instruire specială în domeniul îngrijirilor la domiciliu și oferă aceste servicii.

**Reprezentantul legal al beneficiarului** este persoana desemnată în conformitate cu legea să exercite drepturile și să îndeplinească obligațiile față de persoana îngrijită, atunci când acesta nu se poate reprezenta șingur.

**Principiile „Serviciului de îngrijire socială la domiciliu” sunt următoarele:**

- respectarea demnității și autonomiei beneficiarului - prevede respectarea dreptului beneficiarului la propria decizie, propriile alegeri (cu excepția cazurilor în care viața beneficiarului sau a celor din jur este pusă în pericol);
- confidențialitatea - prevede respectarea caracterului privat al relației cu beneficiarii, și să nu se dezvăluie altor persoane aspecte confidențiale, fără acordul lor;
- accesibilitatea la servicii sociale de îngrijire la domiciliu;
- promovarea parteneriatului social ca mijloc de realizare și evaluare a serviciilor de îngrijire la domiciliu;
- responsabilizarea individuală prin stimularea capacităților personale și utilizarea resurselor existente.

#### 4. ATRIBUȚIILE ÎNGRIJITORULUI LA DOMICILIU

Îngrijitorii fac curat în casa persoanelor aflate în îngrijire, spală, schimbă lenjeria de pat și de corp a bolnavului. De asemenea ele ajută la stabilirea planului de alimentație (inclusiv diete speciale), la cumpărături de produse alimentare și la gătit. Poate ajuta bolnavii la mobilizare și eliminare, la schimbarea poziției în pat, la realizarea igienei personale, la îmbrăcat.

Personalul de îngrijire la domiciliu oferă instruire și sprijin psihologic pentru pacienții lor, pot conșilia familia și bolnavii privind nutriția, curățenia și sarcinile de uz casnic, sau pot asculta problemele bolnavilor și pot încerca, în limita competențelor, la rezolvarea acestora.

**Serviciile oferite în cadrul „Serviciului de îngrijire socială la domiciliu” sunt sub formă de:**

- suport moral;
- îngrijirea locuinței și gospodăriei;
- ajutor pentru realizarea igienei personale;
- organizarea procesului de adaptare a locuinței la nevoile persoanei dependente;
- acordarea ajutorului la procurarea produselor alimentare;
- suport la prepararea hranei;
- antrenarea în activități sociale și culturale.

**Îngrijirea la domiciliu include următoarele etape:**

- evaluarea necesităților pentru a stabili forma de îngrijire a solicitantului de servicii;
- elaborarea planului individualizat de asistență;
- implementarea planului individualizat de asistență la domiciliu și monitorizarea situației beneficiarului;
- evaluarea rezultatelor. Reevaluarea necesităților și revederea planului individualizat de asistență la domiciliu;

#### Respectarea drepturilor beneficiarului

Drepturile beneficiarilor de „Serviciul de îngrijire socială la domiciliu” sunt:

- dreptul de a rămâne în propria casă - beneficiarii pot rămâne în propriile case atât timp cât starea sănătății le permite;
- dreptul de a-și păstra identitatea - în procesul de prestare a serviciilor de îngrijire la domiciliu se ține cont de modul de viață și de necesitățile culturale, religioase, rașiale, spirituale și emoționale ale beneficiarilor;
- dreptul de a fi informat - serviciul de îngrijire socială la domiciliu informează beneficiarii despre pachetul de servicii de îngrijire la domiciliu care pot fi oferite, concomitent cu dreptul de a alege dintre acestea. Informațiile pot fi oferite sub formă de pliant sau verbal prin intermediul personalului instruit în acest sens;



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- dreptul de a lua decizii și de a fi parte activă în procesul de îngrijire - beneficiarii sau cei care îi reprezintă se implică în deciziile care se iau cu privire la serviciile ce vor fi oferite pentru ca planul de îngrijire să satisfacă necesitățile beneficiarului;
- dreptul de a primi îngrijiri adecvate propriilor necesități - îngrijirile la domiciliu sunt oferite de personal cu calificare și experiență corespunzătoare, care sunt orientați să acopere necesitățile evaluate fiecărui beneficiar în parte;
- dreptul la intimitate - respectarea intimității beneficiarului, iar personalul este instruit astfel încât să evite deranjul necorespunzător;
- dreptul de a controla și a se expune cu privire la serviciile pe care le primesc - condițiile prin care beneficiarii pot controla serviciile oferite sunt clar stabilite și exprimate de către serviciul de îngrijire socială la domiciliu la momentul semnării contractului de prestare a serviciului;
- dreptul la securitate;
- dreptul de a beneficia de servicii profesionale de asistență;
- dreptul la respect, intimitate și demnitate;
- dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată a batranul/ persoana asistată.

Toate informațiile privind starea batranul/ persoana asistată, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care batranul/ persoana asistată își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul batranul/ persoana asistată, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.

Batranul/ persoana asistată are acces la datele medicale personale.

Orice amestec în viața privată, familială a batranul/ persoana asistată este interzis, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul batranul/ persoana asistată.

Sunt considerate excepții cazurile în care batranul/ persoana asistată reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

Serviciile de îngrijire la domiciliu nu pot fi acordate fără consimțământul persoanei care necesită ajutor sau dispune de discernământul reprezentantului legal al acesteia, dacă persoana vizată este lipsită de capacitatea de exercițiu sau aceasta este limitată. În situația în care starea de sănătate a persoanei dependente nu permite obținerea consimțământului acesteia, pentru acordarea îngrijirilor la domiciliu decizia se ia de către structura teritorială de asistență socială, în baza evaluării necesităților beneficiarului și a recomandărilor medicale făcute de medicul de familie, prin consultarea și a medicului specialist, cu acordul rudelor de gradul I ale persoanei respective sau, în lipsa acestora, cu acordul unui alt membru de familie sau reprezentantului legal.

#### **Obligațiile persoanelor îngrijite la domiciliu:**

- de a furniza informații corecte cu privire la identitate, situație familială, socială, medicală și economică;
- de a participa la procesul de furnizare a serviciilor;
- de a contribui conform legislației, în vigoare, hotărârilor Conșiliului Local la plata serviciilor sociale furnizate, funcție de situația lor materială;
- de a comunica orice modificare intervenită în situația lor familială, socială, medicală și economică;
- de a respecta regulile instituției și personalul acesteia;
- de a respecta personalul și serviciile primite;
- de a participa în măsura posibilităților la serviciile casnice acordate;
- de a anunța din timp atunci când părăsește domiciliul pentru o anumită perioadă (inclusiv pentru o zi).

**Potrivit definiției OMS, starea de sănătate este caracterizată printr-o bună stare fizică, psihică și socială. Toate structurile organismului se integrează într-un echilibru funcțional, datorită căruia se mențin constantele lui fiziologice, atât în condiții de metabolism bazal, cât și în condițiile metabolice de efort. Cât timp acest echilibru funcțional se menține, se consideră că organismul se află în condiții de sănătate, condiții care îi permit realizarea oricărei activități**





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

**Sănătatea individului este rezultatul unui echilibru relativ constant între funcționarea normală a organismului sau/și adaptarea acestuia la mediul exterior.**

**Perioada adultă prelungită (de la 55 la 65 de ani)** se caracterizează printr-o oarecare diminuare a forțelor fizice, fiind o perioadă critică, mai ales pentru femei.

În perioada de la 55 la 65 de ani, sub imperiul dezangajării profesionale are loc în mai mare măsură conștientizarea simțului reușitei și al împlinirii, o încărcare cu neliniște și anxietate și pregătirea pentru un nou „șoc al realității” (pensionarea).

### **Vârstele de regresie. Caracteristici psihice ale bătrâneții**

Considerate ca vârste fragile, de involuție, etapele de după 65 de ani pun mai multe probleme clinice decât celelalte vârste. Observațiile comune consideră bătrânețea ca vârstă a înțelepciunii, cu tendințe de împăcare cu lumea și de detașare de viața.

Specialiștii consideră că se poate vorbi de 3 stadii:

stadiul de trecere spre bătrânețe (de la 65 la 75 de ani),

stadiul bătrâneții medii (de la 75 la 85 de ani),

stadiul mării bătrâneți sau al longevivilor (peste 85 de ani).

Tipul fundamental de activitate devine adaptarea la un nou orar de de activități (familiale și sociale), consultări profesionale etc.

Tipul de relații se modifica restrângându-se din aria profesională, dar și din aria altor activități.

Leșirile încep să fie conditionate tot mai mult de timpul favorabil, însoțit și de dispoziție. Este o perioadă de oarecare fragilitate biologică. Bolile mai curente sunt infarctul, cancerul, bolile respiratorii. De obicei, bolile se trec greu.

La femei sunt mai frecvente tulburările afective.

Se modifica și scad vazul și auzul.

Pot apărea degradări ale memoriei. Oamenii în vârstă uita ușor unde au pus un obiect, ce au spus într-o împrejurare sau alta etc.

Concomitent are loc o exacerbare a emoționalității, a nervozității, a stărilor de irascibilitate, a fenomenelor de dominanță și refulare mai ales în faza a doua, când se manifesta și tulburări ale unor funcții psihice – slaba cooperare, anxietate, capricii, dependente de moment etc.

Desigur, există destule persoane în vârstă care reușesc să-și conserve luciditatea și echilibrul psihic general și rămân active, cooperante, deschise la nou, se păstrează pe un palier de bună adaptare vreme îndelungată.

Multe deprinderi se mențin chiar dacă viteza acțiunilor scade.

Declinul psihic în bătrânețe este condiționat de o serie de factori ce țin atât de natura subiectivă și de structura anatomo-fiziologică a individului, cât și de condițiile de mediu, de rezistența organică și mai cu seamă a sistemului nervos central.

Inteligența poate să se mențină relativ activă. Totuși, tumultul ideilor scade, se manifesta momente de vid intelectual, urmate de momente de conștientizare a declinului pe care îl reprezintă aceste momente – teama de angajare în discursuri verbale pentru a nu apărea un astfel de vid. În aceste condiții se manifesta reticente verbale, timiditate, autism (inchidere în șine).

După 70 de ani, discursul verbal devine mai rar în cadenta.

În genere, emoțiile devin ceva mai primitive. Stările depresive au o frecvență mai mare la persoanele în vârstă, la care determina un dezechilibru în plan intern, pe de o parte, iar pe de alta parte, perturba relațiile individului cu cei din jurul său și se creează fenomene de dezadaptare.

Se pare că la majoritatea persoanelor în vârstă depresia este însoțită de o stare de teamă față de ideea morții și regretul pentru perioadele fericite din viața individuală. Asemenea stări se accentuează după pierderea partenerului sau a cunoștințelor de vârstă

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

apropiata.

În alte cazuri, ideea de inutilitate sau cea de neluare în seama de către cei din jur imprimă un caracter tragic de tristețe și sentimentul de frustrare.

Persoanele care suferă de depresie sunt pesimiste și inhibate, nefericite și neliniștite, manifesta negativism față de conversații și au greutate în activitatea de concentrare.

Batrânul preocupat cu precădere de propria sa persoană trăiește o tenșiune neplăcută și devine iritabil la situații ne semnificative.

Funcția mnezică are și ea de suferit în vârstele înaintate.

Tulburările memoriei se asociază frecvent cu cele ale gândirii și limbajului. Ideile de persecuție creează impresia persoanei că este în permanentă observată și urmărită, că nimic din ceea ce spune și gândește nu este pe placul altora. Aceste stări se pot asocia cu ideile ipohondrice când persoana se crede bolnavă și nu i se acordă atenția cuvenită, sau nu este crezută.

În plan verbal exprimarea devine anevoioasă, lentă și incoerentă. De multe ori oamenii în vârstă nu-și găsesc cuvintele potrivite, apar repetările și usoare forme de bâlbâială. Scrisul este neșigur, colțuros, tremurat și sacadat.

Fenomenele parkinsonice, care intervin frecvent, îngreuează și mai mult transpunerea ideilor în scris.

În plan comportamental, persoanele cu astfel de tulburări se manifesta ca nervoase, irascibile și trăiesc un sentiment de frustrare. În situațiile mai dificile, comportamentul aberant se traduce prin părăsirea temporară a domiciliului, vagabondaj și fuga de colectiv.

Viața social-culturală a persoanelor în vârstă este în genere mai puțin aptă de activități numeroase și variate.

La vârstele înaintate expectanța (asteptarea) obiectivă și subiectivă a morții este din ce în ce mai mare.



## 2. CARACTERISTICI PSIHICE GENERALE ALE PERSOANELOR DEPENDENTE/ BOLNAVE

### Dizabilitate și handicap

Dizabilitatea este definită ca o stare fizică, psihică sau mentală care limitează activitatea, sub diverse forme, unei persoane. Termenul "dizabilitate" este menit să îl înlocuiască pe cel de "handicap", în pofida faptului că legislația română continuă să îl includă pe cel din urmă.

Termenul "dizabilitate" este preferat celui de "handicap" printre altele deoarece relația dintre cei doi nu este de sinonimie, ci de cauză-efect. Cu alte cuvinte, o persoană care prezintă o dizabilitate de orice tip se confruntă cu un handicap în momentul în care intervine percepția socială asupra situației sale.

Handicapul se referă, asadar, la lipsa mijloacelor oferite unei persoane cu dizabilitate de a funcționa în societate întocmai ca un om obișnuit, de a merge la școală (beneficiind de o rampă de acces, dacă se deplasează într-un fotoliu rulant), de a se plimba pe stradă (având semafoare cu semnalizări sonore, dacă prezintă probleme de vedere) etc.

### Modele de dizabilitate

Dizabilitatea este percepută și abordată prin prisma a două modele: medical și social

**Modelul medical** definește persoanele cu dizabilitate din perspectiva bolii sau a condiției lor medicale. În acest model, dizabilitatea este percepută ca problema a individului, acesta din urmă fiind dependent de ceilalți și având nevoie de tratament adecvat problemei sale. Modelul medical determină excluderea sistematică a persoanelor cu dizabilitate din societate.

**Modelul social** este promovat de Uniunea Europeană și pune accentul pe mediul social neadaptat nevoilor persoanelor cu deficiențe, de unde rezultă și dificultățile cu care acestea se confruntă. Astfel, modelul social nu mai percepe dizabilitatea ca o problemă individuală, ci ca un fapt social, generat de politică, practică, atitudini și mediul inconjurător

### Dizabilitatea în legislația din România

Legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap nr.448/2006 a fost reactualizată în anul 2011. Conform acestei legi, persoanele cu dizabilitate sunt acele persoane cărora mediul



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POZ DRU  
REGIUNEA IASI 2007-2013



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

social, neadaptat deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale și/sau asociate, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața societății, necesitând măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale.

Cei care prezintă un handicap sunt priviți ca inadaptați din punct de vedere social și pentru a scăpa de această stigmatizare, ei trebuie să aibă o personalitate puternică.

Dificultăți pe care le întâmpină persoanele cu dizabilități:

1. Dificultăți de ordin general:

- dificultăți de deplasare și mișcare, pentru cei cu deficiențe fizice;
- dificultăți de exprimare și comunicare, pentru cei cu deficiențe senzoriale;
- dificultăți de adaptare la modul de viață cotidian și la rigorile vieții sociale, pentru cei cu deficiențe mintale și intelectuale;
- dificultăți de întreținere pentru persoanele lipsite de resurse și venituri sau care au venituri mici.

2. Dificultăți de ordin profesional:

- dificultăți legate de instruirea și pregătirea profesională a persoanelor cu diferite forme și grade de deficiență;
- dificultăți de plasare în locuri de muncă corespunzătoare profesiei sau absența unor locuri de muncă în condiții protejate (ateliere protejate, secții speciale de producție pentru persoane cu handicap etc.)

3. Dificultăți de ordin psihologic și social:

- bariere psihologice care apar între persoanele cu și fără handicap ca urmare a dificultăților întâmpinate în activitățile cotidiene, profesionale sau sociale, precum și datorită unor prejudecăți sau a unor reprezentări deformate cu privire la posibilitățile și activitatea persoanelor cu deficiențe

### Caracteristicile psihologice generale ale stării de boală

Deși "obiect al medicinei", boala trebuie privită și ca atitudine sufletească trăită subiectiv de bolnav, de care suntem absolut obligați să ținem seama în toate situațiile. Boala poate fi definită în trei feluri:

- a) o anumită stare a corpului;
- b) o anumită interpretare a medicului;
- c) o anumită stare de conștiință a bolnavului.

Din punct de vedere subiectiv, psihologic, boala este percepută ca o stare negativă. Conștiința sănătății se exprimă printr-un sentiment de siguranță, pe când, în cazul bolii, suferința este legată de o anumită stare particulară de slăbiciune, neșiguranță și panică reșimțită de bolnav. Esențială este anxietatea legată de starea prezentă modificată a persoanei, de posibilele complicații, de eventualitatea apariției unor noi suferințe și tulburări de ordin fiziologic sau organic.

Boala reprezintă pentru organism o agresiune deosebită cu importante consecințe.

Individul realizează pe plan psihologic boala ca pe o agresiune, ca pe un stres contra propriei persoane, ca o stare de insecuritate sau dezastru. Bolnavul/ persoana asistată poate reacționa la boala prin optimism, pesimism, negare, indiferență sau independență, el poate accepta sau refuza ideea de boală, fenomen care se exprimă prin momentul și felul adresabilității sale la medic. Reacția bolnavului după stabilirea diagnosticului va depinde de natura lui și caracteristicile psihologice ale individului.

Trăirea bolii de către persoana bolnavă cuprinde o mare varietate de comportamente și emoții. Majoritatea trăirilor sunt legate de intensitatea simptomatologiei.

Boli cu durere atroce generează trăiri psihologice de disperare, deznădejde. În aceste situații grave, bolnavul ajunge să se poarte ca un copil, caracterizat prin: egocentrism, dependență și nevoie de atenție din partea enturajului, preponderența unor afecte de tip agresiv, chiar a furiei, dar și prezența anxietății (teama) și a depresiei.

Trebuie luate în considerare și trăirile legate de consecințele sociale ale bolii. Pacienții, mai ales cei cu spitalizări îndelungate, simt că își pot pierde, în bună parte, avantajele pe care le aveau la serviciu, funcțiile etc.. De asemenea se pot schimba relațiile cu membrii enturajului apropiat, constituindu-se în factori emoționali negativi care pot afecta procesul de vindecare și recuperare.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Bolile cronice, în special cele grave și care au o evoluție defavorabilă, sunt generatoare de amenințări la adresa integrității și/sau capacităților fizice și psihice ale individului

Viața bolnavului se poate schimba radical. Problemele de sănătate, limitările fizice îl pot împiedica să îndeplinească activitățile cu care era obișnuit sau care îi asigurau mijloacele de existență. Nu mai poate merge la serviciu, nu mai poate avea aceleași relații cu cei apropiați, sunt afectate raporturile conjugale atât cele afective cât și cele sexuale.

Sunt de asemenea suprimate activitățile de recreere, pe o durată limitată sau pentru tot restul vieții.

Sub aspect comportamental, mai ales în cazul bolilor cronice, se observă adoptarea de către bolnavi a unui comportament "infantil" caracterizat prin exteriorizarea exagerată a suferinței sau atitudine poruncitoare (ori plângărească) cu care cer ajutorul celor din jur.

Dependența bolnavilor este de asemenea un aspect deosebit de important, ei fiind realmente dependenți de medic, cadrele medicale sau de echipa de îngrijire, iar în bolile foarte grave, de un tratament incomod și frecvent depersonalizant. Medicii au tendința de a se concentra în special pe boală, și mai puțin pe comunicarea afectivă.

Bolnavii sunt copleșiți de emoții intense, exprimate prin izbucniri de plâns, furie, agresivitate și sunt stăpâniți de neliniște și anxietate. Aceste simptome complică și mai mult tabloul clinic al bolii de bază, complicația majoră fiind suicidul.

Depresia la bolnavul cronic grav sau semnificativ invalidat este o reacție (oarecum) normală în plan afectiv. Ea se caracterizează în plan psihic printr-o senzație de neputință (pierderea energiei vitale), astenie, lipsa interesului pentru problemele obișnuite ale vieții (inclusiv nevoile biologice, alimentare, sexuale sau legate de conveniențele sociale - ținută, aspect), sentimente de inferioritate (culpa, devalorizare), retragere, izolare, refugiu din realitate.

#### Atitudini de suferință determinate de boală și situația de bolnav

Oamenii au atitudini diferite în fața bolii, în funcție de propria lor personalitate. Dintre acestea amintim:

- Lupta cu bala, proprie persoanei asistate/îngrijitului cu o personalitate caracterizată prin echilibru psihic și robustețe, permite o bună adaptare la realitate;
- Resemnarea, atitudine caracteristică bolnavilor cu personalitate evitantă, cu stări depresive, dezinteresate;
- Refugiul în boală, datorită beneficiilor secundare, profita de "avantajele bolii" (îngrijire din partea celorlalți, atenție deosebită etc)
- Problematizarea - atitudinea bolnavilor care consideră boala fie o pedeapsă pentru faptele care-i 'apasă', fie o ocazie bună pentru a-și dovedi forța interioară;
- Cufundarea în suferință, anxietate, agitație.

Principiile eticii în domeniul medical, aplicabile și îngrijirilor acordate persoanelor vârstnice

- sunt următoarele:
- 1. autonomia,
- 2. să nu faci rău,
- 3. binefacerea
- 4. justiția, în sensul echității/dreptății.
- Aceste patru principii și aplicarea lor au devenit un "standard" în bioetică.

#### Tipuri de personalități de bolnavi:

1. **Nepăsătorul** este tipul de bolnav indiferent față de suferința sa, pe care o privește și tratează cu superficialitate, desconsiderând-o, luând lucrurile ușor. El poate merge până la a-și nega propria boală.

2. **Nerăbdătorul** este tipul de bolnav care privește suferința sa cu mai multă seriozitate și grijă, dar care nu poate fi convins de importanța sau de severitatea bolii, de pericolele pe care aceasta le implică. El este nerăbdător, minimizează boala, schimbă frecvent medicii și tratamentele prescrise, neputându-se conforma regimului de disciplină terapeutică.

3. **Grijuliu** este tipul de bolnav meticolos, hiperconștiincios, opus celor două tipuri de mai sus. Atent cu boala, el se autoanalizează minutios, înregistrează orice fel de schimbare în evoluție. El ia boala în serios, dar nu se lasă dominat de "ideea bolii". Da medicului sau relații bune despre boală și evoluția ei și execută conștiincios prescripțiile terapeutice.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

4. **Iphondriacul** este tipul de bolnav exagerat în raport cu precedentul. El este dominat de "ideea bolii", care-i declanșează o stare de angoasă, o tensiune psihică permanentă. Totul, în cazul acesta, capătă proporții exagerate, amenințătoare, de o maximă gravitate. Bolnavul este agitat, are idei sumbre, catastrofice în legătură cu boala sa. Se consideră condamnat, suferind de afecțiuni grave, incurabile.

5. **Echilibratul** este tipul de bolnav care privește boala cu seriozitate, fără să se sperie sau să exagereze. El este lipsit de idei preconcepute. Are încredere în el, în medici și în tratamentele prescrise. Este o persoană echilibrată, ponderată, având capacitatea de a distinge anormalul de normal. Este disciplinat în ceea ce privește prescripțiile terapeutice pe care le urmează cu strictete. Are o foarte bună colaborare cu medicul curant.

## Modulul II

# COMUNICARE ȘI DEZVOLTARE PROFESIONALĂ

### CUPRINS:

#### CAPITOLUL 1: PERFECTIONAREA PROFESIONALĂ

1. Rolul formării profesionale continue
2. Identificarea necesarului de perfecționare profesională
3. Autoinstruirea profesională

#### CAPITOLUL 2: COMUNICAREA LA LOCUL DE MUNCĂ

1. Definiția și elementele comunicării
2. Tipuri de comunicare
3. Tipuri de limbaj folosite în îngrijirea la domiciliu
4. Organizarea comunicării la locul de muncă

### CAPITOLUL 1 PERFECTIONAREA PROFESIONALĂ

#### 1. ROLUL FORMĂRII PROFESIONALE CONTINUE

Fiecare om are un "bagaj" de experiențe, cunoștințe și abilități în legătură cu unul sau mai multe domenii de activitate. Pentru a cunoaște o meserie, indiferent de domeniul ales, informațiile necesare pentru a desfășura respectiva meserie sunt într-o dinamică permanentă deoarece apar noi idei și inovații specifice domeniului.

Procesul de învățare continuă, pe tot parcursul vieții, reprezintă modul în care orice persoană poate să "țină pasul" cu lumea din jurul său, dobândind cunoștințe, aptitudini și atitudini noi.

**Cunoștințele** despre un anumit domeniu pot fi acumulate din foarte multe surse: citind despre domeniul respectiv, participând la cursuri de profil, discutând cu alți practicieni ai aceleiași meserii (comunități de practică), informându-te din surse gratuite (internet, forumuri de discuție, emisiuni TV sau magazine de specialitate).

**Aptitudinea** reprezintă capacitatea de a face un anumit lucru (aptitudinea de a conduce o mașină, de a folosi un utilaj agricol, de a utiliza aparatură electronică, etc). Aptitudinile se acumulează în urma practicării unei activități până când sunt cunoscute, folosite și internalizate toate tehnicile necesare în a practica respectiva activitate.

**Atitudinea** reprezintă modul în care ne raportăm la ceea ce se întâmplă în jurul nostru și valorile pe care le atribuim fiecărei situații, eveniment, persoană sau context social. De exemplu, atitudinea față de muncă pentru unii este pozitivă, creativă, importantă și stimulativă, iar pentru alții munca este o corvoadă și o obligație inutilă către societate. Dezvoltarea tehnologiei pentru unii reprezintă oportunități de dezvoltare, pentru alții reprezintă amenințări. Iată că atitudinea este motorul personal care determină atât acumularea de cunoștințe cât și dobândirea de aptitudini noi.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Formarea profesională continuă este dată de cele trei elemente prezentate mai sus. Dacă permanent ne dezvoltăm abilitățile în a face diferite activități și acumulăm cunoștințe despre domeniul dorit sau din domenii conexe, atunci se va schimba și atitudinea față de viața, față de propria persoană sau față de ceea ce ne înconjoară.

S-a dezvoltat un nou concept:

**Life = viață**

**Long = lungă**

**Learning = învățare**

(L.L.L.) .....de care este bine să ținem cont în dezvoltarea profesională și personală. Învățarea pe tot parcursul vieții reprezintă cheia succesului individual și colectiv. O societate care învață permanent este o societate mobilă, capabilă de adaptare și care poate înregistra succese .

## 2. IDENTIFICAREA NECESARULUI DE PERFECTIONARE PROFESIONALĂ

Perfecționarea profesională începe din momentul în care am ales o anumită meserie, indiferent de conținutul acesteia.

Etapele sunt următoarele:

- suntem atrași de o anumită meserie și ne instruiem în practicarea acesteia
- începem să practicăm meseria
- ne calificăm în meseria respectivă după o anumită perioadă de practică
- ne perfecționăm cunoștințele și abilitățile în acea meserie, dezvoltând noi aptitudini

Pentru a ne putea pune în practica nevoia noastră de perfecționare este bine să ținem cont de câteva elemente:

- CE NE PLACE SĂ FACEM
- CE ȘTIM SA FĂCEM
- CE SE CERE PE PIAȚĂ

Dacă ne plac copiii este posibil să devenim educatori sau învățători. Ne vom perfecționa toată viața în a fi cei mai buni învățători și a educa cât mai bine elevii. Dar dacă în comunitatea în care trăim nu există școli sau posturile sunt ocupate, iată că a treia condiție nu este îndeplinită: nu se cere acea meserie. În acest moment intervine capacitatea noastră de adaptare: fie renunțăm la obiectivul nostru și ne dezvoltăm alte abilități, fie ne adaptăm și căutăm în altă parte locuri de muncă asemănătoare cu ce ne dorim.

Necesarul pentru perfecționarea profesională începe de la inventarierea resurselor personale răspunzând la următoarele întrebări:

- Ce știi să faci?
- De ce resurse materiale dispun (și îmi ajută în meseria aleasă)?
- Ce resurse financiare am (pe care le investesc în calificare și începerea activității)? sau Ce oportunități am de a obține calificarea gratuit (cursuri din finanțări publice, cum este cel la care participăm acum)?
- Pe ce persoane mă pot baza (cine mă poate ajuta: soțul/soția, frații, prietenii, etc)?
- Care sunt cerințele meseriei alese sau practicate deja?
- Produsele sau serviciile oferite de mine sunt căutate pe piață?

**Pentru a stabili necesarul de perfecționare profesională, răspundeți și la următoarele întrebări:**

- De ce am nevoie ca să fac mai bine meseria respectivă?
- Ce se modifică periodic la această meserie (tehnologie, legislație, oportunități)?
- Ce să fac pentru a avea mai mult succes?
- Care sunt domeniile conexe pe care dacă le cunosc îmi pot asigura un grad mai mare de confort, siguranță și rentabilitate?
- Ce cursuri, cărți sau materiale informative mă ajută (și care sunt costurile)?
- Mai am nevoie și de alte calificări (care și cu ce costuri)?

După ce aveți răspunsurile la toate aceste întrebări vă puteți face un plan de dezvoltare profesională având necesarul identificat și stabilit.

## 3. AUTOINSTRUIREA PROFESIONALĂ



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Deși noul Cod al Muncii prevede obligativitatea angajatorului de a asigura periodic stagii de perfecționare pentru angajați, este bine să nu așteptăm ca dezvoltarea noastră profesională să fie decisă și să depindă de un alt actor social. Odata aleasă o meserie, autoinstruirea este necesară pentru a deveni buni, apoi și mai buni în acea meserie. Învățarea pe tot parcursul vieții și identificarea necesarului de perfecționare stau la baza unei evoluții profesionale continue și fructuoase.

## CAPITOLUL 2 COMUNICAREA LA LOCUL DE MUNCĂ



### 1. DEFINIȚIA ȘI ELEMENTELE COMUNICĂRII

**Comunicarea este procesul prin care are loc schimbul de informații între indivizi, prin utilizarea unui sistem comun de simboluri, semne sau comportamente.**

**Prin comunicare se realizează un transfer de informații de la un emitent (expeditor) la un receptor (primitor), cu condiția ca receptorul să înțeleagă corect conținutul mesajului.**

**Comunicarea reprezintă cea mai importantă aptitudine socială și are trei modalități de manifestare: scris - citit, vorbit - ascultat, gesturi - vedere (interpretat).**

Putem spune că există șase elemente ale comunicării:

**Emitătorul** – este cel care inițiază comunicarea și care poate alege toate celelalte cinci elemente ale comunicării.

**Receptorul** – este persoana (sau persoanele) care primește mesajul transmis, îl interpretează și are o anumită reacție în urma primirii mesajului.

**Reacția sau feedback-ul** este elementul comunicării pe care îl produce receptorul. Tăcerea este un răspuns. Nepăsarea este un alt răspuns. Replica, dialogul, conflictul verbal, agresivitatea verbală sau nonverbală și multe altele sunt reacții ale receptorului la mesajul primit.

**Canalul de comunicare** – este dat de "vehiculul" care transportă mesajul: prin telefon sau față în față, cu ajutorul unui radio sau televizor, mesaje transmise prin reclame scrise, comunicări transmise prin muzică sau prin mirosuri etc. Toate cele cinci simțuri ale noastre pot fi accesate prin diferite canale de comunicare (mirosul poate recepta un mesaj olfactiv, văzul percepe orice este vizibil, auzul primește ritmuri, zgomote, muzică, gustul poate primi mesaje gustative transmise de un bucătar sau cofetar, iar simțul tactil înregistrează mesaje prin atingere, distinge căldură, frig, umiditate etc.).

**Mediul de comunicare** – reprezintă cadrul sau spațiul în care are loc comunicarea. Emitătorul poate alege canalul de comunicare și adaptează mesajul în funcție de mediul în care se afla receptorul sau schimbă mediul dacă mesajul are un caracter urgent. Mediul de comunicare poate perturba mesajul transmis (de exemplu: zgomotele din jur).

**Mesajul** este elementul din procesul comunicării care suferă cele mai multe modificări. Deși reprezintă informații pe care emitătorul dorește să le transmită, datorită regulilor sociale sau incapacității de comunicare eficientă, mesajul poate suporta primele alterări chiar de la emitător. Interpretarea acestuia este dată de gradul de interes, de cultură sau educația receptorului. Acestea, la rândul lor, pot modifica substanțial mesajul. Canalul de comunicare poate distorsiona mesajul sau îl poate chiar anula.

Aceste șase elemente ale comunicării odata cunoscute și controlate de către emitator, pot asigura rezultatele dorite în procesul comunicării.

### 2. TIPURI DE COMUNICARE

Comunicarea este un proces dinamic care depinde de mai mulți factori, elemente (enumerat mai sus). Cu cât știm mai multe despre comunicare cu atât ne pregătim mai bine pentru a ne transmite ideile și emoțiile

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

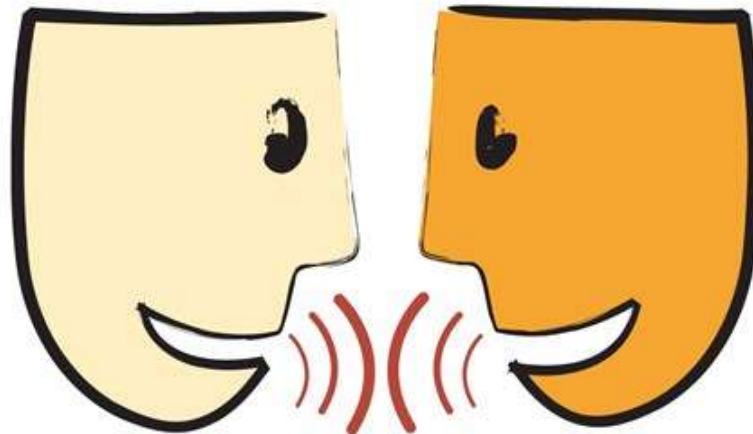
personale sau profesionale. Fiind un proces, este bine ca permanent să ne pregătim pentru o comunicare eficientă.

A. După natura semnelor utilizate și după canalul predilect de transmitere a mesajului se evidențiază trei tipuri de comunicare:

□ **verbală** – este specific umană. Informația este codificată și transmisă prin cuvânt și tot ceea ce ține de acesta, privind aspectele fonetic, lexical, morfo-sintactic. Poate fi orală (utilizează canalul auditiv) sau scrisă (utilizează canalul vizual).

Comunicarea orală este unul dintre cele mai complexe și eficiente procese de transmitere a informației. Aceasta implică participarea unui vorbitor și a unui ascultător în schimbul de gânduri, opinii sau idei, ce constituie mesajul transmis. Ca orice act de comunicare, și cel oral ține cont de o serie de elemente necesare pentru desfășurarea cu succes a procesului, elemente ce au un rol definitoriu în stabilirea gradului de eficiență a comunicării: limbajul, codul lingvistic, performanța și competența lingvistică, codificarea și decodificarea mesajului, stimulii sau calitățile emitorului și ale receptorului. Astfel, fiecare dintre ele contribuie la **transmiterea corectă a informației** și înțelegerea ei, precum și la îmbunătățirea relației ce se creează între emitor și receptor.

Ceea ce ne determină să comunicăm este intenția de a afla cât mai multe lucruri în legătură cu o anumită persoană, întâmplare sau idee, însă și pentru a ne promova ideile personale în care credem cu tărie.



### Comunicarea verbală

este una dintre activitățile specific umane ce îl deosebește pe om de celelalte ființe, prin folosirea cuvântului. Acest element fundamental pune în valoare abilitatea de a gândi a omului, ce permite schimbul de idei între indivizi și, totodată, o relaționare mai bună între aceștia, rolul său fiind unul esențial. De asemenea, comunicarea verbală permite **acumularea continuă de noi informații** ce facilitează dezvoltarea personalității, culminând cu atingerea unei trepte superioare de cunoaștere.

Fată de comunicarea scrisă, în cazul celei orale, **interacțiunea dintre emitor și receptor** are loc într-o măsură mult mai mare deoarece contactul ce se realizează între aceștia este unul direct. Acest lucru se datorează faptului că procesul are loc în prezența ambilor participanți, iar mesajul este emis și receptat rapid, oferindu-le ocazia să facă schimb de un complex de idei într-un timp mult mai scurt decât prin intermediul comunicării scrise. De asemenea, răspunsul primit poate fi exprimat cu mai multă claritate, spre exemplu prin intermediul limbajului corporal, iar reacțiile unui interlocutor pot fi observate și analizate mai atent. Așadar, **comunicarea orală** are un grad mare de eficiență în transmiterea informațiilor și prezintă numeroase avantaje, atât pentru emitor cât și pentru receptor.

Comunicarea orală se prezintă sub **diferite forme**, în funcție de situația prezentă și implicarea receptorului, ce poate avea uneori doar statutul de participant la comunicare, fără a putea interacționa direct, la rândul său, cu emitorul. În ciuda faptului că fiecare dintre aceste forme prezintă o anumită particularitate și diferă ca durată și conținut, fiind adresate unui anumit tip de public, toate au o importanță mare în interacțiunea ființelor umane și transmiterea mesajului. **Eficiența comunicării** derivă din utilizarea corectă a acestor forme ale comunicării, orale și scrise, ceea ce conduce la un schimb de informații cât mai benefic pentru indivizi și relațiile interumane ce se formează între aceștia.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

□ **nonverbală** – canalul de transmitere este cel vizual. Informația este codificată și transmisă printr-o diversitate de semne legate direct de postura, mișcarea, gesturile, mimica, înfățișarea partenerilor.

**Existența unor gesturi universale**, valabile oriunde nu poate fi negată. Peste tot în lume nedumerirea se exprimă ridicând din umeri, tristetea sau veselia sunt vizibile prin modificări fizionomice asemănătoare.



Limbajul corporal sau comunicarea non-verbală se referă la expresii faciale, mișcarea ochilor, aparența fizică, mișcări și gesturi corporale, mesaje tactile, caracteristicile vocale, utilizarea timpului, dinamica spațială și diferențele de gen și de vârstă care intervin în toate aceste domenii și implică interpretarea gesturilor, mimicii, posturii, comportamentului etc., descoperirea semnificațiilor și sensurilor care fac din toate acestea semne. Ideea de limbaj corporal beneficiază de prezumția pansemiei, iar interpretarea acestor semne de prezumția polisemiei. Din această perspectivă, corpul devine locul și instrumentul numeroaselor sisteme de semne: intonațiile expresive și semnificative ale vocii, semne gestuale, mimica, atitudini corporale și comportamentale, semne cosmetice, vestimentare, ale condiției sociale, ale regulilor instituționale, de politete, ale etichetei și atitudinilor, de exprimare a sentimentelor, legate de roluri și poziții sociale, semne ale artelor. Paul Ekman în 1965 a identificat cinci funcții ale comunicării non-verbale și anume:

- **repetarea** – dublarea comunicării non-verbale;
- **substituirea** – înlocuirea mesajelor verbale (o față posomorâtă ne spune că persoana în cauză nu se simte bine);
- **completarea** – colaborarea la transmiterea mesajelor verbale, ceea ce conduce la o mai bună decodificare a lor);
- **accentuarea/moderarea** – punerea în evidență a mesajelor verbale, amplificarea sau diminuarea celor spuse (când scandăm sloganuri, ridicăm bratul și arătăm pumnul);
- **contrazicerea** – transmiterea de semnale în opoziție cu mesajele verbale (spunem că ne bucurăm atunci când ne întâlnim cu o persoană cunoscută, dar privim în alta parte atunci când îi întindem mâna, ne vaităm că nu avem din ce trăi, dar ne afișăm cu bijuterii și haine scumpe).

Michael Argyle (1975/1988) ia în considerare patru funcții:

- **exprimarea** emoțiilor;
- **transmiterea** atitudinilor interpersonale (dominantă / supunere, plăcere / neplăcere);
- **prezentarea** personalității;
- **acompanierea** vorbirii, ca feedback pentru a atrage atenția.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!



Limbajul corporal (numit uneori prin opoziție imprecisă și „non-verbal”) este legat de obicei de o situație comunicatională directă (relații de tip față în față). El reprezintă în comunicare, relația, analogicul, față de limbajul verbal care reprezintă conținutul, digitalul. Cel mai adesea limbajul verbal transmite informații, limbajul corporal exprimă atitudinea interpersonală. Gestualitatea este separată și în principiu egală cu limbajul.



În comunicarea interumană 35% reprezintă comunicarea verbală și 65% comunicarea nonverbală, după unii autori ponderea ajungând chiar la 90%. În mediul urban, persoanele active întâlnesc zilnic zeci sau sute de persoane cu care comunică prin nonverbal.

Comportamentul nonverbal are la bază mimica, gesturile și toate mișcările corpului.

Voi încerca să explic limbajul nonverbal din punct de vedere al expresiei faciale, deoarece mimica feței ocupă un rol foarte important în relațiile interumane, conștient sau inconștient.

Poziția capului este foarte sugestivă: ridicat sau coborât, înclinat la stânga sau la dreapta, oblic la stânga sau la dreapta. Capul împins înainte ne duce cu gândul la un semn de amenințare. Capul plecat înseamnă supunere, iar capul aplecat oblic înseamnă perfidie. Cel care înalță capul, își descoperă gâtul, zona vulnerabilă, arătând astfel că nu se teme, are sentimentul propriei valori. Capul înclinat lateral dreapta înseamnă bunăvoință, ascultare, în opoziție cu înclinarea la stânga care denotă scepticism, critică, îndoială.





UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIONUL SUD-ESTULUI - I.P.O.R.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Clatinarea capului în sus și în jos înseamnă acord, aprobare, înțelegere. Clatinarea capului de la stânga la dreapta înseamnă negare, dezaprobare și acesta mișcarea a capului descurajează foarte mult persoana în cauză.

Fruntea este componenta care formează zona superioară a feței. Ea reprezintă puterile spirituale și trăsăturile de caracter asociate.

Prin contractarea mușchilor sunt generate cutele frunții, care pot fi verticale, orizontale sau încręcite. Cutele verticale se datorează concentrării pe un punct în spațiu sau a luminii orbitoare. Astfel cutole verticale devin expresia unui efort spiritual sau fizic; în valori normale sau depășite, ele exprimă disperare, furie sau emoție. Cutele orizontale apar când ochii sunt larg deschiși, când se încearcă prelucrarea informațiilor deținute, dar care nu sunt înțelese; mimica este expresia fricii, sperieturii, mirării, înțelegerii bruste a unui lucru, dar această mimica poate fi datorată obosealii, greutății cu care sunt ținuti ochii deschiși. Cutele încręcite apar la locul de intersecție dintre cele orizontale și cele verticale; exprimă panică în gândire, dificultăți în prelucrarea informațiilor.

Sprâncenele – Chinezii consideră sprâncenele drept una dintre cele cinci trăsături vitale ale feței. Într-adevăr, nici o față nu poate fi citită cum se cuvine fără a le lua în considerare.

Sprâncenele arată tipul afectiv al omului, precum și gradul de înțelegere între minte și inimă. Ele au o formă moștenită, dar prin mișcarea lor în timpul vieții, forma se modifică. Ridicarea sprâncenelor se face în semn de salut, de recunoștință și acest lucru îl putem numi chiar salutul ochilor.

În cazul dreptacilor, ridicarea sprâncenei drepte exprimă o critică, iar a celei stângi, o dispoziție de neîncredere și scepticism. Coborârea sprâncenelor are loc atunci când există un pericol iminent.

Ochii – sunt oglinda sufletului, spune o veche zicală; și este cu siguranță foarte adevărat că forma, strălucirea, culoarea și desigur mișcarea lor dezvăluie foarte multe informații despre sufletul persoanei respective.

Una dintre cele mai importante trăsături ale ochiului este strălucirea lui. Această trăsătură unică fiecărei persoane se datorează după fizic interacțiunii dintre lumina și lacrimile de la suprafața ochiului. Ochii strălucitori, vii, însă caracterizează o persoană isteată și vioaie, în timp ce ochii lipsiți de strălucire denotă nu numai oboseală și descurajare, ci și o prăbusire spirituală. Ochii transmit mesaje legate de stările sufletesti. Privirea poate fi blândă, catifelată, dură, prietenoasă.

Elementele studiate în comunicarea nonverbală în cadrul analizei ochilor sunt: gradul de deschidere, mișcarea pleoapelor, pupile și privirea. Gradul de deschidere a ochilor variază de la privirea holbată, atotcuprinzătoare, până la pleoape închise.

Ochii larg deschiși acumulează cel mai multe impresii, dar fără să facă o selecție a acestora pot spune să ei semnificativ în primul rând creativitate spirituală și nevinovăție. Ochii deschiși reflectă o stare de interes normal până la o percepție optimistă a lumii inconjurătoare.

Ochii întredeschiși exprimă oboseală, tensiune nervoasă, o participare redusă la ce este în jur și plictiseală. Mimica acestora denotă indiferență, inerție, paralizie a afectelor, resemnare, faptul că partenerul de discuție “nu merită nici o privire”.

Ochii acoperiți care au doar o fanta îngustă prin care se observă ceva punctual, care se concentrează asupra unei tinte, induc o percepție negativă datorită faptului că denotă siretenie, amenințare, agresivitate, indiscreție, egoism sau individualism.

Privirea – Modul în care privim sau suntem priviți are legătura cu nevoile noastre de aprobare, acceptare, încredere și prietenie. Chiar și a privi sau a nu privi pe cineva are un înțeles. Privind pe cineva confirmăm că îl recunoaștem prezenta, că există pentru noi; interceptarea privirii cuiva înseamnă dorința de a comunica.

Privirea ca mijloc de comunicare a sentimentelor, gândurilor, stărilor sufletesti nu ar avea aceeași semnificație în absența ochilor, ea fiind rezultată unor conexiuni între creier și inimă, modulate de firea și de educația fiecărui individ. Modul de a privi este legat de interesul față de partenerul de comunicare. Dacă persoana sau ceea ce ne spune nu ne interesează, mutăm privirea.

Există mai multe moduri de a privi: privirea paralelă, la distanță mică denotă o persoană adâncită în gândurile sale și care nu dorește să perceapă mediul inconjurător; privirea drept în ochii este un semn al dorinței de cooperare cu interlocutorul, demonstrându-i acestuia interesul și cunoașterea valorii sale. Această privire denotă onestitate, corectitudine și conștiința de sine; privirea de sus în jos se poate datoră diferenței de înălțime sau a poziției partenerilor de discuție și acest lucru poate să denote dominare, mandrie, aroganță; privirea de jos în sus are aceeași cauză ca și cea precedentă și denotă supunere sau dorință de agresivitate; privirea laterală, respectiv oblică, poate fi orientată spre stânga sau dreapta, de sus sau de jos și exprimă mai multe tipuri de informații prin combinarea acestor elemente.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Privirile au fost studiate și din punct de vedere al fundamentelor neurologice. Astfel direcția privirii indică ce idei trebuie activate: imaginile sunt activate de privirea în sus, sunetele de cea orizontală și sentimentele de privirea în jos. Privirea îndreptată spre stânga activează amintirile impersonale, obiective, logice, iar cea spre dreapta imaginația, creativitatea, amintirile personale. Asadar va da un mic pont: când cineva încearcă să-și aducă aminte un lucru real va privi spre stânga, iar când va inventa sau va minti, spre dreapta.

Nasul – Importanța nasului ca emblema a feței a fost descoperită de Aristotel și confirmată de aproape toți fiziologii de marca. Se spune că lungimea nasului, respectiv a zonei de mijloc trebuie să fie egală cu aceea a frunții și a treimii faciale inferioare. O asemenea egalitate simbolizează un echilibru interior, exprimat prin cinste, loialitate și dragoste pentru adevăr, ceea ce caracterizează orice om destoinic. Nasul oferă și el informații despre starea de spirit a unui individ. Narile se pot umfla când simțim un miros plăcut, sau dacă suntem furioși și largim narile pentru a sporii cantitatea de aer. “A stramba din nas” este o expresie dar și o mișcare a mușchilor nasului, care semnifică neplăcere, indispoziție, jena, confuzie. Mișcările frecvente ale mușchilor din zona nasului duc la apariția “cutei sensibilității” situată între partea laterală a nasului și buza superioară, iar aceasta se datorează din cauza unei stări de nemulțumire datorită unui fapt sau obiect neplăcut.

Gura – cea mai mobilă zonă a feței, ne rostește gândurile, la propriu.

Gura deschisă cu barbia lăsată înseamnă repaus lipsa de activitate.

Gura închisă poate însemna dorința de a negocia tăcut sau respingerea unui contact verbal.

Gura închisă cu buzele strânse indică închiderea în sine, solitudine, incapacitate, proastă dispoziție.

Gura și buzele pot realiza diferite mimici, cum ar fi cea de degustare, de savurare, de protest, de îngrijorare.

Prezența zămbetului confirmă disponibilitatea spre dialog. Zămbetul autentic este expresia unei stări de bucurie, de acceptare și implică și participarea ochilor. Zămbetul apare la sugar foarte devreme, cam în a cincea sau a șasea săptămână de viață. Zămbetul poate fi fabricat, prostesc, relaxat, dulceag, stramb, de frică, resemnat. Râsul este o manifestare tipic umană, ea este eliberatoare de tensiuni interne. Copiii râd mai mult decât adulții. Râsul poate fi cinic, agresiv, eliberator, blazat, îngrijorat.

Și pentru că în relațiile noastre de zi cu zi ne confruntăm cu parteneri de discuții foarte diferiți, ar trebui să avem capacitatea de a identifica dacă sunt sinceri și direcți sau dacă ascund ceva. Primul pas ar fi să constientizăm gesturile și mimica lor ce tradează minciuna.

Din punct de vedere psihosociologic, minciuna este o strategie protectivă și adaptivă de integrare a individului în complicata rețea socială. Aceasta îi asigură atât neutralitatea sau distanțarea necesară, atunci când societatea nu-i este pe plac, cât și implicarea inteligentă în vederea obținerii unei poziții sau a unui profit maxim.

Minciuna se rafinează pe măsura ce persoana dobândește o anumită experiență și ajunge la o anumită performanță cognitivă, când știe să selecteze și să ierarhizeze, dispune de o anumită performanță discursivă, este integrat în comunitate și are anumite interese. Nu minti doar de dragul de a minti. Editarea unei minciuni presupune o maturitate a conștiinței, o gândire de tip simbolic, precum și o dezvoltare minimală a limbajului. Cele mai dese minciuni sunt antrenate prin limbaj. Este mai ușor să ascunzi sau să te ascunzi în spatele cuvintelor. Te tradezi mult mai ușor prin mimica sau gestica. Mainile sau fața noastră sunt mai sincere, mai transparente.

Deci atenție la nonverbal 😊

Și la final, ca să citez un mare clasic în viața pe care îl respect și îl admir: „Trust no one. Everybody lies”

– Dr. House 😊 = Nu avea încredere în nimeni. Toată lumea minte !!!

Folosirea gesturilor nu este dependentă de folosirea limbajului, iar modalitatea gestuală este la fel de importantă ca și cea verbală pentru reprezentarea semnificației. E unită cu vorbirea numai pentru că sunt folosite simultan, pentru aceleași scopuri. Mai degrabă decât să fie un sub-produs alăturat limbajului sau o formă mai primitivă de expresie, este folosit în cooperare și servește de complement în mai multe feluri. Judee K. Burgoon, David B. Buller și W. Gill Woodall consideră că funcțiile comunicării nonverbale, dincolo de rolul acesteia în producerea și procesarea comunicării verbale sunt:

a. structurarea interacțiunii (înaintea începerii comunicării propriu-zise, servește drept ghid implicit pentru desfășurarea acesteia, indicând firul acțiunii, persoanele implicate, rolurile acestora, etc.);

b. identificarea sau proiectarea identității sinelui, funcție care se referă la modul de codificare și decodificare a mesajelor;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POZ DRZ  
REGIUNEA DEZVOLTAREI SUD-EST



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- c. formarea impresiei (modul în care sunt percepute persoanele după comportamentul lor nonverbal, formarea primei impresii);
- d. managementul relației de comunicare;
- e. exprimarea și managementul emoțiilor;
- f. managementul conversației;
- g. managementul impresiei;
- h. influența socială;
- i. înșelarea.

**Când nu este folosit limbajul verbal, gesturile își schimbă caracterul:** iau forme stabile, standardizate și devin mai sistematic legate unele de altele, în sensul că păstrează trăsăturile care le fac contrastante cu alte gesturi din sistem, indiferent dacă acele trăsături au sau nu au legătura formală cu referentul gesturilor. O atare standardizare formală are loc atunci când referenții devin și ei standardizați. O formă gestuală autonomă ajunge să fie stabilă în raport cu referenții, ceea ce deschide calea ca referenții gesturilor să devină mai generali și în consecință mai abstracti. În pantomima, gesturile reprezintă întreaga situație ca o mică pictură, în timp ce în gesturile autonome o singură unitate a semnificației este referențială.

**paraverbală** – în cazul acestei forme de comunicare canalul utilizat este canalul auditiv. Informația este codificată și transmisă prin intermediul elementelor vocale (caracteristicile vocii, particularitățile de pronunție, intensitatea rostirii, ritmul și debitul vorbirii, pauzele, intonația etc) care însoțesc cuvântul și vorbirea, în general.

B. În funcție de atitudinea pe care o avem în timpul comunicării distingem trei tipuri de comunicare :

**Comunicarea pasivă** - oamenii care abordează acest stil se tem de ofensele altora, doresc să fie plăcuți și cedează foarte ușor. Sunt de acord cu orice li se propune chiar dacă, în realitate, nu doresc acest lucru. Consideră că orice dezacord care ar veni din partea lor va conduce la agresiune și respingere din partea celorlalți. Refuză să-și exprime furia sau lucrurile neplăcute pe care le simt în legătură cu o persoană sau cu o situație. Acționează ca și când doar ceilalți ar avea dreptul să-și spună părerea și ei nu. Ei cred că sentimentele și nevoile celorlalți sunt importante și ale lor nu contează. Ca rezultat resentimentele și frustrările apar foarte repede și conduc la o stare de stres și tensiune.

**Comunicarea agresivă** - Persoanele care comunică agresiv perseverează în ceea ce doresc și obțin, de obicei, cu forța nefiind interesați dacă îi afectează pe ceilalți. Acționează astfel considerând că ei au acest drept și ceilalți nu. De altfel, pentru ei nu contează drepturile celorlalți. Nu sunt intimidați de ceilalți, acționează cu furie uneori și nu sunt interesați de sfaturile celor din jur. Furia lor și stilul dominator urmărește să "pună la punct" oamenii care încearcă să se opună intereselor lor dar aceasta atrage o antipatie colectivă de lungă durată.

**Comunicarea asertivă** – este comunicarea echilibrată care aduce permanent în discuție argumentele logice privind refuzul sau acceptarea unor situații în care o persoană comunică. Este cea mai eficientă comunicare posibilă, aducând avantaje atât asupra comunicatorului prin recunoaștere și respect cât și receptorului care se va simți ascultat și conștient de importanța sa. Oamenii asertivi luptă pentru drepturile lor dar rămân în același timp sensibili și la drepturile celorlalți în așa fel încât în lupta pentru ceea ce li se cuvine nu lezează pe nimeni. Sunt persoane relaxate și vorbesc deschis despre sentimentele lor. Stilul asertiv de comunicare presupune un echilibru între ceea ce doresc acești oameni și ceea ce-și doresc ceilalți. La baza acestui stil de comunicare stă atitudinea deschisă față de sine și față de ceilalți, ascultarea și a altor puncte de vedere și respectul față de ceilalți. Acest stil de comunicare este cel mai potrivit pentru o bună relaționare pe termen lung. Studiile arată că oamenii care abordează stilul asertiv de comunicare ajung la o bună stare emoțională. Acest stil de comunicare îți permite să-ți susții părerea fără a fi agresiv și fără a te simți umilit.

Pentru a ne dezvolta asertivitatea, este bine să ascultăm partenerii de comunicare cu interes, să exprimăm clar ceea ce avem de spus, să comunicăm ce simțim în legătura cu situația respectivă, să avem răbdarea pentru a înțelege ce vor ceilalți de la noi, care le sunt așteptările și ce au de transmis, să ne controlăm emoțiile sau nervozitatea în situațiile mai tensionate, să avem mesaje adaptate fiecărui partener de comunicare.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

## **Modalități de comunicare:**

### **Comunicarea scrisă**

Este modul în care ne adresăm în scris fie unei persoane, fie unei instituții.

Orice comunicare scrisă este bine să fie scrisă clar, concis, fără ambiguități.

Comunicarea cu instituțiile publice se face fie cu ajutorul formularelor oferite de către unele instituții (cereri diverse, reclamații, înștiințări, etc.), fie sunt concepute individual, exprimând clar, concis și coerent ceea ce solicităm respectivei instituții.

### **Comunicarea orală, față în față**

Pentru o comunicare orală eficientă este nevoie de autocontrol și mult exercițiu. Indiferent de persoana căreia ne adresăm, de funcția ocupată sau de statutul social pe care îl are, în comunicarea orală e bine să respectați câteva recomandări :

- stabilește înainte ce ai de spus;
- abordarea să fie respectuoasă;
- nu întrerupe partenerul de comunicare;
- dă răspunsuri sincere;
- exprimă emoțiile cu demnitate;
- păstrează o distanță de aproximativ 40-46 cm pentru a nu intra în spațiul intim al interlocutorului, în spațiul intim pot intra doar persoanele apropiate;
- nu consideră comunicarea un război al cuvintelor;
- ascultă ceea ce are de spus partenerul de comunicare;
- dă dovada de răbdare;
- nu te grăbii să răspunzi sau să oferi răspunsuri fără să te gândești bine înainte;
- nu lungi comunicarea inutil;
- evită orice agresivitate verbală;
- respectă modul de adresare dorit de partener;
- nu neglija poziția socială sau funcția interlocutorului și tratează totul cu respect;
- nu uita că aroganța, agresivitatea și lipsa de interes se observă foarte ușor într-o comunicare față în față.

față.

Acestei liste de recomandări se pot adăuga experiențele personale de comunicare ajungând astfel la rezultatul dorit - o comunicare eficientă.

### **Comunicarea informatizată**

Este comunicarea cu ajutorul unui calculator cu acces la internet prin diversele canale de comunicare online (email, rețele de socializare, etc.).

Acest tip de comunicare urmează aceleași recomandări ca la comunicarea scrisă, la care se mai adaugă câteva reguli specifice mediului virtual.

Câteva recomandări referitoare la comunicarea informatizată:

- separă clar comunicarea cu prietenii de comunicările oficiale;
- există un limbaj electronic specific comunicării cu persoane apropiate, un cod al prescurtarilor și un nivel de adresabilitate înțeles doar de cei apropiați care nu trebuie folosit în comunicarea oficială cu persoane care pot determina parcursul nostru profesional, cu instituțiile publice sau în medii profesionale specifice (comunități de practică virtuale, forumuri de discuții specifice, etc.).

- Paginile "personale", blogurile sau facebook-ul NU sunt deloc personale ci publice. Atenție la ceea ce postezi în blogosferă pentru a nu fi speculate acele postări (poze în ipostaze foarte libere, texte mai puțin "cenzurate", etc.).

### **Comunicarea prin telefon**

Comunicarea prin telefon urmează aproape aceleași recomandări ca în cazul comunicării verbale față în față.

Celor de mai sus se adaugă recomandarea următoare:

- când vorbești la telefon, partenerul de comunicare poate simți atitudinea și reacțiile tale.

Sinceritatea, oboseala, lipsa de interes, entuziasmul și multe alte stări sunt simțite de către cel care va asculta





UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POZ DRU  
REGIONUL SUD-ESTULUI - I.P.O.R.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

de partea cealaltă a telefonului. De aceea este bine ca o comunicare telefonică (oficială) să fie bine temperată și automonitorizată pe tot parcursul acesteia.

## 2. TIPURI DE LIMBAJ FOLOSITE ÎN ÎNGRIJIREA LA DOMICILIU

### 3.

În comunicarea cu persoana asistată folosim două tipuri de limbaj:

**1.Limbajul profesional** - este limbajul prin care comunicăm cu persoana îngrijită, cu familia sau aparținătorii acestuia și cu echipa medicală, prin care transmitem toate datele cu caracter tehnic sau informațiile medicale legate de starea de sănătate.

Va fi necesar să cunoaștem denumirile aparatului, materialelor și consumabilelor specifice muncii depuse în așa fel încât să avem un limbaj comun cu toți cei implicați în îngrijirea bolnavului.

Dacă există detalii tehnice ce nu sunt cunoscute, avem obligația să ne informăm și să explicăm persoanei asistate despre ce este vorba, la ce folosește, cum se utilizează, care sunt avantajele sau pericolele posibile.

### 2.Limbaj adaptat particularităților persoanei îngrijite

Este limbajul în primul rând decent, familiar și pe înțelesul persoanei asistate și a aparținătorilor acesteia. Un astfel de limbaj ține cont de gradul de înțelegere al persoanei asistate, de capacitatea acesteia de a recepționa mesajul și de a participa la comunicare. Un limbaj adaptat nevoilor celui asistat ne determină să fim mai empatici, mai înțelegători, mult mai apropiați sufletește de persoana asistată, în așa fel încât limbajul folosit să construiască o atmosferă de confort între persoana asistată/îngrijită și îngrijitor. Această adaptarea a noastră la particularitățile persoanei îngrijite ne solicită de multe ori calități personale precum răbdarea, empatia, bunavoința etc.

Ținând cont de particularitățile fiecărei persoane și a mediului în care aceasta trăiește, precum și de bolile sau incapacitățile fizice ale asistatului, iată mai jos câteva situații de comunicare specifice:

**Depresia.** Este o tulburare psihică, sufletească manifestată prin tendința de izolare, pierderea interesului pentru activitățile zilnice, tristețe, lipsă de energie, scăderea încrederii în sine etc. Este întâlnită mai ales la bolnavii cronici și la cei care necesită îngrijiri pe termen lung. De asemenea, foarte multe persoane vârstnice sunt depresive. În aceste cazuri, vorbirea este mai lentă, mai înceată, răspunsurile întarzie și sunt scurte. Abordarea este mai dificilă din cauza lipsei de concentrare, a sentimentului de inutilitate și neîncrederii, a pesimismului sau chiar, în cazuri grave, a ideilor de suicid. Tot în depresiile grave ne putem întâlni cu negativismul verbal, cu mutismul, adică refuzul de a vorbi, de a comunica.

În aceste cazuri, întrebările vor fi scurte, spre a nu solicita capacitatea de concentrare, reluate după o pauză, fără insistențe și persuasiune care pot determina o blocare a comunicării. Îngrijitorul va încerca să convingă persoana asistată că tot ceea ce face este în scopul de a o ocroti, de a o ajuta.

**Tulburările de auz.** Surditatea totală (mai rar) sau parțială (mai frecvent) sau hipoacuzia sunt frecvente, mai ales, la persoanele în vârstă ale cărui auz este diminuat chiar în cadrul îmbătrânirii normale. În aceste cazuri, îngrijitorul se va poziționa în așa fel încât persoana asistată să îi poată vedea fața și buzele în timp ce vorbește. De asemenea, va verifica dacă persoana folosește proteză auditivă, dacă este deschisă, dacă bateria este funcțională. Vorbirea va fi clară, simplă, cu fraze scurte, va vorbi mai tare, dar fără a țipa, rostind silabele mai rar. Va adăuga mimica și gestică, nu se va enerva, fiindcă persoana nu îl aude, sau încă nu îl aude, deoarece nu a luat măsurile menționate anterior. Eventual, îngrijitorul poate comunica cu persoana asistată prin semne, prin scris, prin desen.

**Tulburările de vedere.** Scăderea acuității vizuale este de asemenea paralelă cu înaintarea în vârstă și este de diferite grade, până la pierderea completă a vederii (cecitate vizuală). Limbajul verbal este în prim plan, renunțăm la limbajul non-verbal (gestica, mimica). Îngrijitorul va informa asistatul în legătură cu orice alte zgomote, cu prezența altor persoane care intră în cameră, cu diferite manevre necesare, de pildă necesitatea unei examinări, cercetarea unor documente personale.

**Nervozitatea.** Unele persoane asistate pot fi surprinse într-o stare deosebită de nervozitate, determinate de anumite evenimente sau fără o explicație anume. Nervozitatea poate fi datorată teamerilor, anxietății sau neputinței, stări care pot fi prevenite și risipite prin explicații și asigurări. Îngrijitorul va deturna atenția bolnavului de la obiectul supărării, nervozității, antrenând persoana în alte activități pentru o perioadă mai scurtă sau mai lungă, după care va reveni la scopul comunicării.

**Tulburările de înțelegere și de exprimare.** Se întâlnesc la persoanele cu suferințe cerebrale, cu sechele după accidente cerebrale-vasculare și se traduc prin: dificultăți în arajamentul cuvintelor în frază, greutatea de a-și găsi cuvintele, imposibilitatea de a răspunde, de a vorbi.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Îngrijitorul va adresa întrebări care să comporte răspunsuri prin „da” și „nu” sau printr-un dat din cap, va acorda mai mult timp pentru a obține răspunsurile, va observa, concomitent, comportamentul și limbajul non-verbal.

Violența constituie o situație specială care se poate întâlni la unii bolnavi și care se explică printr-o serie de cauze (care trebuie investigate dinainte): leziuni cerebrale, senilitate, diverse afecțiuni psihice, consum de alcool, reacții secundare la unele medicamente care pot determina stări de agitație. De asemenea, îngrijitorul se va informa înaintea inițierii comunicării, asupra potențialului violent al persoanei asistate (accese de violență în antecedente, confuzie și dezorientare, agitație, iritabilitate, impulsivitate, refuzul de a coopera, suspiciune).

Dacă va suspecta un potențial de violență, îngrijitorul va lua următoarele măsuri:

- va informa ceilalți membri ai echipei (e recomandabil să nu abordeze singur o astfel de persoană);
- va identifica eventualele cauze care pot declanșa violența;
- va plasa persoana într-o cameră unde poate fi observată în permanență;
- va îndepărta din preajmă obiectele ascuțite;
- nu va atinge persoana;
- nu va face mișcări bruște spre aceasta, pentru a nu-i declanșa reacții de apărare sau agresivitate;
- va păstra o anumită distanță față de persoana respectivă;
- va evita să stea cu spatele la aceasta.

#### 4. ORGANIZAREA COMUNICĂRII LA LOCUL DE MUNCĂ

##### Elemente obligatorii ale relației îngrijitorului cu persoana asistată

Pe durata intervenției sale, îngrijitorul trebuie să apeleze la toate calitățile sale privind discreția și disponibilitatea și să manifeste delicatețe și tact în relația sa verbală și non-verbală cu persoana asistată. Îngrijitorul va fi atent la semnificațiile gesturilor și cuvintelor sale pentru ca îngrijirea să ofere persoanei asistate o stare de bine, fizică și psihică.

În relația cu batranul/ persoana asistată, îngrijitorul trebuie să țină cont de următoarele elemente:

Respectul față de persoana asistată.

Îngrijitorul își va manifesta respectul față de persoana asistată prin faptul că:

- va bate la ușă înainte de a intra;
- se va adresa persoanei asistate cu pronumele de politețe „dumneavoastră”;
- nu va întrerupe activitatea de îngrijire decât în cazul apariției unei urgențe;
- va respecta ritmul (de gândire, vorbire, acțiune) al persoanei asistate;
- va atinge batranul/ persoana asistată cu blândețe, fără să îl bruscheze sau să îi provoace dureri;
- va lăsa persoana asistată să se exprime;
- va oferi persoanei asistate răspunsuri adaptate și pertinente.

Discreția. Pentru a respecta intimitatea batranul/ persoana asistată, îngrijitorul va ține cont de următoarele

- persoana asistată va fi dezbrăcată cu acordul ei (nu va fi dezbrăcată în timp ce aceasta doarme, pentru ca, terior, aceasta să se trezească dezbrăcată);
- va fi creat un cadru de siguranță și confort pentru realizarea îngrijirilor intime;
- se va manifesta gentilețe și tact în realizarea îngrijirilor intime.

Demnitatea și respectul de sine. Pentru a respecta aceste valori ale batranul/ persoana asistată, îngrijitorul va adopta următoarea condiție:

- își va stăpâni privirea în fața degradărilor fizice importante, pentru a atenua imaginea negativă pe care o poate transmite persoanei asistate;
- nu va folosi, în mod sistematic, mănuși de unică folosință, dacă nu este absolută nevoie;
- va transmite bolnavului sentimente pozitive, de apreciere și respect;
- va favoriza și stimula autonomia bolnavului (nu va face „în locul” acestuia sarcini pe care le-ar putea realiza singur).

##### Comunicarea cu familia persoanei asistate

Este important ca familia sau aparținătorii persoanei asistate să furnizeze cât mai multe detalii și particularități ale respectivei persoane, pentru ca astfel să puteți ști tabloul de preferințe, posibile manifestări,



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

situații critice sau reacții ale batranul/ persoana asistată . Pentru aceasta faceți o lista cu întrebările legate de persoana asistată/ingrijita la care familia vă poate da răspunsuri. Aceste întrebări vă vor aduce mult mai aproape de situația reală în care asistatul își desfășoară viața.

Veți informa familia sau aparținătorii acest a în legătură cu starea de sănătate a batranul/ persoana asistată , ori de câte ori va solicita acest lucru.

Uneori, există disensiuni între persoana asistată și familia acesteia, iar în această situație delicată, îngrijitorul trebuie să nu intervină.

În cazul familiilor unde persoana aflată în îngrijire suferă și de o boală terminală, anturajul apropiat al bolnavului traversează o situație de criză majoră care bulversează întregul echilibru familial. În acest context, îngrijitorul trebuie să dea dovadă de tact și compasiune în relația cu persoana asistată, însă și familia va avea nevoie de ajutor și suport. De aceea, îngrijitorul va crea un climat de încredere prin faptul că se va prezenta, va informa și va explica bolnavului și familiei acesteia intervenția sa și va implica familia în procesul de îngrijire.

#### **Feedback-ul**

Este răspunsul pe care batranul/ persoana asistată îl acordă în urma acțiunilor dumneavoastră. Cereți acest feedback ca să vă asigurați că ceea ce faceți îl mulțumește pe persoana asistată/ingrijita sau este acceptat de acesta. Binele cu forța este de evitat! Dacă batranul/ persoana asistată nu comunică pentru că este supărat, cereți părerea acest a, întrebați ce nu îi place, de ce, cum ar dori să fie ajutat. Totul se face cu tact și cu acordul batranul/ persoana asistată asistat.

În cazul familiilor unde persoana aflată în îngrijire suferă și de o boală terminală, anturajul apropiat al bolnavului traversează o situație de criză majoră care bulversează întregul echilibru familial. În acest context, îngrijitorul trebuie să dea dovadă de tact și compasiune în relația cu persoana asistată, însă și familia va avea nevoie de ajutor și suport. De aceea, îngrijitorul va crea un climat de încredere prin faptul că se va prezenta, va informa și va explica bolnavului și familiei acesteia intervenția sa și va implica familia în procesul de îngrijire.

#### **Comunicarea cu echipa medicală**

În cazul în care persoana asistată se află și sub îngrijirea unei echipe medicale, veți comunica acesteia toate informațiile solicitate.

Dacă sunt situații de urgență (hipertensiune, leșin, cădere etc.), îi informați imediat.

În activitatea zilnică, veți completa formularele puse la dispoziție de echipa medicală din care rezultă evoluția stării batranul/ persoana asistată (de exemplu, fișa de îngrijiri).

Înainte de a completa documentele cerute de echipa medicală, cereți lămuriri și indicații în legătură cu acestea (cum le completați, cum le predați, cu cine țineți legătura etc).

**Reuniuni de informare** Este posibil ca aparținătorii sau echipa medicală să convoace astfel de reuniuni în care se discută situația și evoluția batranul/ persoana asistată . La aceste întâlniri, furnizați informațiile despre persoana asistată/ingrijita clar, concis și cu profesionalism.

## **MODULUL III GESTIONAREA LOCUL DE MUNCĂ ȘI ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII**

### **CUPRINS:**

#### **CAPITOLUL 1: RESPECTAREA NORMELOR DE PROTECTIE A MUNCII (NPM) ȘI PREVENIREA ȘI STINGEREA INCENDIILOR (PSI)**

1. Tipuri de factori de risc și măsurile de prevenire a accidentelor
2. Proceduri de intervenție în caz de accident
3. Prevenirea incendiilor. Recomandări în caz de incendiu



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

## CAPITOLUL 2: IGIENA LOCUL DE MUNCĂ

1. Curatenia și dezinfectia
2. Reguli generale de practică a dezinfecției și a dezinfectantelor
3. Întreținerea, curățirea și dezinfectia locului persoanei asistate
4. Dezinfectarea obiectelor folosite de persoana asistată
5. Asigurarea cu lenjerie curată
6. Măsuri de igienă personală

## CAPITOLUL 3: GESTIONAREA RESURSELOR ȘI PLANIFICAREA ACTIVITĂȚILOR

1. Gestionarea resurselor alocate de familie
2. Gestionarea actelor și documentelor beneficiarului
3. Planificarea activităților zilnice

## CAPITOLUL 1

### RESPECTAREA NORMELOR DE PROTECȚIE A MUNCII (NPM) PREVENIREA ȘI STINGEREA INCENDIILOR (PSI)

Respectarea acestor norme se referă atât la protecția îngrijitorului cât și a persoanei asistate. Ele vizează securitatea și sănătatea angajaților la locul de muncă dar și protejarea celorlalte persoane implicate în acest proces.

Personalul de îngrijire este responsabil de respectarea normelor de protecție a muncii la locul în care își desfășoară activitatea.

Protecția muncii include următoarele etape:

1. Identificarea factorilor de risc
2. Măsuri de prevenire a accidentelor
3. Aplicarea procedurilor de intervenție în caz de accident

Pentru a preveni producerea unor accidente sau incendii, trebuie cunoscuți și identificați factorii de risc care pot duce la apariția acestora.

#### 1. TIPURI DE FACTORI DE RISC ȘI MĂSURILE DE PREVENIRE A ACCIDENTELOR

**Risc de electrocutare sau de incendii provocate de curentul electric** – Toate aparatele electrice sau electronice trebuie să fie cuplate la rețeaua de curent electric având împământare și fără sisteme improvizate. Prelungitoarele să fie poziționate pe lângă pereți, să nu se calce peste acestea, să nu prezinte întreruperi sau deteriorări. Dacă sunt observate abateri de la cele scrise mai sus, îngrijitorul va înștiința familia și cu acordul acesteia va chema specialiști autorizați care să îndepărteze orice risc electric.

Dacă în zonele cu umiditate crescută (băi sau bucătării, mansarde sau debarale) există improvizații sau aparatură care să pună în pericol de electrocutare utilizatorii, procedura este aceea de informare a aparținătorilor și de îndepărtare a pericolelor.

Aparatele electrice vor fi verificate periodic de specialiști.

După funcționare, aparatele electrice vor fi deconectate, curățate, uscate, pentru prevenirea accidentelor în momentul în care vor fi puse din nou în funcțiune.

Orice defecțiune a prizelor, întrerupătoarelor electrice va fi imediat anunțată personalului responsabil cu întreținerea acestora.

**Risc de opărire** – Este posibil în prepararea hranei sau utilizarea unor dispozitive de încălzire (perne electrice, aeroterme, etc). Se va evita manipularea obiectelor fierbinti iar în cazul în care se constată supraîncălzirea acestora, se decuplează de la sursa de încălzire (electrică sau cu gaze, sobe pe lemne sau alte surse de încălzire) până la răcirea acestora, iar manipularea se face în deplină siguranță.

**Risc de cadere** – Atât persoana asistată cât și îngrijitorul pot fi supuși acestui risc în cazurile în care există suprafețe alunecoase, praguri, etaje locuite fără protecție sau obiecte aflate în echilibru instabil, fixate necorespunzător.

Dacă se observă asemenea pericole, se va evita apropierea de zonele de risc de cădere.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Bolnavul nu va fi poziționat pe paturi înalte sau în cărucioare neomologate. Dacă e necesar, transportul bolnavului pe scări se face cu ajutorul mai multor persoane pentru siguranța bătrânului/ persoanei asistate .

**Risc de intoxicații cu substanțe chimice** – Fie substanțe folosite la întreținerea curățeniei casnice (clor, detartranti, soda, etc), fie substanțe medicamentoase, pot provoca intoxicații severe. Substanțele chimice necesare pentru întreținerea camerelor, băilor, WC-urilor, coridoarelor se vor păstra ambalate și etichetate în locuri destinate depozitării lor și vor fi utilizate conform instrucțiunilor de folosire (concentrații, temperatura etc).

Pentru a nu provoca sensibilizarea față de substanțele chimice sau medicamentoase cu care îngrijitorul vine în contact în mod frecvent, se vor întrebna mănuși, măști.

**Risc de lovire cu obiecte aflate în cădere** - se referă la obiectele de mobilier sau sisteme de depozitare care nu sunt asigurate printr-o prindere corectă.

Se va avea grijă ca în cazul în care sunt observate obiecte de mobilier în dezechilibru fără fixare rigidă să se anunțe familia sau aparținătorii asistatului . Se vor fixa corespunzător dulapurile, suspendate și toate obiectele grele.

**Risc de arsuri sau explozii cauzate de gazul metan**- În încăperile cu sobe sau aparate cu sursă de gaz metan se vor deschide geamurile pentru aerisire și se vor controla robinetele care trebuie să fie închise. Focul va fi aprins prin deșurubarea lentă a robinetelor;

Defecțiunile instalațiilor de gaz metan, scurgerile se vor anunța de urgență personalul de specialitate pentru remediere.

#### **Risc de infecții.**

Pentru prevenirea infecțiilor ce se transmit pe cale aerogenă, personalul va purta mască cu tifon.

Pentru prevenirea infecțiilor ce se transmit pe cale digestivă, personalul va evita contactul direct cu alimentele și vasele bolnavului , iar spălarea vaselor va fi urmată de dezinfectare.

Pentru prevenirea infecțiilor ce se transmit prin contact direct se vor utiliza mănuși de cauciuc pentru manipularea instrumentelor, materialul moale.

**Bolile profesionale** – sunt bolile pe care îngrijitorul le poate dezvolta pe parcursul muncii sale, cauzele lor fiind în legătură cu această muncă.

În meseria de "îngrijitor la domiciliu", dacă toate normele de protecție sunt respectate, riscul de a dobândi boli profesionale este minim. Posibile boli profesionale în această activitate sunt: boli contagioase contactate de la persoana asistată/îngrijită, infecții datorate manipulării necorespunzătoare a dejecțiilor bătrânului/ persoanei asistate , îmbolnăviri ale aparatului locomotor, îmbolnăviri provocate de substanțe chimice și medicamentoase etc.

Pentru prevenirea acestor îmbolnăviri trebuie realizate măsurile de prevenire descrise mai sus și purtarea echipamentului de protecție.

Pentru prevenirea îmbolnăvirii aparatului locomotor, trebuie dozat corespunzător efortul fizic. Ridicarea, schimbarea de poziție a bolnavului se vor executa aplicând o tehnică corectă.

#### **Mijloace de protecție**

Pentru lucrătorul în meseria de îngrijitor la domiciliu, sunt obligatorii următoarele mijloace de protecție

- halat sau costum special care se îmbracă imediat ce se ajunge la loc nta asistatului . Acestea vor asigura o igienă corespunzătoare atât pentru lucrător cât și pentru asistat. Sunt de evitat halatele care pot agăta obiectele din habitat, mânere de usi, colturi de dulapuri, etc.
- masca de unica folosință pentru zona nazală și bucală. Aceasta va feri de contaminarea cu virusi, microbi sau alte microorganisme care pot exista în habitatul asistatului , în cazul unei boli contagioase.
- dacă asistatului folosește aparatură mecanică pentru deplasare (cărucior, scripeti de ridicare, scaune de poziționare, etc.) manipularea acestora se va face doar după citirea instrucțiunilor de către operator și cunoașterea modului de funcționare.
- se va purta încălțăminte adecvată: papuci sau pantofi comozi care se vor încălța doar în incinta locnței nu și pe strada.
- pe cap se va purta boneta sau orice altceva care să permită prinderea părului și să asigure aerisirea capului .
- manșuri de protecție – ori de câte ori sunt manipulate substanțe de curățenie sau cu conținut toxic și ori de câte ori bătrânul/ persoana asistată este manipulat în vederea spălării sau întreținerii zilnice a igienei acestuia.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!

Toate aceste măsuri și mijloace de protecție protejează atât îngrijitorul cât și persoana asistată.

**Securitatea fizică a bolnavul asistat**, constă în:

- prevenirea accidentelor;
- prevenirea infecțiilor;
- prevenirea agresiunilor determinate de: agenții fizici (mecanici, termici), chimici (arsuri chimice, intoxicații), agresori umani, animale și autoagresiuni (mutilări, s.cid).

Securitatea sociologică a persoanei asistate, constă în existența și întreținerea unui mediu sănătos. Acesta este reprezentată de:

- salubritatea mediului – loc în care să fie uscată, fără igrasie, cu posibilitatea de a fi aerisită, iluminată cât mai natural cu putință;
- calitatea și umiditatea aerului 30% - 60%;
- temperatura ambiantă între 18,3 – 25 grade C;
- fără poluare fonică, chimică, microbiană;
- mediu de siguranță.

Sănătatea persoanei care efectuează îngrijiri la domiciliu (îngrijitorul) va fi menținută în parametri normali prin efectuarea controalelor periodice, iar orice modificare în starea de sănătate va fi anunțată cu promptitudine familiei/ echipei medicale pentru întreruperea activității și găsirea unui înlocuitor.

## 2. PROCEDURI DE INTERVENȚIE ÎN CAZ DE ACCIDENT

În cazul producerii unui accident, trebuie respectate următoarele etape:

- Evaluarea corectă a situației reale;
- Intervenții pentru limitarea efectelor evenimentului;
- Anunțarea familiei și a instituțiilor abilitate să intervină;
- Evacuarea în caz de incendii, cutremur etc.;
- Acordarea primului ajutor - Trusa de prim ajutor;
- Supraveghere a victimei până la venirea echipajului medical.

### 1. Analiza situației

- prin observare directă se va determina natura accidentului;
- se va analiza rapid dacă pericolul de accidentare mai persistă prin identificarea riscurilor reale (cădere de la înălțime, electrocutare, prăbușire de obiecte, incendiu, etc.)

### 2. Protejarea și examinarea victimei

- se suprimă sau se izolează pericolul, fără a se expune riscul de accidentare;
- dacă este posibil se scoate victima din zona periculoasă;
- se efectuează o examinare sumară a victimei pentru a stabili dacă aceasta poate comunica sau prezintă funcțiile vitale (puls, respirație).
- se examinează natura afecțiunii sau leziunii;
- se cercetează semnele care indică faptul că viața victimei este amenințată: sângerează abundent; răspunde la întrebări; respire; are puls;
- se stabilește ordinea de prioritate a intervențiilor.

### 3. Alertarea

- Se cere ajutorul unui serviciu medical de urgență (apelati numărul unic de urgență **112**)
- Comunicarea va cuprinde date privind:
  - o locul exact al accidentului și modul de acces;
  - o scurta descriere a felului accidentului (cădere de la înălțime, electrocutare, incendiu, etc.);
  - o natura afecțiunilor sau leziunilor;
  - o identitatea apelantului
- Va fi înștiințată familia (apartinătorii asistatului).





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Persoana care face apelul trebuie să aștepte confirmarea corectă a mesajului transmis și să rămână la telefon pentru a primi eventuale recomandări legate de modul în care se poate acorda primul-ajutor la fața locului.

#### 4. Acordarea primului ajutor

Primul-ajutor reprezintă totalitatea acțiunilor întreprinse imediat după producerea unui accident (de muncă), până la momentul intervenției cadrelor medicale de specialitate.

La locul unde s-a produs accidentul și până la intervenția cadrelor medicale de specialitate, primul-ajutor trebuie acordat de către persoane care sunt pregătite în acest scop.

#### **ATENȚIE!**

O persoană care nu este pregătită să acorde primul ajutor NU trebuie să intervină cu orice preț.

Obligațiile sale sunt:

- să nu atingă victima;
- să anunțe accidentul și să solicite ajutor calificat;
- să organizeze protecția victimei;
- să prevină extinderea stării de accident.

Este foarte important să vă creați un mediu sigur în care să acordați primul-ajutor.

Ce trebuie să faceți ca să vă protejați:

- nu intrați în contact direct cu fiiele bătrânului/ persoana asistată (sânge, salivă) deoarece se pot transmite boli;
- folosiți echipament de protecție, măști, mănuși;
- asigurați-vă că victima este într-o zonă lipsită de pericole (trafic auto, pericol electric, termic, de prăbusire etc.).

#### Cum se acordă primul-ajutor?

Tehnici/ indicații de acordare a primului ajutor :

1. Dacă victima este inconștientă, dar respiră și are puls, va fi așezată într-o poziție de siguranță, va fi acoperită pentru a înlătura pericolul scăderii temperaturii și se va supraveghea starea de conștientă, respirația, pulsul, până la sosirea ajutorului medical de specialitate.
2. Dacă victima nu vorbește, nu respiră dar are puls, se va efectua degajarea căilor respiratorii și respirația "gură la gură" sau "gură la nas".
3. Dacă victima nu respiră și nu are puls, se va efectua reanimarea cardio-respiratorie (vezi Modulul V).
4. Dacă victima vorbește dar nu poate efectua anumite mișcări se va evita deplasarea acestora; în cazul unor fracturi, dacă este posibil se va trece la reducerea acestora, prin folosirea atelelor.
5. Dacă victima sângerează abundent se va comprima vasul de sânge printr-un pansament compresiv (sau în cazul în care este posibil se va folosi garoul) sau se va efectua comprimarea manuală.
6. În cazul unor plăgi se va așeza victima într-o poziție adecvată și se va trece la curățirea și pansarea plăgii, combinat cu una din metodele de tratare a hemoragiilor.
7. În caz de electrocutare

#### **Retineti!**

*Înainte de a se efectua orice manevră de prim ajutor trebuie să vă asigurați că este întreruptă sursa de curent. În caz contrar, vă puneți viața în pericol. Se întrerupe sursa de curent electric, respectiv se deconectează alimentarea cu energie electrică. Nu se atinge sursa de curent electric cu mâinile goale.*

*Dacă acest lucru nu poate fi realizat, îndepărtați victima cu ajutorul unui obiect care să nu fie conductor: o bucată de lemn uscat, o bucată de stofă uscată sau cauciuc. În același timp, aveți grijă să fiți poziționați cu picioarele pe o suprafață uscată. Dacă nu este posibil, așezați-vă pe un obiect ce nu a intrat în contact cu apa sau purtați încălțăminte cu talpa de cauciuc.*

**Sfaturi pentru primul ajutor.** După îndepărtarea de la sursa de curent, în cazul în care victima este conștientă, se așază pe o parte și se acoperă cu o pătură.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIONUL SUD-ESTULI - I.P.O.V.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Următorul pas este îngrijirea arsurilor de la nivelul pielii și imobilizarea fracturilor. Apelați apoi la instituțiile specializate pentru ca bătrânul/ persoana asistată să fie transportat la un spital de urgență. Dacă victima se află în stare inconștientă și nu prezintă respirație spontană și puls, este necesară resuscitarea cardiorespiratorie (masaj cardiac și respirație gură la gură - cinci apăsări pe torace alternativ cu două respirații gură la gură). Repetați aceste mișcări până la sosirea echipajului de salvare.

8. În caz de arsuri:

a) În arsura cu flacăra:

- De stins urgent flacăra cu apă, zăpadă, sau prin acoperirea cu o plapumă sau haină, fără învelirea capului, pentru evitarea intoxicației cu oxid de carbon și evitarea arsurilor căilor respiratorii. Nu se permite stingerea flăcărilor cu minile goale
- După posibilitate, de scos hainele arzânde sau de tăiat. O metodă de a stinge hainele arzânde este culcarea victimei pe pământ.
- Suprafața arsă poate fi stropită timp de 15-20 minute cu apă curată, rece sau acoperirea cu zăpadă, pentru micșorarea durerii și prevenirea edemelor.
- Pe suprafețele mari de arsură se aplică o față sterilă și urgent se internează.
- Pe suprafețele arse nu se aplică unguente, grăsimi, eiuri, lactate sau alte lichide, nu se presară cu sare de bucătărie sau amidon. Toate aceste substanțe pot serios dăuna bătrânului/ persoanei asistate, infectează rană, formează o peliculă densă, ce duce la supraîncălzirea locului dat și la agravarea arsurii și urmărilor ei.

b) În arsura cu lichide fierbinti:

- Se stropeste cu apă rece locul arsurii sau se scufundă în apă rece.
- Haina nu se scoate în mod obișnuit. Este preferabilă tăierea ei. Suprafața arsurii este foarte sensibilă și ușor poate fi distrusă pielea sau bulele formate.

c) În arsura cu substanțe chimice:

- Se scot sau se taie hainele îmbibate cu substanța chimică.
- Suprafața afectată se spală bine 15-20 minute sub apa curgătoare, până la dispariția mirosului specific al chimicului. Suvoiul de apă trebuie îndreptat perpendicular suprafeței arse și nu de-a lungul ei, în așa mod ca suprafața de prelingere a apei să fie cât mai mică posibil, pentru a evita răspândirea arsurii.
- Nu se spală cu apă în caz de arsuri cu acid sulfuric (se spală cu săpun și apă) sau var nestins (tifon uscat) deoarece arsurile se pot agrava!

În toate aceste cazuri se va utiliza **trusa de prim ajutor**.

O trusă de prim ajutor ar trebui să conțină următoarele:

- manual de prim ajutor
- tamponuri sterile de tifon de dimensiuni diferite
- bandă adezivă
- bandaje adezive de mai multe dimensiuni
- bandaj elastic
- atelă
- servetele antiseptice
- săpun
- unguent cu antibiotic
- soluție antiseptică
- cremă cu hidrocortizon (1%)
- acetaminofen și ibuprofen
- medicamente eliberate pe baza de prescripție medicală
- pensetă
- foarfece ascuțite
- ace de siguranță
- tamponuri cu alcool medicinal
- cel puțin 2 perechi de mănuși non-latex
- lanternă și baterii



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- suport steril pentru gură (în cazul în care sunteți nevoit să resuscitați o persoană prin respirație gură la gură)
- listă cu numerele de telefon de urgență.

### 5. Supravegherea victimei

- Se vor urmări efectele primului ajutor acordat: restabilirea circulației, oprirea hemoragiilor, stabilirea stării de conștiență, etc.
- Se vor asigura intervențiile necesare dacă survin modificări în starea victimei
- Se vor nota pe cât posibil datele importante privind accidentul, evoluția stării victimei, etc.
- La sosirea echipei medicale se vor da toate informațiile necesare despre accident și starea victimei;
- Se va însoți ambulanța până la unitatea medicală specializată care primește accidentatul.

### 3. PREVENIREA INCENDILOR

#### RECOMANDĂRI ÎN CAZ DE INCENDIU

- Se interzice utilizarea instalațiilor și aparatelor electrice cu defecțiuni ori improvizații.
- Instalațiile electrice și de încălzire se verifică periodic doar de către personal autorizat.
- Coșurile de fum se verifică periodic, fiind interzisă utilizarea lor în cazul în care prezintă fisuri, defecțiuni ori nu sunt curățate.
- La terminarea programului de lucru se deconectează aparatele/ sistemele de care nu mai este nevoie.
- Nu fumați în incinta locului.

#### Recomandări în caz de incendiu

- Comportați-vă cu calm și respectați regulile și măsurile indicate în asemenea situație;
- Dacă pentru salvarea oamenilor, trebuie să treceți prin încăperi incendiate, puneți-vă pe cap o pătură umedă;
- Deschideți cu prudență ușile, deoarece aflulul rapid de aer, provoacă creșterea rapidă a flăcărilor;
- Prin încăperile cu fum dens deplasați-vă târât sau aplecați;
- Strigați victimele (copiii de regulă se ascund sub paturi, în dulapuri, etc.), găsiți-le și salvați-le;
- Dacă vi se aprinde îmbrăcămintea, nu fugiți; culcați-vă pe pământ și rostogoliți-vă;
- Asupra oamenilor cărora li s-a aprins îmbrăcămintea, aruncați un palton, o pătură sau ceva care îi acoperă etans;
- În cazul stingerii incendiului folosiți stângătoare, apă, nisip, pământ, învelitori, etc.;
- Dacă arde suprafața verticală, apa se aruncă de sus în jos;
- Lichidele incendiate se sting prin acoperire cu nisip, pământ, cuverturi grele;
- Instalațiile electrice se sting numai după întreruperea prealabilă a surselor de energie;
- Ieșiți din zona incendiară în direcția dinspre care bate vântul;
- Aplicați pe părțile afectate pansament uscat și curat și prezentați-vă la punctele medicale.

#### RECOMANDĂRI ÎN CAZ DE INCENDIU

**Păstrați-vă calmul!**

**Anunțați incendiul**

**Telefon serviciu public pentru situații de urgență 112**

**Precizați următoarele:**

**CE s-a întâmplat?**

**UNDE s-a întâmplat?**

**Salvați persoanele aflate în pericol**

**Nu vă întoarceți spre locurile în care se manifestă incendiul pentru a vă lua obiecte personale considerate de dumneavoastră de valoare. Viața dumneavoastră este mult mai de preț.**

**ATENȚIE !**

Nu folosiți ascensorul



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

## CAPITOLUL 2 IGIENA LOCUL DE MUNCĂ

### 1. CURĂȚENIA ȘI DEZINFECTIA

Prevenirea infecțiilor presupune în primul rând respectarea riguroasă a normelor de igienă, asigurarea circ telor corespunzătoare (rufe murdare, rufe curate, alimente, etc.), respectarea principiilor de igiena individuală.

**Igiena** - ansamblul de reguli și de măsuri menite să apere sănătatea.

Igiena se realizează prin: curățare, dezinfectie, dezinsecție și deratizare.

Metode de igienizare:

**Curățarea** reprezintă suma operațiilor prin care murdăria (praf, resturi alimentare, etc.) este îndepărtată de pe diverse suprafețe de lucru, utilaje, ustensile, pereți, podele. Curățenia se face pe toată durata lucrului, ori de câte ori este necesar (nu doar la începutul sau sfârșitul activității).

**Dezinfectia** reprezintă procedura de distrugere a microorganismelor patogene sau nepatogene (microbi, virusi) de pe orice suprafețe (inclusiv tegumente), utilizându-se agenți fizici și/sau chimici.

Dezinfectia se aplică numai pe materiale și suprafețe curate. Nu se dezinfectează decât ceea ce este curat.

Curățenia și dezinfectia pot fi realizate în aceeași operație pe o suprafață datorită utilizării produselor de curățenie/dezinfectie.

**Sterilizarea** este ansamblul de metode fizico-chimice de distrugere a tuturor microbilor (de ex: fierberea).

**Dezinsecția** este operația de distrugere a insectelor dăunătoare (transmitătoare de boli) cu ajutorul unui insecticid.

**Deratizarea** este operația de stârpire a soarecilor și sobolanilor prin otrăvire cu substanțe chimice sau culturi microbiene.

#### **Materiale de curățire și dezinfectare:**

Pentru activitățile de curățenie și dezinfectie sunt necesare următoarele materiale: aspirator, lavete, bureți, mop, găleți, mătură, fâraș, mănuși de protecție, substanțe de curățat diferite suprafețe, detergenți, substanțe dezinfectante etc.

Este indicat să existe sau să se creeze un spațiu la domiciliul asistatului destinat depozitării produselor și ustensilelor utilizate pentru efectuarea curățării.

Treb să existe pubele și saci colectori de unică folosință pentru deșeuri.

Întreținerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curățării se face zilnic, după fiecare operațiune de curățare și la sfârșitul zilei de lucru.

Ustensilele utilizate se spală, se curăță, se dezinfectează și se usucă.

Persoanele care execută operațiunile de curățare și dezinfectie treb să poarte mănuși de menaj sau mănuși de latex nesterile.

Substanțele pentru curățenie și dezinfectie se găsesc în comerț. Pe fiecare produs scrie:

- compoziția,
- dacă sunt pentru curățat sau/si dezinfectie,
- unde se utilizează (bucătărie, baie),
- suprafața pe care poate fi folosită (textile, gresie, parchet etc),
- instrucțiuni de folosire (concentrație, doză etc).

Cititi cu atenție etichetele și instrucțiunile de utilizare pentru a achiziționa soluțiile necesare curățeniei și dezinfectiei și pentru a le utiliza corect, în mod corespunzător.

**Curățarea** este etapă obligatorie, permanentă și sistematică în cadrul oricărei activități sau proceduri de îndepărtare a murdăriei de pe suprafețe (inclusiv tegumente) sau obiecte, prin metode fizice (sters, măturat, aspirat, spălat) și/sau chimice (folosindu-se substanțe chimice: săpun, detergenți, dezinfectanți).

Curățarea se realizează cu detergenți, produse de întreținere și produse de curățat.

Detergentul-dezinfectant este produsul care include în compoziția sa, substanțe care curăță și substanțe care dezinfectează. Produsul are deci acțiune dublă: curăță și dezinfectează.

**Dezinfectia** poate fi:

a) profilactică: de prevenire- sursa infecțiilor nu e cunoscută, include dezinfectia apei potabile, măsuri de igienă individuală, igiena locului.

b) continuă și curentă: distrugerea germenilor în focare:



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- produse eliminate de bolnavi și purtători de germeni (urină, spută, fecale, vărsături);
- obiecte cu care batranul/ persoana asistată a venit în contact (resturi alimentare, veselă, lenjerie, mobilier, baie, WC).

Metode:

- fizice,
- chimice,
- mixte.

### 1. Metode fizice:

– la domiciliul persoanei asistate se poate utiliza dezinfectia prin căldură umedă - în cazul spălării automatizate a lenjeriei și a veselei, cu condiția atingerii unei temperaturi de peste 90 °C.

- călcatul lenjeriei;
- fierberea lenjeriei de corp și de pat, al vaselor de metal și porțelan, tacâmurilor, ploștilor;
- pasteurizarea (fierberea) lichidelor, a laptelui; eficiență 90-95%;

### 2. Metode chimice:

- se folosesc atunci când nu se pot aplica metode prin căldură;
- se face o curățare mecanică;
- apoi se face spălarea lenjeriei;
- atenție la concentrația și durata aplicării substanței;

### 3. Metode mixte:

Utilizează efectul comun al metodelor fizice și chimice. Se folosesc săpunuri, detergenți, acțiunea mecanică a apei, perilor, căldura apei și a vaporilor.

Dintre cele mai folosite și accesibile dezinfectante sunt soluțiile pe baza de clor și alcoolul medicinal.

## 2. REGULI GENERALE DE PRACTICĂ A DEZINFECȚIEI ȘI A DEZINFECTANTELOR

1. Dezinfectia profilactică completează curățarea, dar nu suplinește și nu poate înlocui sterilizarea.
2. Eficiența dezinfectiei profilactice este condiționată de o riguroasă curățare prealabilă.
3. Pentru dezinfectia în focar se utilizează dezinfectante cu acțiune asupra agentului patogen incriminat sau presupus; dezinfectia se practică înainte de instituirea măsurilor de curățare.
4. Dezinfectantele trebuie folosite la concentrațiile și timpurile de acțiune specificați în autorizație/înregistrare.
5. La prepararea și utilizarea soluțiilor dezinfectante sunt necesare:
  - a) cunoașterea exactă a concentrației de lucru în funcție de suportul supus dezinfectiei;
  - b) folosirea de recipiente curate;
6. Utilizarea dezinfectantelor se face respectându-se normele de protecție a muncii, care să prevină accidente și intoxicațiile.
7. Personalul care utilizează în mod curent dezinfectantele trebuie instruit cu privire la noile proceduri sau la noile produse dezinfectante.

Metodele de aplicare a soluțiilor chimice dezinfectante – în funcție de suportul care urmează să fie tratat	Metoda de aplicare	Observații
<b>Suprafețe – se folosesc dezinfectante pentru suprafețe</b>		
Pavimente (mozaic, ciment, linoleum, lemn etc.)	Ștergere	Curățare riguroasă, apoi dezinfecție
Pereți (faianță, tapet lavabil), uși, ferestre (tocărie)	Ștergere Pulverizare	Se insistă asupra curățării părților superioare ale pervazurilor și a altor suprafețe orizontale, precum





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!

		și a colțurilor, urmată de dezinfecție.
Mobilier, inclusiv paturi și noptiere (din lemn, metal, plastic)	Ștergere Pulverizare	Curățarea riguroasă și dezinfecția suprafețelor orizontale (partea superioară a dulapurilor, a rafturilor etc.).
Mușamale din cauciuc sau plastic, colac de cauciuc etc.	Ștergere Imersie	Dezinfecție, apoi curățare.
Cărucioare	Ștergere	Curățare, dezinfecție.

**Obiecte sanitare, recipiente de colectare, materiale de curățare - se folosesc dezinfectante pentru suprafețe**

Ploști, urinare	Imersie	După golire curățare, dezinfecție
Grupuri sanitare (WC, bazine, scaune WC),	Ștergere	Curățare, dezinfecție.
Galeți pentru curățare, ustensile pentru curățare (perii, mop, lavete, cârpe)	Spălare	Curățare, dezinfectare.
<b>Lenjerie și echipamente de protecție – se folosesc dezinfectante pentru lenjerie</b>		
Lenjerie contaminată (murdărită cu excremente, produse patologice )	Înm ere în 4 litri de soluție dezinfectanta	Necesită predezinfecție. Curațare, dezinfecție.
Echipament de protecție și de lucru din material textil	Înm ere	Se dezinfectează numai cel contaminat.
Șorțuri impermeabile din cauciuc	Ștergere	Curățare urmată de dezinfecție.
<b>Zone de preparare alimente - se folosesc dezinfectante pentru uz în bucătarii, dezinfectante pentru vasele, recipiente, tacâmuri, ustensile</b>		
Veselă, tacâmuri	Imersie sau ștergere	Curățare, dezinfecție, clătire
Suprafețe (pavimente, pereți, mese)	Ștergere Pulverizare	Curățare, dezinfecție, clătire

### 3. ÎNTREȚINEREA, CURĂȚIREA SI DEZINFECTIA LOC NȚEI PERSOANEI ASISTATE

Curățenia este un mijloc eficace de decontaminare și constă în esență din îndepărtarea praful și murdăriei de pe suprafețe, obiecte.

Încăperile, din loc nța bolnavul ce necesită îngrijire la domiciliu, vor avea destinația pentru care au fost create, existând spații de loc t și dependințe (bucărie, baie, debarale).

#### 1. Curățenia camerei persoanei asistate – se face zilnic dimineața și după masă.

Curățenia de dimineață se începe imediat după terminarea toaletei și alimentației bolnavul , iar cea de după masă se execută după odihna bolnavul , dar înaintea mesei de seară.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Dacă în timpul procesului de îngrijire, în cursul zilei, bolnavul s-a murdărit cu secreții, excreții, sânge, alimente vărsate, fecale, vărsături etc., atunci se va face o nouă curățenie imediat, fără a se ține cont de programul obișnuit.

La efectuarea oricărei curățenii se vor utiliza numai proceduri umede pentru a nu ridica praful, care poate determina infecții și alergii.

Pe cât posibil, curățenia se va face cu ferestrele deschise. Camera va fi aerisită zilnic.

Procesul de curățenie zilnică se începe cu golirea urinelor, ploștilor și înlocuirea lor cu recipiente curate. Apoi se face curățenie pe masa la care s-a alimentat bolnavul, patul acestuia, aruncându-se în găleți (care sunt îmbrăcate pe interior cu saci menajeri, de culoare neagră) toate resturile de alimente, ambalaje etc.

Se mătură podeaua cu o mătură cu coadă, învelită într-o cârpa umedă, iar măturatul se va începe din colțurile camerei, introducând mătura sub fiecare mobilă în parte, până la perete.

Utilizați un produs de curățare dezinfectant de uz general pentru a curăța și dezinfecta pardoseala. Dacă pardoselile sunt din lemn, utilizați un produs care este sigur pe suprafețe din lemn.

Pardoseala (de ciment, de linoleum, cauciuc sau material plastic) se spală cu apa caldă la care se adaugă detergenți. Spălarea se face cu un mop cu coadă lungă, apoi se limpește cu apă curată. După limpezire, suprafețele vor fi dezinfectate prin ștergere, stropire sau pulverizare. După aplicarea substanței dezinfectante nu se mai limpește, lăsând suprafețele să se usuce.

Dacă există o pardoseală de parchet, praful și murdăria se vor aspira cu aspiratorul, apoi parchetul se va șterge cu soluții speciale pentru parchet.

Praful adunat după măturare sau golirea aspiratoarelor va fi colectat în saci speciali ce vor fi duși la pubele de gunoi.

La curățarea pereților se procedează astfel: se ridică și se îndepărtează mobilele (scaune, mese, în general obiectele transportabile), iar paturile se acoperă. Se șterge praful cu o perie acoperită cu o cârpă, întâi pe plafon, apoi pe pereți, de sus în jos.

La fel se vor curăța ușile și ferestrele.

Geamurile se curăță cu ajutorul unei cârpe moi și soluții speciale de curățat geamurile.

Praful de pe mobilier se șterge cu o cârpa umedă sau cu soluții speciale pentru mobilă.

Spălarea oglinzilor se face cu o cârpa moale, folosind aceleași soluții ca și pentru geamuri.

Pentru a spăla materialele plastice nu se va utiliza niciodată apă fierbinte.

După terminarea curățeniei, mobilierul se pune la loc, lăsând geamurile deschise câteva minute.

**2. Baia** se curăță după fiecare folosire.

Cada se spală cu praful de curățat, se limpește cu apă iar apoi se dezinfectează. O atenție deosebită se va acorda curățării toaletelor, deoarece pot contribui la transmiterea unor infecții.

Suprafețele de porțelan sau faianță ale chiuvetelor, WC-urilor, vor fi spălate zilnic, la nevoie de mai multe ori, cu substanțe dezinfectante și dezodorizante, care împiedică și depunerea tartrului pe pereții chiuvetelor, W.C.-urilor.

Scaunul, confecționat de obicei din material plastic, se spală cu detergenți, se limpește și se șterge cu o cârpă uscată.

**3. Bucătăria** trebuie să fie întodeauna în stare perfectă de curățenie.

Îngrijitorul la domiciliu va respecta următoarele:

- Nivel ridicat de igiena personală corporală.
- Să poarte un echipament de protecție când prepară mâncarea și altul când face curățenie.
- Să practice cu regularitate igiena mâinilor – obligatoriu la intrarea în bucătărie și după folosirea grupului sanitar.

- Să respecte tehnica corectă și recomandările privind igiena mâinilor.

- Toate ustensilele folosite la prepararea hranei se depozitează în spații curate și individualizate (tacâmuri, vase de preparare, aparatura electro-casnică, etc.).

- Alimentele se țin acoperite pentru a le feri de praful și de eventualele insecte.

- Vesela se păstrează în dulapuri închise, curate, ferite de praful.

- Nu trebuie să se admită accesul persoanelor străine (persoane neagreate de familie), prezenta animalelor.

- Suprafețele, sertarele și dulapurile se spală și se dezinfectează.

Trebuie să spele și să dezinfecteze pavimentul, utilizând un dezinfectant și detergenții din uz.

- Trebuie să spele și să dezinfecteze suprafețele de lucru (masă, chiuveta, vase etc) folosind un dezinfectant de suprafețe în uz.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Trebuie să cureți și să dezinfectezi **suprafețele pentru prepararea alimentelor** chiar înainte de utilizarea acestora și imediat după contactul cu alimente crude (de ex. carne de porc, carne, pește, ouă). După contactul cu alimente crude, trebuie curățate și dezinfectate și toate celelalte suprafețe atinse (de ex. mânerul ușii frigiderului, robinete).

Dezinfecția vasele, a tacâmurilor și a altor obiecte din bucătărie este efectuată ori de câte ori este nevoie în cazul în care persoana aflată în îngrijire suferă de o boală infecțioasă (TBC, hepatită virală, gripă, infecții gastro-intestinale, etc.).

Echipamentele (aragaz, frigider, cuptor, etc) se mențin în perfectă stare de funcționare, spălate și dezinfectate ritmic.

Curățați **frigiderul** în mod regulat. Ștergeți imediat petele împrăștiate, apoi curățați și dezinfectați toate suprafețele contaminate. Rețineți să curățați și să dezinfectați regulat mânerul și garniturile ușii frigiderului. Verificați recomandările producătorului frigiderului pentru curățarea acestuia.

**Chiuvetele** trebuie curățate regulat utilizând produse care pot îndepărta depunerile de săpun și piatră. În cazul în care chiuveta este contaminată (de ex. cu microbi de la alimente crude), trebuie să o curățați și să o dezinfectați imediat. Deoarece nu puteți curăța **scurgerile** foarte ușor, va fi necesară aplicarea cu regularitate a unui dezinfectant adecvat pentru reducerea microbilor și mirosurilor.

Resturile alimentare rămase după servirea mesei se îndepărtează imediat pentru a nu atrage insectele și șoarecii. Dezinfectați.

Prosoapele de bucătărie se usucă după întrebare, apoi se împăturesc și se păstrează într-un sertar special. Ele vor fi des schimbate.

Cosurile de gunoi se mențin în bună stare de funcționare și curate, evacuându-le ritmic, urmând circuitul deșeurilor menajere din locuință. Goliți, curățați și dezinfectați **coșul de bucătărie** în mod regulat. Utilizați un coș cu capac. Păstrarea gunoierului acoperit va limita posibilitatea infestării cu insecte sau rozătoare.

Dezinfecția ciclică: periodic, se efectuează curățenia generală și dezinfecția bucătăriei.

În cazul în care există gândaci, se anunță familia asistatului pentru a lua măsuri de dezinsecție sau se realizează dezinsecția cu personal specializat.

Bucătăria se aerisește des în timpul zilei, iar în timpul verii se pot lăsa deschise permanent ferestrele.

Bucătăria, ca și întreaga locuință, trebuie protejată de insecte (muste, țântari etc) prin metode utilizate în acest scop (plasa de țântari, perdea etc).

#### 4. DEZINFECTAREA OBIECTELOR FOLOSITE DE PERSOANA ASISTATĂ

Adunarea în coșuri speciale a rufelor murdare și spălarea acestora la mașina de spălat, uscarea și călcarea lor. Păstrarea se face în dulapuri speciale pentru haine.

Plosca, bazinele, urinarul se golește după folosire și se spală cu apă rece.

Apoi se trece la spălarea cu apă caldă cu detergent/dezinfectant și perie ținută în soluție dezinfectantă. Se șterge cu soluție dezinfectantă, se usucă prin evaporare.

Scămoșurile vor fi golite ori de câte ori este nevoie. Se spală cu apă caldă și detergent/dezinfectant (cu perie specială ținută în dezinfectant). Se șterge cu soluție dezinfectantă, se usucă prin evaporare.

Mușamala și colacii de cauciuc se vor spăla cu apă și detergent, se vor limpezii, se șterg cu soluție dezinfectantă, se usucă prin evaporare.

Termometrele se spală cu apă și săpun, se limpezesc cu apă curată, se dezinfectează cu alcool medicinal.

#### ASIGURAREA CU LENJERIE CURATĂ

Îngrijitorul trebuie să fie în permanență atent, ca bolnavul aflat în îngrijire, să prezinte hainele și lenjeria curate.

Lenjeria utilizată se compune din:

lenjerie de corp: cămăși, pijamale, batiste, basmale;

lenjerie de pat: cearșafuri, fețe de perne, fețe de plături etc.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POZ DRU  
REGIONUL BUCUREȘTI-ILFOV

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

La aceasta se mai adaugă hainele de protecție ale îngrijitorului .

Lenjeria se schimbă ori de câte ori este nevoie, dacă se murdărește cu alimente, urină, fecale, cu sânge, puroi, etc., dacă a trecut perioada maximă de folosire a lenjeriei (de obicei nu trebuie să treacă o săptămână), dacă bolnavul prezintă leziuni cutanate sau o hipersensibilitate a tegumentelor.

Lenjeria murdară va fi adunată în saci din material impermeabil și dusă în încăperea unde urmează a fi dezinfectată și spălată.

## 6. MASURI DE IGIENĂ PERSONALĂ

Echipamentul de protecție vă protejează atât pe dvs. de contactul cu germeni patogeni cât și persoana pe care o îngrijiți.

**Spălarea mâinilor** și a altor părți ale tegumentelor – reprezintă cel mai important și uneori singurul mod de prevenire a contaminării, a diseminării agenților microbieni.

Mâinile se vor spăla:

- la intrarea în serviciu și la părăsirea locului de muncă;
- înainte și după examinarea persoanei aflate în îngrijire;
- înainte și după aplicarea unui tratament;
- după scoaterea mănușilor de protecție;
- după scoaterea măștii folosită la locul de muncă;
- înainte de prepararea și servirea mesei;
- după folosirea batistei;
- după folosirea toaletei;
- după trecerea mâinii prin păr;
- după activități administrative, gospodărești.

**Cum se spală mâinile?**

- îndepărtarea bijuteriilor (inele, brățări), ceasurilor;
- unghiile îngrijite, tăiate scurt;
- utilizare de apă curentă și săpun pentru spălarea obișnuită;
- în cazuri de urgență este permisă utilizarea unui dezinfectant ca înlocuitor al spălării, dar nu ca rutină;
- în unele situații, spălarea este completată de dezinfecția mâinilor (după manipularea bolnavilor septici, a bolnavilor contagioși; după efectuarea toaletei persoanei aflate în îngrijire).

## GESTIONAREA RESURSELOR SI PLANIFICAREA ACTIVITATILOR

### 1.GESTIONAREA RESURSELOR ALOCATE DE FAMILIE PENTRU INGRIJIREA PERSOANEI ASISTATE

Pentru că încrederea este resursa cea mai importantă în relația îngrijitorului față de asistat și față de aparținătorii acestuia, toate resursele alocate de familie în vederea îngrijirii și hrănirii persoanei asistate trebuie gestionate rațional și cu profesionalism. Pentru persoana îngrijită.

**Alimentația** trebuie să asigure aportul unor alimente în concordanță cu nevoile organismului, diferențiate după vârstă, muncă, starea de sănătate sau de boală, starea fiziologică etc.

Țineți cont în achiziționarea alimentelor de regimul alimentar al persoanei asistate, de recomandările medicului curant, al familiei, de obiceiurile și dorințele bătrânului/ persoanei asistate (care se încadrează în recomandările amintite), de suma de bani pe care o aveți la dispoziție.

**Gestionarea materialelor de igienizare**, lenjerie de pat, de corp pentru persoana asistată se face după ce s-au stabilit împreună cu aparținătorii modul și cantitățile de utilizare a acestora, ținând cont și de materialele necesare îngrijirii la domiciliu.

**Norme de gestionare a medicamentelor** (rețete, prescripții medicale)

Este foarte important ca orice medicament sau supliment alimentar să fie gestionat de către îngrijitorul persoanei asistate ținând cont NUMAI de rețetele medicale! Chiar dacă există dorința exprimată a asistatului în a se administra alte doze sau alte medicamente NU dați curs la aceste solicitări. Anunțați aparținătorii ori de câte ori apar asemenea cereri.

De asemenea, dacă există prescripții medicale privind anumite proceduri efectuate de asistat, doar acele proceduri se vor face și doar în modul prescris de medic. Chiar și un banal masaj la membrele inferioare ale unui bolnav, în cazul în care are varice, poate duce la complicații majore, greu reparabile.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Toate medicamentele sau suplimentele alimentare se vor ține în dulapuri închise, asigurate.

**Utilizarea resurselor financiare** alocate de familie la indicația acesteia.

Dacă familia sau aparținătorii decid alocarea unor resurse financiare în vederea suplimentării rației alimentare sau achiziției de materiale de igienă, toate achizițiile se vor face strict în cuantumul sumei atribuite și doar cu eliberarea de bonuri fiscale care vor justifica cheltuielile, ceea ce va duce la evitarea situațiilor de suspiciune și reproș.

## 2. GESTIONAREA ACTELOR ȘI DOCUMENTELOR BENEFICIARUL

### Tipuri de documente

Lucrătorul cu o persoană asistată la domiciliul acesteia trebuie să îi solicite acesteia sau aparținătorilor ori familiei următoarele documente :

- Buletinul sau cartea de identitate ( pentru a se asigura ca persoana îngrijită este identificată și are domiciliul în această locație ).

- Toate recomandările medicale care privesc: medicamentatia, condiții de mobilitate, recomandări specifice bolilor, rețele medicale și cantitățile de medicamente pe ore, pe zi.

- Dacă asistatul are documentații cu privire la istoricul bolilor, (radiografii, tratamente, medicamentatii, etc ), se vor solicita și păstra toate actele într-un dosar

- Îndosărirea și păstrarea documentelor asistatului se face în vederea cunoașterii oricărui detaliu reprezentativ și util pentru persoana asistată/îngrijită.

- Actualizările referitoare la bolile deținute, vizitele medicale, noi tratamente sau proceduri vor fi operate la fiecare modificare apărută.

**Caietul de intervenții și observații** referitoare la evoluția zilnică a bătrânului/ persoanei asistate precum și la tratamentele sau operațiunile aplicate acestuia se completează ori de câte ori intervin acțiuni reprezentative sau evenimente care conduc la concluzii asupra asistatului din punct de vedere medical sau procedural.

### Fisa de îngrijiri a asistatului (vezi Modulul V)

Completarea datelor specifice cu activitățile relevante și tot ce se execută asupra asistatului se va prezenta atât medicilor de specialitate în vederea recomandării tratamentelor optime cât și familiei pentru a avea controlul asupra stării de fapt.

Toate informațiile menționate mai sus se vor păstra într-un dosar unic, la îndemână, în ordinea intervențiilor și a prescripțiilor medicale.

## 3. PLANIFICAREA ACTIVITĂȚILOR ZILNICE

La fiecare deplasare la domiciliul asistatului, îngrijitorul va elabora planul de îngrijire în funcție de recomandările medicului specialist, în funcție de necesitățile și particularitățile bătrânului/ persoanei asistate și în funcție de dorința bătrânului/ persoanei asistate sau aparținătorilor.

Etapile planificării activității:

- Evaluarea nevoilor persoanei asistate - în această etapă se va ține cont de starea bătrânului/ persoanei asistate, de afecțiunile acestuia, de nevoile zilnice ale sale, de cererile din partea asistatului sau solicitările din partea familiei, cereri a căror rezolvare intră în atribuțiile îngrijitorului la domiciliu. Acestea se vor nota în caietul de lucru. Se va urmări realizarea lor, în limita posibilităților.

- Identificarea activităților necesare - după ce nevoile au fost exprimate și identificate, se vor nota principalele activități care urmează a fi desfășurate: spălat persoana asistată/îngrijită, îmbrăcat, acordare medicamentatie, hrănit mic dejun, pranz sau cină, curățenie în casă, cumpărături, plimbat, poziționat în fața televizorului etc.

- Stabilirea și alocarea resurselor- după ce avem tabloul scris al nevoilor și al activităților, evaluăm resursele necesare. Este posibil ca să schimbați asternuturi sau să aveți nevoie de substanțe de curățenie, de





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

bani pentru cumpărături, de costuri internet sau telefonie, de hartie igienică sau prosoape, de produse de igienă personală iar lista poate să continue în funcție de complexitatea acțiunilor și a cererilor exprimate.

Evaluarea și adaptarea programului – se va face după ce stim câte ore avem alocate batranul/ persoana asistată și ce durată au activitățile propuse : îmbaierea batranul/ persoana asistată – 40 minute / pranzul 60 minute / medicamentatie – 10 minute, plimbat 120 minute, etc.

Realizarea sarcinilor de îngrijire – se vor realiza activitățile, conform planificării.

Evaluarea rezultatelor – se va face după fiecare întâlnire. Este necesar să obținem părerea batranul/ persoana asistată, exprimată fie verbal fie prin afișarea unei stări de multumire/nemultumire, precum și de la aparținători sau familia acestuia. În cazul în care la sfârșitul întâlnirii sunt constatate alterări ale stării batranul/ persoana asistată sau rămân activități neterminate, acestea se notează și se reiau la întâlnirea următoare.

Periodic aceste observații se aduc la cunoștință în cadrul întâlnirilor de familie și se hotărăsc următoarele acțiuni sau intervenții asupra asistatului.

Realizarea cu succes a activităților de îngrijire poate fi evaluată și în funcție de următorii indici de performanță:

**Eficacitate**

Îngrijirea trebuie să fie completă, minuțioasă și să răspundă obiectivului propus și întrebării: “de ce este necesară intervenția?”.

**Economie** - Folosirea corectă a materialelor disponibile, fără risipă, și semnalarea produselor defecte.

**Igienă** - Acest indice este realizat în momentul în care sunt aplicate cu profesionalism tehnicile de îngrijiri igienice.

**Confort** - Acest indice este măsurat prin răspunsul pe care îl primim de la persoana asistată/îngrijită, pe măsura realizării activităților noastre, prin realizarea condițiilor optime de îngrijire.

**Securitate** - Se referă la siguranța batranul/ persoana asistată.

Va fi amenajat un spațiu securizant pentru persoana asistată, astfel încât să nu existe riscul ca aceasta să cadă: se vor ridica tăbliile patului, se vor folosi materiale care să împiedice alunecarea etc.

## Modulul IV TEHNICI DE ÎNGRIJIRE A PERSOANEI ASISTATE

### Cuprins:

#### **CAPITOLUL 1: MOBILIZAREA SI TRANSPORTUL PERSOANEI ÎNGRIJITE**

1. Importanța mobilizării în prevenirea escadelor
2. Tipuri de postură și pozițiile bolnavului în pat
3. Mobilizarea batranul/ persoana asistată care se poate mișca
4. Mobilizarea batranul/ persoana asistată dinamic
5. Transportul persoanei îngrijite

#### **CAPITOLUL 2: ÎNGRIJIREA CORPORALĂ A PERSOANEI ASISTATE**

1. Îmbrăcarea persoanei asistate
2. Tehnici de îngrijire corporală
3. Captarea dejecțiilor fiziologice și patologice
4. Schimbarea lenjeriei de pat

#### **CAPITOLUL 3: ALIMENTAȚIA PERSOANEI ASISTATE**

1. Principiile alimentației rationale
2. Stabilirea meniului
3. Pregătirea hranei
4. Tehnica alimentării persoanei asistate

#### **CAPITOLUL 4: ASIGURAREA CONFORTULUI PERSOANEI ASISTATE**

1. Rolul îngrijitorului la domiciliu



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

2. Satisfacerea nevoilor fizice, fiziologice și de sănătate
3. Satisfacerea nevoilor de dezvoltare fizică, psihică, culturală și spirituală
4. Satisfacerea nevoilor de integrare socială
5. Îngrijirea persoanelor aflate în stadiul terminal

## CAPITOLUL 1 MOBILIZAREA ȘI TRANSPORTUL PERSOANEI ÎNGRIJITE

### 1. IMPORTANTA MOBILIZĂRII

**A mobiliza** un persoana asistată/îngrijită = a-l pune să se miste, a-l ajuta să se miste.

Îngrijitorul trebuie să cunoască pozițiile pe care le iau bolnavii în pat, poziția în care aceștia trebuie aduși cu ocazia unor îngrijiri și examinări speciale și manoperele prin care se asigură schimbările de poziție.

Unii asistați se pot mișca singuri. În această situație, rolul îngrijitorului este de a-l stimula și de-a-i asigura condițiile necesare pentru aceasta.

Alți asistați care sunt slăbiți, care au stat mult timp în pat, sau datorită unor afecțiuni, au nevoie de ajutor pentru a se mișca, pentru a-și schimba poziția în pat, pentru a se ridica în picioare, pentru a se deplasa. În această situație, îngrijitorul îl ajută să efectueze aceste mișcări în mod gradat, fără a forța, observând permanent ce se întâmplă cu bătrânul/ persoana asistată și acționând în funcție de reacțiile fiziologice ale acestuia (dacă obosește, dacă îi crește pulsul sau tensiunea arterială etc).

Unii pacienți sunt imobilizați, nu se pot mișca singuri dar, pentru a preveni alte complicații, ei trebuie mobilizați de către îngrijitor.

**În toate situațiile, îngrijitorul va face mobilizarea bătrânului/ persoanei asistate doar în funcție de indicațiile medicului.**

La prima întâlnire cu asistatul, îngrijitorul se va interesa și de recomandările echipei medicale în legătură cu mobilizarea acestuia: ce tip de mișcări are voie să facă bătrânul/ persoana asistată, durata și intensitatea acestora etc.

### POZIȚIA PERSOANEI ASISTATE/ÎNGRIJITE ÎN PAT

Datorită stării sale sau terapiei, persoana asistată/îngrijită 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.

### POZIȚII ÎN DECUBIT

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

#### **Decubit dorsal orizontal**

persoana asistată/îngrijită 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**

persoana asistată/îngrijită este culcat pe o parte, cu o pernă sub cap;

persoana asistată/îngrijită 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**



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

fiind persoana asistata/ingrijita este culcat pe abdomen fără pernă, cu capul întors într-o parte, brațele

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 șezand

este acea poziție în care bolnavul este menținut șezând în patul său, prin realizarea unor unghiuri de 45° cu ajutorul somierei articulate, sau în paturile cu somieră rigidă cu ajutorul rezemătorului de spate al pernelor.

pentru ca persoana asistată/ingrijită 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 semișezand

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 gamba atarnate

este specifică bolnavilor cu insuficiență cardiacă, și se realizează la marginea patului din poziția șezândă;

sub picioarele bolnavului se așează un taburet.

#### Poziția șezandă în fotoliu

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

### 3.2. POZIȚII INCLINATE

#### Poziția declivă ( Trendelenburg )

această poziție cu capul coborât se obține prin ridicarea extremității distale a patului.

poziția este indicată în anemii acute grave, hemoragii ale membrilor inferioare și ale organelor genitale și pentru a favoriza eliminarea secrețiilor din căile respiratorii superioare.

#### Poziția proclivă sau poziția oblică

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

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

### 4. MOBILIZAREA PERSOANEI ASISTATE/INGRIJITE

#### OBIECTIVELE PROCEDURII:

Prevenirea complicațiilor;

Stimularea tonusului fizic și psihic.

#### PREGĂTIREA MATERIALELOR:

Cadru mobil;

Agățători;



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Baston;
- Cârje.

### **PREGĂTIREA PERSOANEI ASISTATE/INGRIJITE**

#### **a) Psihică:**

- Anunțați persoana asistată/ingrijită și descrieți mișcărilor care se vor face;
- Evaluați resursele fizice ale persoanei asistate/ingrijite.

#### **b) Fizică:**

- Ajutați persoana asistată/ingrijită 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 capul ;
- Continuați să faceți exerciții ale membrelor superioare și inferioare prin mișcări de flexie, extensie, abducție, adducție, supinație și pronație - mobilizați toate articulațiile cu blândete;
- Comunicați cu persoana asistată/ingrijită pentru a afla dacă are dureri și observați faciesul;
- Masați membrele în sensul circulației de întoarcere.

#### **2. Ridicarea în poziție șezand:**

##### **a) În pat**

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

##### **b) La marginea patul :**

99

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

##### **c) Așezarea persoanei asistate/ingrijite în fotoliu**

- Așezați persoana asistată/ingrijită la marginea patul ;
- Oferiți persoanei asistate/ingrijite papucii;
- Așezați fotoliul cu rezemătoarea laterală lipită de marginea patul ;
- Așezați-vă în fața persoanei asistate/ingrijite 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 persoanei asistate/ingrijite;
- Prindeți fiecare persoana asistată/ingrijită pe sub axilă și ridicați-l în picioare;
- Rotiți persoana asistată/ingrijită cu spatele spre fotoliu și așezați-l cu grijă în fotoliu;
- Acoperiți persoana asistată/ingrijită cu un pled dacă situația o cere (temperatură mai scăzută în încăperea);
- Reașezați persoana asistată/ingrijită în pat executând mișcările în sens invers.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POZ DRU  
REGIONUL SUD-ESTULUI - I.P.O.V.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

d) Ridicarea persoanei asistate/ingrijite în poziție ortostatică

- Repetați mișcările de aducere a persoanei asistate/ingrijite în poziție șezând, cât mai aproape de marginea patul ;
- Așezați-vă de o parte a persoanei asistate/ingrijite și sprijiniți-l de sub axile;
- Ridicați persoana asistată/ingrijită în picioare;
- Observați faciesul persoanei asistate/ingrijite și mențineți-l în ortostatism câteva minute;
- Întrebați persoana asistată/ingrijită dacă se simte bine;
- Așezați persoana asistată/ingrijită pe pat dacă acuză amețeli;
- Reașezați persoana asistată/ingrijită pe pat executând mișcările în ordine inversă.

e) Efectuarea primilor pași

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

#### **INGRIJIREA BATRANUL /EI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:**

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

#### **REORGANIZAREA LOCUL DE MUNCĂ:**

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

#### **Transportul si insotirea persoanei asistate, la nevoie**

##### **Mijloace de transport**

În funcție de gravitatea afecțiunii, de scopul transportul , 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 - o targă se acoperă cu o pătură și cu un cearceaf, la nevoie, se acoperă cu mușama și aleză, pernă subțire.
- Așezarea persoanei asistate/ingrijite pe targă- o persoana asistată/ingrijită va fi așezat cu privirea în direcția mersul ( treb e 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 persoana asistată/ingrijită la urcuș, cu capul înainte. O de asemenea, dacă persoana asistată/ingrijită treb e 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, persoana asistată/ingrijită va fi prins de partea sănătoasă.
-





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!

#### Execuția:

- 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 patul ;
  - așezarea persoanei asistate/ingrijite pe targă necesită trei persoane: acestea se vor așeza de-a lungul patul de partea târgii atârdate.
  - cele 3 persoane își introduc mâinile, cu palma și degetele întinse, sub persoana asistată/ingrijită, astfel:
  - prima: susține capul și toracele, sprijinind ceafa persoanei asistate/ingrijite pe antebraț;
  - a doua : sprijină persoana asistată/ingrijită în regiunea lombară și sub șezut; a treia: susține membrele inferioare; prima persoană comandă mișcările: ridică deodată persoana asistată/ingrijită.
  - după ce acesta a fost ridicat, face un pas înapoi.
  - brancardierii ridică și cealaltă margine a târgii, aducând-o în poziție orizontală sub persoana asistată/ingrijită.
  - se așează persoana asistată/ingrijită pe targă, se acoperă.
- Descărcarea se face după aceeași metodă, dar cu mișcările inverse.

**Poziția persoanei asistate/ingrijite 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 bazinul : se asigura suprafața rigidă;
- leziuni ale membrelor inferioare: sub membrul lezat, se așează o pernă;
- leziuni ale membrelor superioare: membrul superior lezat se așează peste toracele persoanei asistate/ingrijite, 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 gâtul : 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 traumatizatul ;
- cu leziuni ale spatel 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.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

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

accidentații cu fracturi ale bazei craniului.

De asemenea, îngrijitorul trebuie să cunoască starea de sănătate a bătrânului/ persoanei asistate, să observe atent toate modificările apărute în timpul mobilizării și să acționeze în consecință.

**Imobilizarea** (imposibilitatea bolnavului de a-și mișca corpul sau o parte a acestuia) poate produce complicații din cauza presiunii exercitate între corp și pat.

Statul în pat, nemiscat, poate provoca tulburări locale de circulație observate prin:

- roșeață la nivelul pielii
- edem (acumulare de lichid în țesuturi)
- escare (răni)
- necroze (țesuturi moarte)

**Escara** este o rană la nivelul pielii care apare în urma menținerii corpului într-o poziție fixă, fără schimbarea centrului de greutate (fără mobilizare), o perioadă îndelungată. Escara se dezvoltă ca urmare a presiunii constante exercitate asupra pielii, ce diminuează alimentarea cu sânge a zonei afectate, conducând la moartea țesutului respectiv. Escara apare în cazul imobilizării într-un scaun cu rotile sau la pat, chiar și pe o perioadă scurtă de timp (de exemplu, în urma unei operații sau a unui traumatism).

Escara se manifestă, în prima fază, printr-o culoare roșiatică a pielii, însă, în lipsa unei îngrijiri corecte, aceasta se înrăutățește, formând mai întâi o veziculă, apoi o rană deschisă și, în cele din urmă, un crater.

Cele mai frecvente zone afectate de escare sunt cele aflate deasupra unor proeminente osoase (oase apropiate de piele), de exemplu: zona sacrală și fesele, coatele, soldurile, gleznele, umerii, spatelul, urechile și partea din spate a capului, precum și alte zone osoase care vin în contact cu suprafața patului.

Pentru a preveni apariția escarelor, pacienții expuși trebuie evaluați în așa fel încât acțiunea factorilor de risc să poată fi redusă. Principalul factor de risc îl reprezintă imobilitatea sau limitarea posibilității de mișcare, alături de alți factori agravanți precum incontinența, starea de nutriție și hidratare precară, starea de inconștiență. Pentru diminuarea sau înlăturarea acestor factori ar trebui respectate următoarele reguli:

#### **Mobilizarea bătrânului/ persoanei asistate**

1. Persoanele cu risc trebuie mobilizate/ repositionate la 1-2 ore, acest lucru prevenind afectarea circulației în zonele supuse presiunii.

2. Trebuie acordată atenție așezării asternuturilor astfel încât acestea să nu formeze cute, în special în zonele predispuse formării escarelor (zona sacrală, fese, omoplați, coate, genunchi, călcâie etc.).

3. Mobilizarea pacienților se face prin ridicare și repositionare, nu prin tragere/ târâre, aceste manevre antrenând forțe de frecare ce agresează suplimentar pielea fragilă.

4. Pentru a reduce sau îndepărta presiunea din zonele predispuse se utilizează diverse dispozitive anti-escară: saltele, perne, blanite, botosi. Utilizarea colacului anti-escară este contraindicat, acesta creând alte zone de presiune.

#### **Igiena bătrânului/ persoanei asistate**

Toaleta bătrânului/ persoanei asistate trebuie făcută de mai multe ori pe zi, în funcție de necesități, umiditatea excesivă și prezența urinei respectiv a fecalelor, fiind factori favorizanti pentru apariția escarelor. Toaleta se efectuează cu apă caldă, nu fierbinte, și se folosesc săpunuri cu pH neutru, evitându-se manevre de frecare insistente. O toaletă rapidă și delicată se poate face cu spuma de curățare specială.

6. În cazul pacienților imobilizați care suferă de incontinență, pielea din zona genitală trebuie protejată de acțiunea urinei și materiilor fecale. Sunt creme speciale care hidratează pielea și formează un film protector pe suprafața acesteia. Pentru absorbția urinei este recomandată folosirea scutecelor de unică folosință care pot îngloba o cantitate importantă de urină, în același timp păstrând pielea uscată prin transformarea lichidului în gel și reținerea lui în corpul absorbant.

Pentru ca aceste produse să fie eficiente, trebuie aleasă mărimea potrivită (în funcție de circumferința taliei bătrânului/ persoanei asistate), iar schimbul trebuie efectuat la un interval de 4-6 ore (în momentul în care



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

marcajul de pe exteriorul produsului numit și indicator de umiditate s-a sters). Ca o protecție suplimentară a patului se pot folosi aleze, acestea însă nu pot absorbi cantități mari de lichide și de aceea nu este recomandată folosirea lor ca unic produs de incontinență.

### Inspectia zonelor predispușe la escare

Toate zonele expuse la presiune trebuie inspectate periodic pentru a observa din timp dacă există semne de suferință ale tesuturilor (înroșire a pielii care nu dispare în 30 de minute de la îndepărtarea presiunii, formarea de vezicule, apariția unor zone de culoare închisă, negru-vioacee pe suprafața pielii).

#### Alimentația

Batranul/ persoana asistată imobilizat trebuie să aibă o alimentație echilibrată, cu un aport optim de proteine și lichide. Deshidratarea duce la fragilizarea pielii și favorizează apariția leziunilor.

***Dacă batranul/ persoana asistată a dezvoltat totuși o escară este necesar să vă adresați un medic sau asistente pentru a primi sfaturi legate de îngrijirea răni.***

### 2. TIPURI DE POSTURĂ ȘI POZIȚIILE BOLNAVUL ÎN PAT

Postura reprezintă poziția corpului într-o situație dată. Aceasta poate fi:

- în picioare (ortostatism)
- șezând
- culcat

În funcție de starea generală a bolnavului, de boala de bază sau de postura în scop terapeutic, poziția ocupată de acesta în pat, poate fi:

- activă
- pasivă
- forțată

#### a) Poziția activă

- bolnavul se deplasează și se îngrijește singur;
- poziția în pat este cea a un om sănătos.

#### b) Poziția pasivă

- bolnavul nu se poate deplasa, autoservi și autoîngriji;

- bolnavul are nevoie de ajutor și de supraveghere pentru: toaleta parțială și generală, hidratare și alimentare precum și schimbarea poziției în pat.

#### c) Poziția forțată

- poziție independentă de voința bolnavului, ca urmare a unor afecțiuni;

- poziție determinată de reacția de apărare a organismului din cauza unor dureri (criza de cer, durerea de litiază renală).

**Tipuri de poziție în pat** - indiferent de postura activă, pasivă sau forțată bolnavul adoptă în pat următoarele poziții: decubit dorsal, semișezând, Trendelenburg, șezând, decubit lateral sau ventral.

**a) Decubit dorsal** – bolnavul stă culcat pe spate cu fața în sus, cu perne sau fără perne. Poziția este indicată în afecțiuni ale coloanei vertebrale (persoana îngrijită va sta pe o suprafață tare), unele afecțiuni cerebrale, persoane slăbite, dinamice (care nu se pot mișca).

**b) Poziția semișezând** – persoana asistată stă culcată pe spate, toracele formând cu linia orizontală un unghi de 30 – 45 de grade (afecțiuni cardiace, pulmonare).

**c) Poziția șezând** – se realizează cu ajutorul a 4-5 perne așezate în trepte, iar capul se va sprijini cu o pernă mică. Sub brațele persoanei aflate în îngrijire se poate așeza câte o pernă, iar pentru a împiedica alunecarea se așează sub regiunea poplitee (sub genunchi) o pernă îndoită sau un sul din pătură. Poziția șezândă se indică la bolnavii cu probleme respiratorii, cu insuficiență cardiacă, în perioada acceselor de astm bronșic.

**d) Decubit lateral** – poziția este adoptată și la schimbarea lenjeriei, în cursul toaletei, la administrarea clismelor și a supozitoarelor.

- poate fi drept sau stâng;
- bolnavul este culcat pe o parte având capul sprijinit pe o singură pernă;



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- membrele inferioare (picioarele) sunt flectate (îndoite) ușor sau piciorul care este în contact cu patul este întins iar cel de deasupra îndoit;

- spatele este sprijinit cu o pernă sau cu o patură făcută sul.

**e) Decubit ventral** – bolnavul stă culcat pe abdomen, capul este aplecat într-o parte și așezat pe o pernă subțire. Poziția este indicată în paralizia unor grupuri musculare, hemiplegie (paralizia jumătății drepte sau stângi a corpului).

**Cerințe pentru o bună poziționare a bolnavului :**

-poziția va fi stabilă;

-confortabilă;

-absența durerii sau durerea nu se accentuează în noua poziție;

-asigură simetria corporală;

-să nu fie obositoare.

### 3. MOBILIZAREA BATRANUL/ PERSOANA ASISTATA CARE SE POATE MISCA

Mișcarea batranul/ persoana asistata pentru a preveni complicațiile ce pot apărea din cauza imobilizării. Recăștigarea independenței

**Obiective:** Normalizarea tonusului muscular.

Menținerea mobilității articulare

Asigurarea stării de bine și de independență a batranul/ persoana asistata .

Stimularea metabolismului

Favorizarea eliminărilor de urină și fecale

Stimularea circulației sanguine pentru profilaxia trombozelor, pneumoniilor, escarelor, contracturilor.

**Principii de respectat:**

Mobilizarea se face în funcție de:

natura bolii;

starea generală;

tipul de reactivitate a batranul/ persoana asistata ;

perioada de exerciții pasive și active pentru refacerea condiției musculare și anvergura de mișcare  
trebuie începută încet, mărindu-se treptat, în funcție de răspunsul fiziologic al batranul/ persoana asistata (creșterea frecvenței pulsului, semne de slăbiciune musculară, diaforeză);

exercițiile se fac înainte de mese ;

batranul/ persoana asistata trebuie învățat să intercaleze exercițiile de mișcare cu exerciții de respirație ;

momentul în care se încep mobilizarea și scularea din pat, precum și ritmul vor fi hotărâte de medic.

Realizarea efectivă a mobilizării pacienților implică acțiunile: întoarceri, deplasare laterală în pat, ridicare și deplasare, transfer (de pe pat pe fotoliu/scaun rulant și invers).

Aceste acțiuni se desfășoară pasiv și activ, asistate de către îngrijitor.

**Pregătirea materialelor**

o Cadru mobil

o Agățători

o Baston

o Carje

**Pregătirea batranul/ persoana asistata**

a) PSIHICĂ:

Anunțați batranul/ persoana asistata și descrieți mișcările care se vor face

Explicați batranul/ persoana asistata importanța mobilizării

Evaluați resursele fizice ale batranul/ persoana asistata

b) FIZICĂ:

Ajuțați batranul/ persoana asistata să se îmbrace corespunzător

Se măsoară pulsul, TA, se observă starea batranul/ persoana asistata, expresia feței (colorația tegumentelor, respirația).

**Efectuarea procedurii:**



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

## Consultați medicul privind tipul de mobilizare și durata!

### 1. Mobilizarea pasivă

Tipuri de mișcări și modalități de mobilizare: mobilizarea bolnavului se face progresiv, crescând treptat gama de mișcări. Se începe cu: mișcarea capului, degetelor, articulațiilor (mâinii, gleznei), mișcarea și schimbarea de poziție a membrilor superioare și inferioare, mișcări de flexie și extensie, bătrânul/ persoana asistată păstrând poziția de decubit.

- Faceți mișcări de flexie și rotație ale capului.
- Continuați să faceți exerciții ale membrilor superioare și inferioare prin mișcări de flexie, extensie.
- Mobilizați toate articulațiile cu blândețe.
- Comunicați cu bătrânul/ persoana asistată pentru a afla dacă are dureri și observați faciesul
- Masați membrele în sensul circulației de întoarcere.
- Controlați pulsul.

#### Urmează :

- așezarea în poziție șezând, în mod pasiv la început;
- așezarea în poziție șezând – în mod activ, de mai multe ori /zi - crescându-se numărul de minute;
- așezarea în poziție șezând la marginea patului, fotoliu în mod pasiv, apoi activ;
- așezarea bătrânului/ persoana asistată în poziție ortostatică și primii pași.

### 2. Ridicarea în poziție șezând

#### a) În pat

Ajutați pasiv bătrânul/ persoana asistată să se ridice și sprijiniți-l cu perne sau folosiți rezemătorul mobil.

Montați deasupra patului o agățătoare mobilă și stimulați bătrânul/ persoana asistată să se ridice, sprijinindu-l cu perne dacă este necesar

#### b) La marginea patului

- Executarea de către o singură persoană
  - o Introduceți o mână sub regiunea omoplaților, iar cealaltă sub regiunea poplitee (sub genunchi).
  - o Dacă este cazul rugați bătrânul/ persoana asistată să se prindă de gâtul dumneavoastră.
  - o Rotiți picioarele bătrânului/ persoana asistată într-un unghi de 90° și lăsați-le să atârne ușor la marginea patului.

o Observați faciesul bătrânului/ persoana asistată .

#### Executarea de către 2 persoane

- o Așezați-vă spre capul bătrânului/ persoana asistată și introduceți mâinile sub omoplați.
- o Rugați ajutorul să introducă mainile sub regiunea poplitee (sub genunchi).
- o Sincronizați mișcările și ridicați spatele bătrânului/ persoana asistată rotind picioarele cu 90° și

aduceți-le la marginea patului .

o Mențineți bătrânul/ persoana asistată în această poziție - la început câteva minute, apoi creșteți treptat timpul.

o Reașezați bătrânul/ persoana asistată pe pat, executând mișcările în sens invers

Dacă asistatul nu a mai stat de mult la marginea patului, această poziție se va menține numai câteva minute, timp în care se va supraveghea cu strictețe culoarea tegumentului la nivelul feței. Dacă asistatul nu a prezentat amețeli și a suportat bine așezarea la marginea patului, va putea fi așezat într-un fotoliu lângă pat.

#### c) Așezarea bătrânului/ persoana asistată în fotoliu

o Așezați bătrânul/ persoana asistată la marginea patului .

o Oferiți bătrânului/ persoana asistată papucii.

o Așezați fotoliul cu rezemătoarea laterală lipită de marginea patului .

o Așezați-vă în fața bătrânului/ persoana asistată și introduceți mainile sub axile, rugându-l să țină capul întors într-o parte.

o Dacă aveți ajutor, așezați-vă de o parte și de alta a bătrânului/ persoana asistată .





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- o Prindeți fiecare batranul/ persoana asistata pe sub axilă și ridicați-l în picioare.
- o Rotiți batranul/ persoana asistata cu spatele spre fotoliu și așezați-l cu grijă în fotoliu.
- o Acoperiți batranul/ persoana asistata cu un pled dacă situația o cere (temperatură mai scăzută în încăperea).
- o Reașezați batranul/ persoana asistata în pat executând mișcările în sens invers.
- d) Ridicarea batranul/ persoana asistata în poziție ortostatică
- o Repetați mișcările de aducere a batranul/ persoana asistata în poziție șezand, cât mai aproape de marginea patul .

1. După ce batranul/ persoana asistata este așezat în poziție șezând, pe marginea patul , îngrijitorul de lângă persoana asistata/ingrijita stă cu spatele la pat, sprijină batranul/ persoana asistata de sub ambele axile și-l ridică.

Se poate menține , la prima ridicare , câteva minute.

2 .- Îngrijitorul se așează în fața batranul/ persoana asistata care stă în poziție șezând la marginea patul .

- Fixează cu genunchii l genunchii batranul/ persoana asistata , iar cu mâinile îl ține de sub axile
- Batranul/ persoana asistata se prinde de umerii îngrijitorul sau de gâtul acest a
- Prin împingere în genunchii batranul/ persoana asistata , centrul de greutate al îngrijitorul coboară, crescând astfel forța de ridicare a batranul/ persoana asistata .

o Observați faciesul batranul/ persoana asistata și mențineți-l în ortostatism cateva minute.

o Întrebați batranul/ persoana asistata dacă se simte bine.

o Așezați batranul/ persoana asistata pe pat dacă acuză amețeli.

o Reașezați batranul/ persoana asistata pe pat executând mișcările în ordine inversă.

e) Efectuarea primilor pași

o Întrebați medicul dacă batranul/ persoana asistata se poate deplasa.

o Ridicați batranul/ persoana asistata mai întâi în poziție șezand cât mai aproape de marginea patul și apoi în ortostatism.

o Sprijiniți batranul/ persoana asistata de braț și apoi ajutați-l să facă primii pași prin camera.

o Creșteți distanța de deplasare în funcție de recomandarea medicală.

o Oferiți batranul/ persoana asistata un cadru mobil dacă starea generală îi permite să se deplaseze singur.

o Supravegheați batranul/ persoana asistata în timpul deplasării.

o Incurajați batranul/ persoana asistata să se ridice și să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite.

Plimbarea se face gradual, mai întâi în zona de odihnă a batranul/ persoana asistata , apoi, cu acordul acest a se poate continua în jurul casei, grădina, alei linistite și asigurate cu spații de odihnă.

### **Îngrijirea batranul/ persoana asistata**

o Observați starea batranul/ persoana asistata și măsurați pulsul, respirația, tensiunea arterială, dacă este cazul. (Tehnicile de măsurare a funcțiilor vitale sunt expuse în modulul V .)

o Așezați batranul/ persoana asistata în poziție comodă.

o Întindeți lenjeria pentru a preveni apariția escarelor.

### **Reorganizarea locului de muncă**

o Așezați materialele folosite în locurile de depozitare.

o Spălați mâinile, dacă este cazul.

### **Evaluarea eficacității procedurii**

Rezultate așteptate/dorite:

o batranul/ persoana asistata se mobilizează conform programul

o nu prezintă complicații favorizate de imobilizare

Rezultate nedorite :



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Ce facem dacă bătrânul/ persoana asistată refuză mobilizarea

- Cercetați cauza:
  - o prezintă dureri
  - o se teme de durere
  - o este slăbit
  - o prezintă amețeli.
- Incurajați bătrânul/ persoana asistată :
  - o acordați-i mai mult timp
  - o asigurați-l că sunteți acolo pentru a-l ajuta.
- Administrați un calmant înainte de mobilizare (la recomandarea medicului )
  - o acționați cu blândețe.
- Reduceți durata mobilizării.

#### 4. MOBILIZAREA BĂTRÂNUL/ PERSOANA ASISTATĂ IMOBILIZAT LA PAT

**Schimbările pasive** – bolnavul nu posedă capacitate de mobilizare, schimbările de poziție fiindu-i asigurate de ajutorul îngrijitorului .

**Exemple de mișcări pasive:** întoarcerea bolnavului din decubit dorsal în decubit lateral, din decubit lateral în decubit dorsal, așezarea acestuia în poziție semișezândă, în poziție șezândă, re poziționarea dacă bătrânul/ persoana asistată a alunecat în jos de pe pernă.

Schimbările de poziție necesită deplasarea, susținerea, ridicarea persoanei asistate. Execuția acestor schimbări de poziție necesită din partea operatorilor efort fizic, adoptarea poziției corecte de lucru, cunoștințe profesionale. Se vor evita manipulările care creează bolnavului disconfort, poziționare incorectă

Schimbările pasive se efectuează în cazul bolnavilor adinamici, imobilizați, paralizați, cu aparate gipsate. Pentru efectuarea schimbărilor de poziții sunt necesari unul sau doi îngrijitori. Aceștia trebuie să adopte o poziție potrivită pentru a ridica bolnavul cu mai multă ușurință și cu un efort fizic minim. Astfel:

- prinderea persoanei asistate se face precis și cu toată mâna, așezând palma pe suprafața corpului acestuia astfel încât suprafața de contact să fie cât mai mare;
- îngrijitorul se va așeza cât mai aproape de patul persoanei asistate cu picioarele depărtate pentru a avea o bază de susținere cât mai mare;
- genuchii îngrijitorului vor fi flectați iar coloana vertebrală ușor aplecată (pentru diminuarea compresiunii asupra discurilor intervertebrale)

#### Pregătirea materialelor

- Perne
- Pătura făcută din sul, suluri din materiale textile
- Sprijinitor pentru picioare

#### Pregătirea bătrânului/ persoanei asistate

- Informați bătrânul/ persoana asistată asupra necesității schimbării poziției
- Explicați bătrânului/ persoanei asistate importanța schimbării poziției la anumite intervale de timp

#### Efectuarea procedurii:

Participă 1 sau 2 persoane, una având rol de coordonator

##### 1. Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral

- o Observați bătrânul/ persoana asistată și evaluați resursele acestuia.
- o Aduceți materialele auxiliare lângă pat.
- o Așezați-vă de partea patului spre care întoarceți bătrânul/ persoana asistată .
- o Ridicați pătura și pliați-o spre partea opusă.
- o Prindeți cu mâna dinspre cap umărul bătrânului/ persoanei asistate , ridicați-l cu blândețe și introduceți pătura sub spate (sau un sul) pentru a-l sprijini.
- o Susțineți toracele bătrânului/ persoanei asistate pentru a-i asigura stabilitate și cu mâna dinspre picioare rotați bazinul și membrele inferioare.
- o Sprijiniți spatele bătrânului/ persoanei asistate cu un sul de cearșaf.
- o Flectați membrul inferior de deasupra și introduceți sub el o pernă.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

o Acoperiți batranul/ persoana asistată cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.

## **2. Schimbarea poziției din decubit lateral în decubit dorsal**

o Așezați-vă de partea patului spre care este orientat spatele batranului/ persoana asistată și rugați o persoană să vă ajute.

o Prindeți batranul/ persoana asistată de sub axilă și sprijiniți-i capul pe antebraț.

o Rugați ajutorul să introducă o mână sub bazinul batranului/ persoana asistată .

o Sincronizați-vă mișcărilor și executați o mișcare de rotație aducând batranul/ persoana asistată în decubit dorsal.

o Introduceți sub regiunea lombară și sub genunchi pernuțe subțiri sau materiale textile împăturite pentru a respecta curbura fiziologică a coloanei și pentru a evita hiperextensia membrilor.

o Intindeți lenjeria de corp și de pat.

o Acoperiți batranul/ persoana asistată .

o Anunțați ora următoarei schimbări.

## **3. Schimbarea poziției din decubit dorsal în poziție șezând**

a) de către o singură persoană

o Îndoiiți/pliați pătura și dezveliți batranul/ persoana asistată până la mijloc.

o Așezați-vă față în față cu batranul/ persoana asistată , rugându-l să întoarcă puțin capul într-o parte.

o Prindeți cu o mână regiunea axilară.

o Imbrățișați cu cealaltă mână spatele batranului/ persoana asistată sprijinindu-i capul pe antebraț.

o Rugați batranul/ persoana asistată care are resurse fizice să vă prindă de umeri, să-și flecteze genunchii și să se sprijine pe tălpi.

o Comandați mișcarea de ridicare folosind un cuvânt de indemn (de. Ex. "sus").

o Ajuțați batranul/ persoana asistată să se ridice în timp ce se sprijină și deplasați-l ușor spre capul patului .

o Sprijiniți spatele cu perna sau cu rezemătorul mobil al patului .

o Asigurați menținerea poziției introducând un sul sub genunchi și punând la tălpi un sprijinitor sau un sac de nisip.

b) de către două persoane

o Așezați-vă de o parte și de alta a patului .

o Incrucșați antebrațele pe spatele batranului/ persoana asistată .

o Introduceți cealaltă mână în axilă.

o Comandați mișcarea de ridicare și executați-o în același timp.

o Fixați poziția cu perne sau cu rezemătorul mobil.

## **4. Reșezarea batranului/ persoana asistată în decubit dorsal din poziția șezând**

o Îndepărtați pernele și sulurile.

o Prindeți batranul/ persoana asistată ca și în cazul ridicării.

o Lasați ușor pe spate.

o Reașezați patul, întindeți lenjeria.

o Fixați sulurile sub regiunea lombară și genunchi.

## **5. Reducerea pacienților alunecați din poziție semișezând sau șezând**

a) O singură persoană

o Se așează brațele bolnavului peste abdomen;

o Mâna dinspre capul patului este introdusă, cu palma în sus, sub omoplații acest;

o Cealaltă mână este așezată sub regiunea fesieră a bolnavului ;

o Se ridică bolnavul în poziția dorită.

b) Dacă aveți un ajutor

o Așezați-vă de o parte și de alta a patului .

o Prindeți cu o mână din axilă sau incrucșați antebrațele pe spatele batranului/ persoana asistată .

o Introduceți cealaltă mână sub regiunea fesieră a batranului/ persoana asistată și acționați amândoi la comandă ridicând batranul/ persoana asistată până la nivelul dorit.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

### **Îngrijirea batranul/ persoana asistata**

- o Asigurați-vă că batranul/ persoana asistata este relaxat, se simte bine.
- o Verificați lenjeria și materialele auxiliare folosite să nu jeneze batranul/ persoana asistata .
- o Întrebați-l din când în când dacă are vreo durere.
- o Măsurați dacă este cazul: pulsul; TA; respirația

### **Reorganizarea locului de muncă**

- Îndepărtați materialele inutile

### **Evaluarea procedurii**

- Rezultatul așteptat:

o Batranul/ persoana asistata exprimă stare de bine, nu sunt modificări ale pielii în punctele de presiune.

o Nu sunt modificări ale valorilor funcțiilor vitale.

- Rezultat neașteptat / Ce faceți:

o Batranul/ persoana asistata acuză manevre brutale care-i provoacă dureri/

Comunicați cu batranul/ persoana asistata pentru a culege mai multe informații despre starea sa și acționați cu mai multă blândete.

o La nivelul punctelor de sprijin apar semne de compresiune/

Aplicați și alte măsuri de prevenire a escarelor.

## **5. TRANSPORTUL PERSOANEI ASISTATE**

**Transportul** bolnavul face parte integrantă din îngrijirea lor, dar nu este o condiție obligatorie.

Un număr destul de mare de bolnavi se pot deplasa singuri, o altă categorie, deși se pot deplasa singuri, din cauza nesiguranței în mers nu au curajul de a porni, deci nu pot fi lăsați neînsoțiți. Pentru acești bolnavi este suficient dacă sunt ținuți de braț pentru a le combate frica și a le reda siguranța în mers.

! Bătrânii treb e însoțiți, chiar dacă sunt mobilizabili, sprijinindu-i în timpul mersului da braț.

Dacă bolnavul treb e transportat în unități sanitare, pentru efectuare de controale sau investigații medicale, pentru deplasări în alte localități, se folosesc autosalvări, avioane sanitare, elicoptere.

În interiorul unei unitati sanitare, bolnavul, în funcție de starea sa fiziologica, poate fi transportat cu :

- brancarda sau targa
- căruciorul sau fotoliul rulant
- patul rulant.

Transportul efectuat în condiții bune evită agravarea durerilor și a șocului traumatic, contribuind la protecția leziunilor și la menținerea unei stări generale mulțumitoare.

Independent de scopul pentru care se efectuează transportul și indiferent de mijlocul cu care se realizează acesta, treb e să se țina seama de cateva reguli:

Bolnavilor aflați în stare de conștiență li se va explica necesitatea transportului , scopul pentru care este necesară deplasarea, insistând asupra importanței acesteia în vederea ajutorii și deci a însănătoșirii acestora.

Ridicarea bolnavilor la marginea patului , ridicarea și așezarea lor pe cărucior sau ridicarea și așezarea pe un brancard (targa), se va face cu foarte mare precauție, ferindu-i de dureri, traumatisme sau oboseală. În vederea acestui scop treb e asigurat numărul necesar de persoane.

În timpul transportului treb e asigurată siguranța bolnavului , maximum de confort posibil. Se va avea grijă ca poziția acestuia să fie cea mai comodă, cu menajarea părților dureroase.

Dacă transportul necesită brancardul sau targa, atunci bolnavul va fi așezat și menținut în poziție de decubit dorsal cu capul ușor ridicat și va fi acoperit.

Dacă bolnavul prezintă un traumatism , în funcție de locul și gravitatea acestuia se va alege poziția adecvată.

### **Transportul cu fotoliul rulant**

Asistații slăbiți, convalescenți sau cu afecțiuni ale membrilor inferioare pot fi transportați cu căruciorul sau fotoliul rulant.

Dacă asistatul nu se poate ridica singur, așezarea în fotoliu se va face de către două persoane.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

### **Pregătirea materialelor necesare.**

Se pregătește fotoliul cu o pătură, cearșaf, mușama și aleză (daca este cazul).

### **Pregătirea asistatului.**

Se anunță asistatul și se îmbracă cu halat, șosete și papuci.

### **Efectuarea tehnicii.**

- Dacă nu se poate ridica în picioare, asistatul este ajutat să se așeze în fotoliul rulant. Dacă asistatul nu se poate ridica singur, așezarea în fotoliu se va face de către două persoane.
- Prima persoană va aduce asistatul în poziție șezândă și îl va sprijini.
- Cea de-a doua persoană va îmbrăca asistatul cu halatul și șosetele.
- Prima persoană ajută asistatul să se întoarcă cu spatele la marginea patului și va sprijini asistatul.
- A doua persoană aduce căruciorul la marginea patului, în dreptul spatelui asistatului. Rotele vor fi blocate.
- Cele două persoane, de o parte și de alta a fotoliului, fixează roțile cu picioarele lor (cea din dreapta cu piciorul stâng, cea din stânga cu piciorul drept).
- Fiecare apucă asistatul cu o mână de sub axilă, iar cu cealaltă de sub genunchi și îl ridică, așezându-l în fotoliu.
- Prima persoană retrace fotoliul.
- A doua persoană susține membrele inferioare ale asistatului, îi așază papucii și îi pune picioarele pe suportul fotoliului.

Fotoliul este împins din spatele asistatului, în timpul transportului asistatul fiind așezat cu fața în direcția de mers.

Asistații care sunt mobilizabili, pot fi așezați în fotoliul rulant și de o singură persoană, conform indicațiilor de mai sus, de la "Mobilizarea pacienților".

### **Transportul în afara locuinței cu un autoturism**

Batranul/ persoana asistată va fi pregătit din timp pentru transport.

- I se comunică mijlocul de transport.
- Va fi îmbrăcat în mod corespunzător anotimpului, duratei drumului și mijlocului de transport.
- I se oferă bazinetul și urinarul în vederea evacuării scaunului și urinei.
- I se asigură maximum de confort, poziția batranului/ persoanei asistate va fi cât mai comodă.
- Batranul/ persoana asistată transportat la alte servicii sau instituții sanitare va fi însoțit de îngrijitor, cu documentația necesară. Predarea batranului/ persoanei asistate se face de către îngrijitor la medicul de gardă al instituției unde a fost transportat. Pentru liniștea batranului/ persoanei asistate, este bine ca ea să rămână lângă persoana asistată/ingrijită până va fi amplasat în patul I.
- Ingrijitorul trebuie să cu el tot ceea ce i-ar trebui pe drum în acordarea primului ajutor. El supraveghează batranul/ persoana asistată îndeaproape, pe tot timpul transportului, dacă nu este însoțit de personal medical.

## **CAPITOLUL 2 ÎNGRIJIREA CORPORALĂ A PERSONEI ASISTATE**

### **1. ÎMBRĂCAREA PERSONEI ASISTATE**

#### **Ajutarea bolnavului la alegerea hainelor, la îmbrăcare, dezbrăcare.**

Îngrijirile de bază includ ajutorul dat batranului/ persoanei asistate pentru a-și alege îmbrăcămintea și pentru a o utiliza cât mai bine. Pentru persoanele care nu pot face acest lucru (persoane inconstiente, care suferă de demență etc), îngrijitorul este cel care alege îmbrăcămintea și supraveghează întreținerea ei.

Îngrijitorul la domiciliu, în practica curentă, trebuie să învețe să observe îmbrăcămintea batranului/ persoanei asistate ca o « prelungire » a personalității acestuia. Dacă batranul/ persoana asistată își alege singur

îmbrăcămintea și unele accesorii, acestea exprimă individualitatea sa. Hainele care sunt impuse bolnavului îl pot deprima sau contraria în mare măsură. Îmbrăcămintea poate influența sentimentul de demnitate și autorespect al bolnavului.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

În general, nu folosim aceeași îmbrăcăminte ziua și noaptea. Dacă bătrânul/ persoana asistată rămâne și ziua îmbrăcat în pijama, acest lucru poate contribui la dezorientarea sa și la pierderea interesului pentru viața de zi cu zi.

Ingrijitorul trebuie să îi vină în ajutor bolnavul pentru a se putea îmbrăca și dezbrăca.

Învățarea bătrânului/ persoanei asistate să își recâștige independența în această activitate cotidiană de a se îmbrăca și dezbrăca reprezintă o secvență din programul de recuperare.

Toate aceste lucruri vor fi analizate și adaptate în funcție de situație și de persoana asistată/ingrijită

Lenjeria de corp a bolnavului (cămașa de noapte sau pijama) trebuie schimbată periodic și ori de câte ori se murdărește. Bolnavii își schimbă singuri lenjeria de corp, cu excepția celor imobilizați la pat, adinamici, paralizați etc.; la aceștia, îngrijitorul este cel care trebuie să schimbe lenjeria de corp.

#### **Schimbarea lenjeriei de corp la bătrânul/ persoana asistată imobilizată:**

Obiectivele urmărite sunt:

- menținerea stării de igienă și confort a bolnavului ,
- prevenirea escarelor de decubit,
- menținerea tonusului psihic și a demnității acestuia.

Înainte de începerea procedurii se informează bătrânul/ persoana asistată , explicându-i procedura și necesitatea acesteia și mai ales se obține consimțământul acestuia sau al familiei.

Materiale: pijama curată și încălzită, sac pentru lenjeria murdară, mănuși de unică folosință.

Etapele procedurii:

- Informați și explicați bătrânul/ persoana asistată procedura,
- Se explică bătrânului/ persoanei asistate cum poate colabora și se apreciază în același timp resursele acestuia,
- Asigurați intimitatea bolnavului ,
- Spălați-vă pe mâini și puneți-vă mănușile,

Procedura ține seamă de tipul de îmbrăcăminte (pijama, cămașă de noapte) și de starea bătrânului/ persoanei asistate . Se obțin informații despre posibilitățile de imobilizare.

#### **Schimbarea pijamalei**

##### **Dezbrăcarea bluzei murdare și îmbrăcarea celei curate**

- se descheie nasturii;
- se ridică bătrânul/ persoana asistată în poziția șezând și se îndepărtează bluza murdară;
- se rulează pe rând fiecare mânecă a bluzei curate și se îmbracă fiecare membru superior;
- bătrânul/ persoana asistată este așezat în decubit, se întinde bluza și se încheie nasturii;
- dacă bătrânul/ persoana asistată nu se poate ridica, se întoarce în decubit lateral, se dezbracă și se îmbracă partea accesibilă după care bătrânul/ persoana asistată se întoarce pe cealaltă parte și se procedează la fel rulând pe rând mânecile bluzei;
- la sfârșit, bătrânul/ persoana asistată este adus în decubit dorsal, se întinde bluza și se încheie nasturii.

##### **Îmbrăcarea și dezbrăcarea pantalonilor**

- se menajează pudora bătrânului/ persoanei asistate ;
- se ridică regiunea lombosacrală, se trag pantalonii jos;
- se ridică membrele inferioare și se continuă dezbrăcarea;
- se rulează pantalonii curați și se îmbracă pe rând fiecare membru inferior, după care se ridică regiunea fesieră și se trag în sus spre mijloc.

##### **Observații**

În toate cazurile descrise

- se verifică punctele de sprijin și se anunță orice modificare premergătoare escarelor;
- se pudrează cu talc punctele de sprijin;
- se verifică dacă la terminarea procedurii, lenjeria este bine întinsă și dacă bătrânul/ persoana asistată exprimă stare de confort.

##### **Schimbarea cămășii de noapte**

Se apreciază capacitatea persoanei asistate/ingrijitei de a participa la efectuarea procedurii.

Dacă persoana asistată/ingrijită se poate ridica în poziție șezând se procedează astfel:

- se ridică întâi regiunea fesieră și se trage ușor cămașa murdară;



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- se strânge (rulează) cămașa murdară de la spate și se trece peste cap dezbrăcând membrele superioare;

- se rulează fiecare mânecă a cămașii curate și se îmbracă fiecare membru superior după care cămașa este trecută peste cap și întinsă până aproape de șezutul persoanei asistate/ingrijitei;

- se așează în decubit, se ridică regiunea fesieră și se întinde bine cămașa.

Dacă persoana asistată/ingrijită nu se poate ridica:

Pentru dezbrăcare :

- se întoarce persoana asistată/ingrijită pe o parte și pe alta, strângând de fiecare dată cămașa până aproape de axilă;

- persoana asistată/ingrijită în decubit dorsal se ridică ușor și se trage cămașa peste cap;

Pentru îmbrăcare :

- se rulează cămașa de la poale, se ridică ușor capul și se trece cămașa peste cap;

- se întoarce apoi persoana asistată/ingrijită pe o parte și pe alta întinzând cu grijă cămașa;

- se întinde bine cămașa;

- se întinde și se fixează cearceaful.

### Observații

La schimbarea lenjeriei de corp și de pat se ține cont de constrângerile fizice: leziuni ale membrilor, aparate gipsate, perfuzii montate.

Partea vătămată se dezbracă prima și se îmbracă prima.

La bătrânul/ persoana asistată inconștient este de preferat ca partea inferioară a corpului să nu fie îmbrăcată.

## 2. TEHNICI DE ÎNGRIJIRE CORPORALĂ

Toaleta bătrânului/ persoanei asistate face parte din îngrijirile de bază, care au scop de a asigura confortul și igiena bolnavului .

Toaleta bătrânului/ persoanei asistate poate fi:

- baia generală sau dus-cel puțin 1-2 ori pe săptămână

- pe regiuni- zilnică

În funcție de tipul bătrânului/ persoanei asistate , acesta:

- n-are nevoie de ajutor

- are nevoie de sprijin fizic și psihic

- are nevoie de ajutor parțial

- necesită ajutor complet.

### Obiectivele îngrijirii corporale:

o îndepărtarea de pe suprafața pielii a straturilor descumate

o menținerea pielii în stare de curățenie perfectă

o prevenirea apariției escarelor

o deschiderea orificiilor de excreție ale glandelor pielii

o înviorearea circulației cutanate și a întregului organism

o liniștirea bolnavului , crearea unei stări plăcute de confort .

### IMPORTANT!

Înainte de a începe baia pe regiuni sau generală, îngrijitorul la domiciliu se va informa cu privire la starea bătrânului/ persoanei asistate - puls, tensiune, respirație - ce mobilizare i se permite în ziua respectivă, dacă se poate spăla singur, pe care parte a corpului .

## TOALETA PERSOANEI MOBILIZABILE

### 1. Baia generală, dusul

Bătrânul/ persoana asistată mobilizabil va face baie generală sau dus, cel puțin de două ori pe săptămână. Cu această ocazie i se va schimba și lenjeria.

**Materiale necesare:** termometru de baie și de cameră; săpun; mănuși de baie; cearsaf de baie;

1. Pregătirea încăperii:

Închiderea geamurilor și a ușii.

Măsurarea temperaturii încăperii (în jur de 20°C).

2. Pregătirea materialelor:



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIUNEA SUD-ESTULI (RFDR)

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Se pregătește gelul de dusău săpunul în savonieră, mănușile de baie pe un suport la marginea băii sau pe un suport lângă dus.

Se așază pe un scaun cearsaful de baie/ prosopul de baie, lenjeria curată, trusa pentru unghii cu ustensile dezinfectate, pieptenele, peria de dinți, paharul, pasta de dinți, alcoolul pentru frecție, pe o tavă.

### 3. Pregătirea cazii de baie:

Se introduce în cadă apă fierbinte peste apa rece, pentru a evita producerea de vapori, cada fiind spălată și dezinfectată în prealabil. Cada se umple pe jumătate.

Se măsoară temperatura apei care va fi între 37-38°C.

Pentru bolnavii care prezintă o stare de oboseală se așază transversal pe marginea băii o scândură, pe care bolnavul va sta în poziție sezândă.

### 4. Pregătirea persoanei asistate:

Este invitată să urineze.

Este ajutată să se dezbrace.

Se protejează părul cu casca de baie.

Persoana asistată este introdusă cu precauție în cada de baie, supraveghindu-i reacția.

### 5. Efectuarea băii:

Bolnavul se spală singur sau este spălat de către îngrijitor cu prima mână de baie, pe față; cu a doua mână - pe trunchi și membre, iar a treia mână este întinsă pentru regiunea perineală (genitală, anală).

Clătirea pielii cu ajutorul dusului.

Este ajutat să iasă din baie, este învelit în cearsaful de baie sau prosop și este sters.

Se face frecție cu alcool pentru închiderea porilor și stimularea circulației.

Este ajutat să se îmbrace cu lenjeria curată, halat și papuci.

Este ajutat să-și facă toaleta cavității bucale, să-și taie unghiile, să se pieptene. Este condus în cameră.

### 6. Reorganizarea locului de muncă:

Se strâng materialele folosite, lenjeria murdară se pregătește pentru spălare

Se spală cada de baie, se aerisește camera.

### 2. Baia pe regiuni - zilnică

Îngrijitorul la domiciliu are misiunea delicată de a controla și de a îndruma ca persoana asistată să-și facă zilnic toaleta de dimineață și de seară (spălarea feței, urechilor, gâtului, membrilor superioare, regiunii axilare, zona perineală (genitală, anală), toaleta cavității bucale și îngrijirea părului).

Etape de execuție:

1. Pregătirea încăperii (sala de baie). Se impun aceleași condiții ca și la baia generală.

2. Pregătirea materialului:

La chiuvetă se pregătesc: săpunul, o mână pentru față, gât, membre superioare; periuta de dinți, pasta de dinți, paharul; pieptenele, peria pentru păr; prosopul.

În apropierea dusului mobil se pregătește materialul pentru mica toaletă: săpun, mâni, prosop. În lipsa dusului se pregătesc un lighean spălat și dezinfectat, cana cu apă caldă (36-37°C).

3. Pregătirea persoanei asistate:

Bolnavul se dezbracă.

Se protejează părul.

4. Efectuarea toaletei:

Spălarea pe față cu săpun sau fără, după preferința bolnavului. Se spală gâtul, membrele superioare cu mâna udă și săpunată, insistându-se în regiunea axilară, partea anterioară a toracei. Se clătește și se șterge.

Se efectuează toaleta perineală.

Se piaptănă și se perie părul.

Se face toaleta bucală.

Atunci când este cazul, după toaletă se schimbă lenjeria bolnavului.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

## TOALETA PERSOANEI IMOBILIZATE LA PAT

### 1.Îngrijiri corporale zilnice

#### ÎNGRIJIREA OCHILOR

Scop:

- prevenirea infecțiilor oculare
- îndepărtarea secrețiilor.

Pregătirea materialelor

- apă, prosop, tampoane din tifon, comprese, mănuși de baie

Pregătirea batranul/ persoana asistata

- se informează (îngrijirea se face în cadrul toaletei zilnice)

Tehnica:

- se îndepărtează secrețiile oculare de la comisura externă spre cea internă, cu ajutorul un tampon steril
- se spală ochii cu mâna acoperită cu mănuși, se limpezesc și se șterg cu prosopul curat

DE ȘTIUT:

La batranul/ persoana asistata inconștient, prin lipsa reflexul de clipire, pentru a menține suplețea corneei, se picură „lacrimi artificiale” în fiecare ochi. Dacă ochiul rămâne deschis (corneea se usucă), se aplică comprese îmbibate în ser fiziologic și se îndepărtează în mod regulat secrețiile oculare.

#### ÎNGRIJIREA MUCOASEI NAZALE

Scop

- menținerea permeabilității căilor respiratorii superioare

Pregătirea materialelor

- tampoane sterile, montate pe bastonașe, ser fiziologic, tăviță renală, mănuși de cauciuc

Pregătirea batranul/ persoana asistata

- se informează, i se explică necesitatea tehnicii.

Tehnica

- se întoarce capul batranul/ persoana asistata ușor într-o parte;
- se curăță fosele nazale, fiecare cu câte un tampon umezit în ser fiziologic

DE EVITAT:

- contactul mâinilor cu secrețiile nazale.

#### INGRIJIREA URECHILOR

Scop

- menținerea stării de curățenie a pavilionul urechii si a conductul auditiv extern
- îndepărtarea depozitelor naturale (cerumen) sau a celor patologice

Pregătirea materialelor

- Tampoane sterile montate pe betisoare, tăviță renală, apă, săpun, mănușă de baie, prosop

Pregătirea batranul/ persoana asistata

- se informează batranul/ persoana asistata .

Tehnica

- se întoarce batranul/ persoana asistata cu capul pe partea opusă;
- se curăță conductul auditiv extern cu tamponul uscat;



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

se spală pavilionul urechii cu mâna acoperită cu mănușa de bumbac cu săpun, curățând cu atenție șanțurile pavilionul și regiunea retroauriculară

se limpezește, se usucă cu prosopul pavilionul urechii și conductul auditiv extern

Ingrijiri terioare:

se introduce în conductul auditiv extern un tampon de vată absorbant (daca batranul/ persoana asistata solicită acest lucru).

**DE ȘTIUT:**

- fiecare ureche se curăță cu un tampon separat
- dacă sunt scurgeri anormale din urechi (infecții, sange etc) va fi informat medicul.

De evitat

- introducerea tamponul peste limita vizibilității (pericol de lezare a timpanul )

### **ÎNGRIJIREA CAVITĂȚII BUCALE**

Scop:

obținerea unei stări de bine a batranul/ persoana asistata

prevenirea cariilor dentare

prevenirea infecțiilor cavității bucale

Pregătirea materialelor

Pentru batranul/ persoana asistata conștient: periuță, pastă de dinți, prosop, tăviță renală, pahar cu apă

Pentru batranul/ persoana asistata inconștient: comprese, tampoane sterile din tifon, instrumentar steril (deschizător de gură, spatulă linguală, pensă porttampon), glicerină boraxată 20%, tăviță renală, mănuși de cauciuc sterile

Pregătirea batranul/ persoana asistata

Batranul/ persoana asistata este informat asupra necesitatii acestei proced

Tehnica

Batranul/ persoana asistata conștient :

este așezat în poziție șezând sau în decubit lateral stâng, cu prosopul în jurul gâtul ;

este servit, pe rând, cu materialele și ajutat să-și facă toaleta cavității bucale.

Batranul/ persoana asistata inconștient :

în poziție decubit dorsal, capul într-o parte, cu prosopul sub bărbie

se introduce deschizătorul de gură între arcadele dentare

se șterg limba, bolta palatină, suprafața internă și externă a arcadele dentare cu tampoane

îmbibate în glicerină boraxată, cu mișcări dinăuntru în afară

se șterg dinții cu un alt tampon

la sfârșit se ung buzele

Ingrijiri terioare

- se strâng materialele

- se așează batranul/ persoana asistata în poziție confortabilă.

**DE ȘTIUT**

La pacienții inconștienți, care prezintă proteză dentară, aceasta se va scoate, se va spăla și se va păstra într-un pahar mat cu apă.

Toaleta cavității bucale la batranul/ persoana asistata inconștient se poate face și cu indexul acoperit cu un tampon de tifon, mâna fiind îmbrăcată în mănușă

**DE EVITAT:**

- contactul mâinilor cu secreția salivară a batranul/ persoana asistata sau cu materialul folosit.

### **ÎNGRIJIREA UNGHIILOR**

Scop

obținerea unei aparențe îngrijite a batranul/ persoana asistata





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Îndepărtarea depozitului subungheal, care conține germeni patogeni (microbi)

Evitarea leziunilor cutanate prin grataj (scarpinare) la pacienții cu prurit și de asemenea la pacienții agitați

Zilnic: unghiile se spală cu apă și săpun și cu periuța de unghii. Pentru spălarea piciorului, acesta va fi introdus într-un ligean cu apă, după care se va face tăierea unghiilor.

Pregătirea materialelor

- apă, săpun, periuță, forfecuță de unghii, pilă, prosop

Pregătirea batranului/ persoanei asistate

- Batranul/ persoana asistată se informează asupra necesității tehnicii și se așează comod, relaxat.

Tehnica

- se taie unghiile cu atenție, la nivelul degetului, pentru a degaja părțile laterale spre a nu se aduna murdăria, apoi, se pilesc;

- mâna sau piciorul se așează pe un prosop pe care se adună fragmentele tăiate

DE ȘTIUT :

Instrumentele după utilizare se dezinfectează.

DE EVITAT :

- lezarea țesuturilor adiacente (risc de hemoragie la hemofilici, risc de infecții, panariții - la diabetici).

### ÎNGRIJIREA PĂRUL

Zilnic: se face perierea, pieptănarea și, eventual, împletirea părului.

Spălare la una-două săptămâni

Scop

- pentru starea de bine a batranului/ persoanei asistate

igienic

- distrugerea paraziților (daca există)

Contraindicații

- fracturi ale craniului, traumatisme mari, pacienți cu stare generală alterată, febrili, cu boli ale pielii

capul .

Tehnica pieptănării părului

- Se alege poziția batranului/ persoanei asistate în funcție de starea sa :

- șezând pe un scaun

- șezând în pat

- decubit dorsal în pat, cu salteaua îndoită sub torace

- decubit dorsal, oblic în pat

- Se piaptână părul cu blândețe.

Tehnica spălării părului (vezi mai jos la "Toaleta pe regiuni")

Îngrijiri terioare

- se reinstalează batranul/ persoana asistată în poziție confortabilă.

### TOALETA INTIMĂ

Scop

- Evitarea infecțiilor genito-urinare, a mirosurilor neplăcute.

- Menținerea unei stări de confort fizic și a demnității batranului/ persoanei asistate .

Părțile intime ale corpului sunt expuse infecțiilor, cerelor de presiune, mirosurilor neplăcute, având în vedere anatomia și fiziologia lor (pliuri ale pielii, orificii naturale ale corpului, glande, organe excretoare).

Se execută de mai multe ori pe zi la pacienții inconștienți, cu sonde vezicale și în perioadele menstruale.

Tehnica – vezi mai jos, la "Toaleta pe regiuni".

### 2.Toaleta pe regiuni a batranului/ persoanei asistate imobilizat



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

#### REGULI DE BAZA:

- Informați și explicați bătrânul/ persoana asistată procedura, obținând astfel consimțământul și preferințele sale în legătură cu igiena.
- Apreciați starea generală a bolnavului, pentru a evita o toaletă prea lungă, prea obositoare.
- Toaleta pe regiuni a bătrânului/ persoanei asistate imobilizate la pat permite examinarea tegumentelor și observarea unor modificări - de exemplu, roșeață, iritație, determinând luarea unor măsuri terapeutice.
- Verificați temperatura din cameră, să fie peste 20 grade C.
- Închideți geamurile și usa evitând astfel curenții de aer.
- Asigurați intimitatea bolnavului dacă sunt și alte persoane în locuință.
- Temperatura apei controlată cu termometrul de baie, să fie între 37 -38 grade C.
- Pregătiți în apropiere materialul necesar toaletei, schimbării lenjeriei patului și a bolnavului.
- Faceti toaleta pe regiuni, dezvelind numai suprafețele necesare și acoperindu-le imediat după terminare.
- Bolnavul se va dezbrăca complet și se va acoperi cu cearceaf și pătură;
- Se mută musamașa și aleza de protecție, în funcție de regiunea care se spală;
- Ordinea în care se face toaleta - spălat, clătit, uscat

Se stoarce corect buretele sau mânășă de baie, pentru a nu se scurge apă în pat sau pe bolnav

- Se săpunește și se clătește cu o mână fermă, fără brutalitate, pentru a favoriza circulația sângelui.
- Apa caldă trebuie să fie din abundență, schimbată de câte ori este nevoie, fără a se lăsa săpunul în apă.
- Se insistă la pliuri, sub sâni, la mâini și în spațiile interdigitale, la coate și axile.
- Se mobilizează articulațiile în toată amplitudinea lor și se masează zonele predispuse escarelor.
- Pentru activarea circulației sângelui, după spălarea întregului corp, se fricționează cu alcool mentolat îndeosebi regiunile predispuse la escare.
- Evitați în timpul băii pe regiuni a bătrânului/ persoanei asistate imobilizate la pat, udarea aparatului gipsat sau a pansamentului (dacă e cazul).

#### ETAPELE TOALETEI

Se va respecta următoarea succesiune:

1. se începe cu fața, gâtul și urechile,
2. apoi brațele și mâinile,
3. partea anterioară a toracelui, abdomen;
4. se întoarce bolnavul în decubit lateral și se spală spatele, fesele;
5. din nou în decubit dorsal, se spală coapsele, gambele și picioarele;
6. se spală apoi organele genitale externe;
7. îngrijirea părului;
8. toaleta cavității bucale.

#### MATERIALE NECESARE:

- două scaune;
- material impermeabil pentru protejat patul (musama);
- aleze; (aleza prezintă 2 părți: partea interioară - care vine în contact cu pielea - alcătuită din corp absorbant îmbrăcat în material netesut, și partea exterioară - care se așează pe pat - prevăzută cu folie impermeabilă care nu permite trecerea lichidelor. Aleza poate fi și o bucată de panză simplă care se pune peste musama.)
- tavă (medicală) pe care se așează materialele necesare;
- lighean;
- cana cu apă caldă;
- cana cu apă rece;
- două bazinete;
- tăviță renală;
- un cearsaf;
- pereche de mănuși cauciuc;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIUNEA SUD-ESTULI S-POV



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- trei mănuși de baie confecționate din prosop sau finet de culori diferite (câte una pentru față, trup și membre, organe genitale);
- trei prosoape de culori diferite;
- săpun neutru;
- alcool mentolat sau camforat;
- cutie (pudriera) cu pudră de talc;
- lenjerie de pat curată;
- lenjerie de corp curată;
- căldare pentru apa murdară;
- sac pentru lenjerie murdară;
- termometru de baie;
- materiale pentru îngrijirea unghiilor (foarfece, pilă);
- material pentru igiena bucală (periuta de dinti, pasta de dinti, un pahar cu apă pentru spălat pe dinti, un pahar cu soluție antiseptică pentru gargară, un pahar cu apă pentru eventualele proteze dentare).

#### ETAPE DE EXECUTIE:

1. Pregătirea materialelor necesare:

- Se alege și se pregătesc materialele necesare.

2. Pregătirea psihică a bolnavului :

- Se anunță bolnavul.
- Se explică simplitatea tehnicii (pentru a nu-i crea stări emotive și a-i obține acordul).

3. Pregătirea condițiilor de mediu:

- Închiderea ferestrelor.
  - Verificarea temperaturii din cameră (în jur de 20°C).
  - Se verifică să nu fie curenți de aer rece.
  - În timpul efectuării toaletei este interzis să se deschidă ușa.
  - Se încălzește lenjeria curată.
  - Se pregătește un termofor (pungă de cauciuc umplută cu apă caldă sau pernută încălzită electric).
- termofor
- Se îndepărtează noptiera de pat (dacă există).
  - Se asază două scaune lângă patul bătrânului/ persoana asistată .

Se protejează intimitatea bătrânului/ persoana asistată dacă sunt și alte persoane în locația/camera prin așezarea/ improvizarea unui paravan în jurul patului .

4. Efectuarea toaletei fetei:

- Se îndepărtează una din perne, susținând cu cealaltă mână capul bolnavului .
- Cealaltă pernă se acoperă cu musama pentru a o proteja de umezeală, iar peste musama se asază o aleză.

- Se asază capul bolnavului pe perna acoperită.
- Pătura se pliază sub forma de armonică și se asază pe scaun.
- Se dezbracă bolnavul și se acoperă cu cearsaful de pătură.
- Spălarea mâinilor.
- Se umple ligheanul 2/3 cu apă caldă (37°C).
- Se controlează temperatura apei cu ajutorul termometrului de baie.
- Se asază în jurul gâtului bolnavului un prosop.
- Se îmbracă prima mână de baie și se umezește.
- Se spală ochii de la comisura externă spre cea internă.
- Se clătesc cu apă curată și se șterg cu primul prosop curat.
- Se spală fruntea de la mijloc spre tâmplă.
- Se spală regiunea din jurul gurii și din jurul nasului prin mișcări circulare.
- Se șterge imediat prin tamponare.

5. Efectuarea toaletei urechilor:



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Se săpuneste o ureche insistând în santurile pavilionului și în regiunea din spatele urechii (cu aceeași mână).

Se clătește bine și se șterge cu prosopul.

Se întoarce ușor capul bolnavului și se procedează la fel cu cealaltă ureche.

Se introduc dopuri de vată (la cererea bolnavului).

6. Efectuarea toaletei gâtului :

Se descoperă gâtul bolnavului și se spală cu apă și săpun.

Se clătește bine și se șterge imediat pentru ca bolnavul să nu fie predispus la răceală.

Se acoperă gâtul bolnavului cu cearsaful.

Se aruncă apa din lighean.

7. Efectuarea toaletei membrelor superioare:

Se umple ligheanul cu 2/3 apă caldă (37°C).

Se verifică temperatura apei.

Se descoperă unul din membrele superioare și se așază musamaua și aleza sub întreg bratul, deasupra inelitorii.

Se săpuneste circular, începând de la umăr spre capătul distal, insistând la axilă.

Se limpezeste și se șterge imediat cu prosopul curat.

Se acoperă bratul bolnavului.

Se taie unghiile cu grijă.

Se întoarce bolnavul în decubit lateral de partea corespunzătoare bratului spălat și se procedează la fel cu celălalt brat.

8. Efectuarea toaletei toracelui :

Se descoperă partea anterioară a toracelui.

La femei se săpuneste și se insistă la pliurile submamare.

Se limpezeste bine și se șterge prin tamponare.

10. Efectuarea toaletei abdomenului :

Se așază musamaua împreună cu aleza sub abdomenul bolnavului.

Se săpuneste abdomenul.

Cu ajutorul unui tampon de vată (eventual montat pe porttampon dacă există) și înmănușat în alcool, se insistă asupra regiunii ombilicale, îndepărtând murdăria.

Se spală apoi ombilicul cu apă și săpun.

Se limpezeste și se șterge imediat.

Se unge regiunea ombilicală cu vaselină/ cremă.

Se scoate mânășă utilizată și se pune în tavita renală.

9. Efectuarea toaletei spatelui :

Se întoarce bolnavul și se susține în decubit lateral.

Se așază sub bolnav musamaua acoperită de aleză.

Se săpunesc spatele și regiunea lombo-sacrală.

Se limpezesc bine și se șterg prin tamponare.

Se pudrează cu talc.

Se îndepartează musamaua împreună cu aleza.

Se readuce bolnavul în decubit dorsal.

Se frecionează bratele și toracele cu alcool.

Se pudrează cu talc gâtul, toracele, abdomenul și mai ales bratele și axilele.

Se îmbracă bolnavul cu cămășă de noapte (pijama).

Se aruncă apa murdară în cadare.

11. Efectuarea toaletei membrelor inferioare:

Se umple ligheanul cu 2/3 apă caldă (37°C).

Se îmbracă cea de-a doua mânășă de baie.

Se mută musamaua împreună cu aleza în regiunea coapselor.

Se săpunesc coapsele, insistând în regiunea inghinală.

Se limpezesc și se șterg.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Se flectează gabele bolnavul pe coapse.
- Se mută musamaua mai jos și se asază ligheanul pe musama.
- Se introduce piciorul în lighean.
- Se săpuneste gamba insistând în regiunea poplitee (din spatele genunchiului) și între degete.
- Se limpezeste și se șterge imediat cu cel de-al doilea prosop curat.
- Se procedează la fel cu piciorul celălalt.
- Se frecionează membrele inferioare cu alcool și se pudrează plicile cu talc.
- Se taie unghiile nu prea scurt, pentru a nu se produce leziuni, și se pilesc.

#### 12. Toaleta regiunii ano-genitale

Materiale necesare: bazinet, pensa porttampon, tampoane vată, cană cu apa caldă, prosop (special), mânășă de cauciuc, mânășă de baie.

- Se oferă bolnavul bazinetul pentru a urina.
- Se îndepărtează bazinetul.
- Se izolează salteaua cu musamaua și traversa.
- Se asază bolnavul în poziție ginecologică
- Se asază sub regiunea sacrală a bolnavului bazinetul curat.
- Se îmbracă mânășă de cauciuc.
- Se îmbracă peste mânășă de cauciuc cea de a treia mânășă de baie.
- Se efectuează spălarea dinspre partea anterioară înspre anus, cu săpun neutru, care nu irită pielea și mucoasele.

De evitat contaminarea regiunii genitale cu microorganisme din regiunea anală, prin mișcări de spălare dinspre anus spre simfiza pubiană.

La bărbat, se degajă glandul de prepuț și se spală cu prudență (se previne pătrunderea săpunului în uretră).

- Se limpezeste cu ajutorul unui jet de apă caldă curată turnat dintr-o cană.
- Se îndepărtează cu atenție resturile de săpun, care pot produce prurit sau inflamații.
- Se scoate bazinetul de sub bolnav.
- Organele genitale și regiunea din jur se șterg cu cel de-al treilea prosop curat.
- Se pudrează cu pudra de talc pentru prevenirea apariției de intertrigo.

*(Intertrigo este o inflamație a tegumentului care debutează cu un ușor eritem dar care poate duce la eroziuni, fisuri și macerari ale pielii. Aspectul leziunilor variază în funcție de severitate. Cel mai adesea, intertrigo apare sub forma unor plăci eritematoase localizate la nivelul pliurilor. Practic, orice pli cutanat poate fi afectat. Uneori un intertrigo netratat poate duce la eroziuni și chiar la macerarea pielii. Fenomene de însoțire sunt pruritul, senzație de arsură locală și inflamația ganglionilor regionali.)*

*Totodată, un intertrigo se poate complica prin pustule, ceea ce indică infecția. Infecția din intertrigo poate fi cauzată de fungi sau bacterii. Cel mai adesea este vorba de o infecție candidozică.)*

#### 13. Efectuarea toaletei părului.

Materiale necesare: pieptene, șampon, săpun insecticid (dacă este cazul), aparat de uscat părul, lighean, musama, aleză, apă caldă, prosop.

- Se ridică ușor capul bolnavului.
- Se îndepărtează perna și se asază pe un scaun.
- Se susține capul bolnavului și se îndoaie salteaua sub restul saltelei.
- Se asază o musama pe somieră și deasupra saltelei îndoite.
- Se asază ligheanul cu 2/3 apă caldă (37°C) pe musama.
- Se protejează salteaua cu o aleză.
- Peste aleză se asază o musama rulată de ambele laturi, astfel încât să formeze un jgheab.
- Se asază capul bolnavului în ușoară hiperextensie, atârând deasupra ligheanului.
- Se protejează ceafa bolnavului cu un prosop.

Sub ceafa bolnavului se asază capătul mai îngust al musamalei rulate, iar celălalt capăt se introduce în ligheanul așezat pe somieră sau într-o căldare așezată lângă pat (fig 5).

- Se verifică temperatura apei.
- Se umezește și se tamponează părul.

Se umezește și se tamponează părul.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Se fricționează părul cu ambele mâini și se masează ușor pielea capului pentru activarea circulației sanguine.

- Se limpezeste părul.
- Se repetă manopera de două-trei ori.
- După o clătire abundentă, se acoperă părul cu un prosop încălzit.
- Se îndepartează mușama, introducând-o în lighean.
- Se așază bolnavul în poziția inițială.
- Se usucă părul cu foehnul.
- Se piaptănă părul.
- Se acoperă părul bolnavul cu un tulpă sau bonetă.
- Se spală obiectele de pieptănat și se introduc în soluție dezinfectant.
- Spălarea mâinilor.

14. Efectuarea toaletei cavității bucale.

A. La bolnavii conștienți.

**Materialele necesare:**

- pahar cu apă;
- periuta și pasta de dinți;
- prosop, aleză;
- tavita renală.

În funcție de starea bolnavului, acesta este adus în poziție semizezândă sau în decubit lateral.

- Se pune pasta de dinți pe periută.
- Se protejează lenjeria bolnavului cu prosop și aleză.
- Se servesc bolnavului paharul cu apă și periuta cu pastă.
- Bolnavul își va spăla dinții.
- Se servește al doilea pahar cu apă pentru gargară.

B. La bolnavii inconștienți sau comatoși.

**Materialele necesare:**

- tampoane pe port-tampoane sterile;
- deschizător de gură, steril;
- comprese de tifon;
- glicerină boraxată 20%;
- spatula linguală;
- tavita renală;
- manusa sterilă de cauciuc.

- Bolnavul este în decubit dorsal.
- Se întoarce lateral capul bolnavului.
- Se așază sub bărbie prosopul și tavita renală.
- Se amplasează deschizătorul de gură printre arcadele dentare.
- Se înmoaie un tampon cu glicerină boraxată.
- Se sterg limba, bolta palatină și suprafața internă și externă a arcadei dentare cu mișcări

dinăuntru în afară.

- Cu alt tampon se curată dantura.
- Cu degetul înfășurat în tifon și imbibat în glicerină boraxată sau zeama de lămâie se îndepartează depozitul gros depus pe mucoase până în faringe.
- Buzele crapate și uscate se ung cu glicerină boraxată.

**Observație!**

La bolnavii inconștienți, toaleta bucală se realizează cu mâna protejată de manusa de cauciuc.

**15. Reorganizarea locului de muncă:**

Lenjeria murdară de pat se pune în sacul special.

Spălarea mâinilor.

Se schimbă patul cu lenjerie curată.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Se îndepărtează paravanul și lenjeria murdară din cameră.

Se spală materialele folosite și se introduc în soluție dezinfectantă.

### 3. Toaleta generală

#### prin îmbăiere a bolnavul imobilizat

Spălarea întregului corp, prin introducerea bolnavului în cada de baie, are același scop ca și toaleta parțială.

Pentru această procedură este nevoie de 2 persoane și, eventual, un pat rulant care să încapă în baie.

#### Materiale necesare:

- camera de baie și cada de baie curată, spălată, dezinfectată;
- grătar lângă cadă;
- termometru de baie;
- cearsaf de baie;
- săpun neutru;
- două prosoape;
- două mănuși de baie;
- lenjerie de corp curată;
- casca pentru protejarea părului;
- halat de baie și papuci;
- materiale pentru îngrijirea unghiilor;
- materiale pentru igiena bucală;
- alcool mentolat sau camforat;
- pudriera cu pudră de talc;
- sac pentru lenjerie murdară;
- soluții dezinfectante pentru cadă și robinete;
- un scaun.

#### Etape de execuție:

##### 1. Pregătirea materialelor:

- Se pregătesc materialele necesare pentru efectuarea îmbăierii, pe "truse", în ordinea utilizării lor.

##### 2. Pregătirea psihică și fizică a bolnavului :

- Se anunță bolnavul cu o jumătate de oră înainte și i se explică necesitatea.
- Se oferă bolnavului urinarul.
- După mictiune se îndepărtează urinarul.
- Spălarea mâinilor.

##### 3. Pregătirea camerei de baie:

- Se închid ferestrele și ușa.
- Se verifică temperatura din camera de baie.
- Se dă drumul la apa rece și apoi la apa caldă.
- Se verifică temperatura apei cu ajutorul termometrului.
- Se aranjează lenjeria de corp curată și încălzită pe un calorifer, în ordinea întrebării.

##### 4. Efectuarea îmbăierii:

- Se transportă bolnavul în camera de baie.
- Se dezbracă bolnavul.
- Se protejează părul bolnavului cu cască.
- Se protejează părul bolnavului cu cască.
- Se introduce bolnavul în cadă (cu ajutorul unui cearsaf - două persoane).
- Se menține cearsaful pe fundul căzii în tot timpul băii.
- Se susține bolnavul să intre în baie.
- Se supraveghează reacția bolnavului.
- Se îmbracă o mânășă de baie.
- Se săpuneste suprafața corpului, în aceeași ordine ca la toaleta parțială la pat.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Se îndepărtează săpunul de pe tegumente.
- Se schimbă mánusa și se efectuează toaleta organelor genitale.
- Se stropeste suprafața corpului cu apă la o temperatură ceva mai scăzută decât cea din cadă (pentru efectul de tonifiere a țesuturilor și activarea circulației și respirației).
- Se susține de sub axile pentru a ridica bolnavul din cadă.
- Se infasoară bolnavul într-un cearsaf uscat și încălzit.
- Bolnavul se întinde pe canapeaua din camera de baie acoperită cu mușama și cearsaf curat (sau se învelește cu o pătură și se transportă în camera sa, unde se continuă procedura).
- Se șterge și se fricționează cu alcool bolnavul.
- Se pudrează regiunea pliurilor.
- Se îmbracă bolnavul cu lenjeria de corp curată și încălzită.
- Se face toaleta unghiilor.
- Bolnavul se îmbracă cu halat, i se pun papuci și se transportă în cameră.
- Se așază bolnavul comod în patul său.
- Se învelește bine bolnavul.

#### Atentie!

*Dacă bolnavul prezintă frisoane, se încălzește cu termofoare și se hidratează cu lichide calde.*

#### 5. Reorganizarea locului de muncă:

- Se introduce lenjeria murdară în sacul special și se pregătește pentru spălat.
- Se dă drumul la apa din cadă.
- Se spală bine cada cu detergenți și se dezinfectează.
- Se spală cada și robinetele cu apă curată.
- Se curată, se spală și se introduc în soluții dezinfectante instrumentele folosite.
- Se aerisește camera de baie.

### 3. CAPTAREA DEJEȚIILOR FIZIOLOGICE ȘI PATOLOGICE

Dejecție = evacuare a excrețiilor din organism (urină, materii fecale, spută, vărsături).

Captarea dejecțiilor fiziologice și patologice este o muncă de o importanță deosebită pentru îngrijitor.

Observarea dejecțiilor are uneori o importanță hotărâtoare în stabilirea diagnosticului.

Numeroși bolnavi sunt imobilizați la pat, iar la ei captarea dejecțiilor trebuie făcută permanent.

Pacienții mobilizabili sunt ajutați, dacă este cazul, să meargă la toaletă.

Captarea dejecțiilor persoana asistată/îngrijitului imobilizat la pat trebuie făcută după anumite reguli, pentru a nu murdări camera sau patul, pentru a preveni infecțiile și pentru a reduce la minimum traumatismul fizic și psihic al persoanei asistate.

#### Captarea fecalelor

Se face în ploscă.

Plosca utilizată în mod curent este confecționată din material plastic având o formă ovalară, de înălțime descrescând pentru a putea aluneca ușor sub bolnav.

Plosca se ține de mâner și se va ține întodeauna acoperită cu capac propriu sau cu un șervet. Pentru bolnavii cu leziuni dermatologice sau de altă natură, sau tegumente predispuse la escare de decubit, se utilizează bazine pneumatice din cauciuc sau material plastic. Ele sunt asemănătoare colacilor de cauciuc, dar sunt prevăzute cu fund din același material. Umflarea lor se face cu pompă și înainte de utilizare, suprafața lor de contact cu pielea bolnavului se presară talc.

#### Tehnica

- Ploștile se aduc la temperatura camerei, iar înainte de utilizare se verifică integritatea lor pentru ca nu cumva să cauzeze microtraumatisme bolnavilor.
- Bolnavul, după ce a fost dezbrăcat, va fi solicitat să se ridice puțin, fiind ajutat de îngrijitor, cu palma stângă introdusă sub regiunea sacrală.
- Sub persoana asistată/îngrijita se așază o mușama și o aleză, peste care se introduce plosca.
- Pe durata defecării, bolnavul va fi acoperit.
- Menținerea ploștii va fi redusă la timpul cât mai puțin posibil pentru a preveni formarea escarelor de decubit.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Toaleta după defecație se face cu hârtie igienică sau prin spălare, apoi plosca va fi scosă și acoperită imediat și dusă la WC pentru golire.
- Se aerisește camera și se spală mâinile bolnavul .
- După golire, plosca se spală manual cu perii cu coadă lungă, după care se dezinfectează împreună cu peria în soluție dezinfectantă.

#### **Captarea urinei**

De captarea urinei beneficiază nu numai bolnavii imobilizați la pat, ci și aceia care se scoală odată, de două ori, pentru actul defecării, dar sunt prea obosiți sau adinamici pentru a se scula mai des, mai ales dacă au și emisiuni frecvente.

Captarea urinei se face în vase speciale numite urinare.

Forma lor poate fi diferită. Recipientul oval, rotunjit folosit numai pentru bărbați, se continuă cu un tub, cel folosit la femei are o deschizătură mai largă, adaptabilă la organele genitale.

În general, pentru captarea urinei la femei se utilizează plosca cu care șansa de a păstra curățenia lenjeriei este mai mare.

Urinarele sunt confecționate din material plastic semitransparent și sunt gradate pentru a permite urmărirea cantitativă și calitativă a urinei eliminate.

Tehnica

- În timpul utilizării, urinarele se introduc sub pătură, persoana aflată în îngrijire rămânând acoperită.
- Nu este permisă menținerea urinarul cu urină în cameră, nici măcar în timpul nopții, deoarece viciază aerul.
- Urinarele se spală cu jeturi verticale de apă folosind detergenți, iar apoi se dezinfectează.

#### **Captarea vărsăturilor**

Dacă vărsăturile sunt prevăzute, îngrijitorul va pregăti din timp lângă pat o mușama, câteva prosoape, și câteva tăvițe renale.

Dacă bolnavul are proteze dentare, acestea vor fi scoase din cavitatea bucală.

Dacă stare persoanei asistate permite, în timpul vărsăturilor aceasta va fi ridicată în poziție șezândă și va fi sprijinită de frunte, iar cu cealaltă mână i se va ține în față o tăviță renală curată.

Pe parcurs se aranjează mușama și prosopul în față bolnavul pentru a nu murdări lenjeria de corp și de pat.

Dacă bolnavul nu poate fi ridicat, se va întoarce numai capul într-o parte de preferință spre stânga și se va așeza tăvița renală lipită de față.

După liniștire se va clăti gura cu apa rece, ceai amar sau o soluție aromată, iar apoi se va șterge gura persoanei aflată în îngrijire.

Se aranjează patul.

#### **Captarea sputei și colectarea sputei**

Se face în sc pătoare.

Cele mai obișnute sunt sc pătoarele emailate de formă cilindrică, cu capac în formă de pâlnie cu mâner.

Dacă persoana aflată în îngrijire are o expectorație abundentă, care trebuie determinată și cantitativ se utilizează vase gradate din sticlă, care este bine să fie acoperite

Există sc pătoare confecționate din hârtie cerată sau material plastic, care după o singură utilizare se incinerează împreună cu conținutul lor.

Sc pătoarele golite se spală cu apă rece și apoi cu apă caldă.

Mucozitățile ce aderă pe vas vor fi îndepărtate, prin lichefierea lor, cu apă și frecare cu perii cu coadă, utilizate exclusiv cu acest scop.

Sc pătoarele spălate se dezinfectează zilnic.

#### **4. SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT**

Patul trebuie să fie comod, de dimensiuni potrivite, ușor de manipulat și ușor de curățat, pentru ca îngrijirile, investigațiile și tratamentele aplicate să nu fie împiedicate.

Accesoriiile patul :



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POZ DRU  
REGIONUL SUD-ESTULI - I.P.O.V.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oamenii!

-salteaua – confectionată dintr-o singură, din două sau trei bucăți, din burete, material plastic – care se curăță și se dezinfectează mai ușor;

-perna;

-pătura;

-lenjeria – 2 cearceafuri (sau un cearceaf și un plic), față de pernă, o aleză, musama.

Este bine ca lenjeria de pat să aibă cât mai puține cusături.

**Schimbarea lenjeriei de pat neocupat (fără persoana asistată/ingrijită):**

**Materiale necesare:**

- cearceaf de pat,
- cearceaf de pătura (plic),
- față de pernă,
- pătura,
- pernă,
- aleză,
- musama (sau un material impermeabil),
- mănuși de unică folosință,
- sac pentru lenjeria murdară.

**Efectuarea procedurii:**

- Se verifică materialele alese și se transportă pe un scaun lângă pat.
- Se îndepărtează lenjeria murdară și se introduce în sacul special pregătit,
- Spălați-vă pe mâini apoi îmbrăcați mănușile.
- Efectuați în ordinea următoare:

o întindeți cearceaful pe toată lungimea patului fixându-l la capete și pe părțile laterale adânc sub saltea fără să lăsați cute;

o poziționarea musamalei sau a materialului impermeabil deasupra saltelei;

o deasupra musamalei se întinde aleza având grijă să nu aibă cute;

o întindeți cearceaful plic în lungimea patului și peste el pătura;

o introduceți pătura în cearceaful plic și fixați-i colturile;

o rulați pătura astfel înfășată sub formă de armonică sau aranjați colturile în formă de plic;

o puneți la capătul patului perna înfășată.

o scoateți sacul de rufe murdare din cameră,

o aerisiți camera,

o îndepărtați mănușile și spălați-vă pe mâini.

**Schimbarea lenjeriei de pat ocupat (cu persoana asistată/ingrijită imobilizat):**

Explicați bătrânul/ persoana asistată procedura și modul de desfășurare, inofensivitatea procedurii precum și contribuția sa la realizarea procedurii.

Schimbarea lenjeriei se va efectua întotdeauna după toaleta bătrânului/ persoanei asistate .

La schimbarea lenjeriei trebuie să participe două persoane.

Alegerea metodei de schimbare a lenjeriei de pat, se face în funcție de poziția în care poate fi așezat bătrânul/ persoana asistată ( limitele sale de mobilizare).

a) La bătrânul/ persoana asistată care se poate ridica în poziție sezândă (se folosește schimbarea în lățime):

Materialele necesare: sunt aceleași ca la schimbarea lenjeriei de pat neocupat.

Efectuarea procedurii:

o se verifică materialele și se transportă în cameră;

o rulați cearceaful de pat pe dimensiunea mică (în lățime),

o rularea se face împreună cu musama și aleza dacă bătrânul/ persoana asistată necesită;

o scoateți marginile cearceafului murdar de sub saltea;

o acoperiți bătrânul/ persoana asistată și ridicați-l în poziție sezândă la marginea patului, rugând ajutorul să sprijine bătrânul/ persoana asistată pe toată durata efectuării procedurii;

o îndepărtați perna și rulați cearceaful murdar până aproape de persoana asistată/ingrijită;





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- o poziționați cearceaful curat la capatul patului apoi derulați-l aproape de cel murdar, fără să intre în contact cu acesta;
- o schimbați fața de pernă și așezați-o pe pat la capăt
- o apoi culcați bătrânul/ persoana asistată în decubit dorsal;
- o rugați ajutorul să ridice împreună cu dvs. bazinul bătrânului/ persoanei asistate astfel încât să ridicați cearceaful murdar și să îl rulati în continuare pe cel curat;
- o ridicați în același mod și picioarele bătrânului/ persoanei asistate până când cearceaful murdar a fost îndepărtat iar cel curat a fost rulat în întregime.
- o Fixați colturile cearceafului curat și marginile laterale sub saltea.
- o Dacă bătrânul/ persoana asistată necesită mușama și aleză, acestea sunt rulate odată cu cearceaful.
- o Introduceți pătură în cearceaful plic și acoperiți bolnavul.

b) La bătrânul/ persoana asistată care nu se poate ridica (se folosește schimbarea în lungime)

- Materialele necesare: sunt aceleași ca la schimbarea lenjeriei de pat neocupat.
- Efectuarea procedurii:
  - o se verifică materialele și se transportă în cameră;
  - o rulati cearceaful de pat pe dimensiunea mare (în lungime),
  - o rularea se face împreună cu mușama și aleza tot în lungime;
  - o spălați-vă mâinile și îmbrăcați mănușile,
  - o scoateți marginile cearceafului murdar de sub saltea,
  - o întoarceți bătrânul/ persoana asistată în decubit lateral (ajutorul trebuie să îl sprijine la nivelul umerilor și la nivelul genunchilor),
  - o trageți perna,
  - o rulati cearceaful murdar până aproape de persoana asistată/ îngrijită și derulați cearceaful curat având grijă să fie bine poziționat pentru a putea fi fixat la capete și pe laturi,
  - o aduceți bătrânul/ persoana asistată în decubit dorsal apoi în decubit lateral de partea opusă, ajutorul sprijinindu-l în continuare la nivelul umerilor și genunchilor,
  - o puneți perna înfășată sub capul bătrânului/ persoanei asistate ,
  - o continuați rularea cearceafului murdar și derularea cel curat,
  - o aduceți bătrânul/ persoana asistată în decubit dorsal;
  - o introduceți bine cearceaful curat și fixați-l la capete și la margini având grijă să nu existe cute,
  - o schimbați cearceaful plic de la patură și acoperiți bolnavul.
  - o Lenjeria murdară se introduce în sac.

- Așezați bătrânul/ persoana asistată în poziția comodă sau în cea recomandată de către medic.
- Scoateți sacul de rufe murdare din cameră,
- Aerisiți camera,
- Îndepărtați mănușile,
- Spălați-vă pe mâini.

### CAPITOLUL 3 ALIMENTAȚIA PERSOANEI ASISTATE

#### 1. PRINCIPIILE ALIMENTAȚIEI RATIONALE

Una din cele mai importante sarcini ale îngrijirii bolnavului este alimentația. Asigurarea aportului caloric necesar pentru susținerea forțelor fizice ale bolnavului, stabilirea regimului alimentar adecvat pentru asigurarea condițiilor de vindecare și administrarea alimentelor pe cale naturală sau artificială, constituie sarcini elementare ale îngrijirii oricărui bolnav spitalizat.

**Alimentația rațională** = aportul de alimente în concordanță cu nevoile organismului, diferențiate după vârstă, muncă, stare de sănătate sau de boală, stare fiziologică.

**Alimentația bolnavului trebuie să respecte următoarele principii:**

- refacerea cheltuielilor energetice de bază ale organismului
- asigurarea aportului de vitamine și săruri minerale necesare metabolismului normal
- favorizarea procesului de vindecare prin cruțarea organelor bolnave



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- prevenirea evoluției nefavorabile a bolilor
- consolidarea rezultatelor terapeutice.

O alimentație adecvată trebuie să conțină toți factorii necesari menținerii vieții și asigurării tuturor funcțiilor organismului în condiții normale:

- glucide (hidrați de carbon)
- proteine -lipide -vitamine -apa și săruri minerale

**Glucidele** - exemple: zahărul, fructoză, dextroză și glucoză - au un important rol în producerea energiei necesară funcționării organismului și le găsim, mai ales, în produsele de proveniență vegetală:

- pâine,
- cartofi,
- paste făinoase,
- fructe,
- legume,
- zahăr și produse zaharoase
- sucuri.

**Lipidele** sau **grăsimile** Ca și glucidele au rol în producerea energiei, ca și glucidele, și pot fi de proveniență animală sau vegetală.

Lipide animale găsim în: unt, smântâna, frișca, untură, gălbenuș de ou, cașcaval.

Lipidele vegetale sunt reprezentate de eiul de floarea soarelui, de măsline, și alte eiuri vegetale care se digeră mai ușor decât grăsimile animale.

**Proteinele** sunt molecule mari, alcătuite din aminoacizi. În organism, există 22 de aminoacizi din a căror combinație rezultă o varietate infinită de proteine. Dintre aceștia, 9 aminoacizi nu pot fi sintetizați de organism. Ei se numesc aminoacizi esențiali și trebuie să se găsească în mod obligatoriu în dietă. Proteinele au în principal un rol structural, adică sunt un fel de cărămizi folosite la construcția celulei, a țesuturilor și a organelor.

Proteinele se găsesc în produse alimentare de origine animală, dar și vegetală.

o Ca proteine animale putem enumera: carne, mezeluri, lapte, brânzeturi, ouă.

o Proteine vegetale: orez, pâine, paste făinoase, mazăre, fasole, linte, soia, ciuperci.

Alimentația trebuie să combine proteinele animale cu cele vegetale

**Vitaminele** sunt substanțe chimice organice necesare în cantități mici pentru ca organismul să fie sănătos. Majoritatea vitaminelor nu pot fi produse de către organism, deci ele trebuie obținute din alimentație.

o Vitamina A: ouă, carne, lapte, brânză, smântână, viscere (ficat, rinichi), pește (cod), ei de pește

o Vitamina D: brânză, unt, margarină, lapte fortificat, pește, stridii, cereale.

o Vitamina E: grâu, cereale (semințe), porumb, nuci, măsline, spanac și alte legume frunze, eiuri vegetale (din germeni de porumb, floarea soarelui, soia), pâine neagră, fasole uscată, mazare.

o Vitamina K: legume verzi (salată verde, spanac, ceapă verde, ierburi-mărar, patrunjel, leuștean), cereale, gălbenuș de ou.

o Vitamina B3: produse lactate, carne de pasăre, pește și preparate din pește, ouă, legume, nuci, cereale îmbogățite cu B3.

o Vitamina B1: cereale, paste, pâine neagră și intermediară, preparate din carne de porc, fasole uscată, mazare, pește, soia, produse lactate, fructe (mai ales banane), drojdie de bere.

o Vitamina B2: cereale pentru micul dejun, paste, brânzeturi, lactate fortificate, sucuri de fructe, băuturi energizante.

o Vitamina B12: carne, în special viscere (ficat) și alte produse de origine animală (ouă, lapte, carne de pasăre și pește).

o Vitamina B6: vegetale, în special avocado, nuci, drojdie, fasole verde, produse animale - carne de porc, pește și ficat.

o Vitamina C: citrice (în stare brută, dar și în sucuri, deși mai puțin), căpșuni, roșii, broccoli, napi, ceapă verde, cartofi. Principala sursă este reprezentată de fructe și legume, conținutul vitaminic al acestora depinzând în funcție de sortiment și de partea consumată (frunze, rădăcină, tubercul). Sfat: Pentru a reduce pierderea vitaminelor, păstrați la rece produsele proaspete, nu expuneți laptele sau cerealele la lumină prea puternică și folosiți apa în care fierb legumele pentru prepararea supelor.

**Sărurile minerale**



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

o Participă la structura celulelor și intră în constituția unor enzime, vitamine și hormoni. Calciul și fosforul se găsesc în schelet, dinți și sânge și provin din alimente precum: lapte, brânzeturi, galbenușuri de ou, varză, conopidă, cereale decojite, unele fructe. Când lipsesc din alimentație apare rahitismul la copil și osteoporoza la adult.

o Sodiu și clorul, sunt aduse în organism sub forma de clorura de sodiu (sarea de bucătărie), pierderile importante ale acestor minerale prin vomisme sau diaree pun în pericol viața bolnavul .

o Potasiu se găsește în carne, pește, lapte, legume, fructe, leguminoase uscate. Între sodiu și potasiu există un strâns echilibru: scăderea sau creșterea un a sau alt a produce tulburari grave, mergând până la moarte.

o Fierul se găsește în alimente de origine animală, ficat, inimă, gălbenuș de ou, unele legume verzi, spanac, urzici etc. Intră în structura hemoglobinei, iar lipsa l în sânge duce la apariția anemiei feriprive.

o Magneziul se găsește în carne, viscere, lapte, ouă, cartofi, cereale, fasole boabe. Are rol în calmarea (sedarea) sistemul nervos central, lipsa sa duce la apariția convulsiilor.

o Cuprul se găsește în viscere (ficat, splină, creier, rinichi) leguminoase uscate, cafea și ceai.

o Iodul se găsește în ouă, ceapă, usturoi. Este indispensabil funcționării glandei tiroide. Lipsa duce la apariția gușei.

o Fluorul se găsește în ceai, lapte, gălbenuș de ou, carne, viscere, spanac, roșii. Lipsa din alimentație duce la apariția cariilor dentare.

### **Apa și hidratarea organismul**

Corpul omenesc este constit t, în medie, din 60% apa. Apa permite transportul diferitelor substanțe pe care le cuprinde în soluție și reacțiile chimice dintre ele.

Setea este primul semnal care indică subiectul un deficit în apă.

Cantitatea de apă consumată într-o zi, treb e să fie aproximativ egală cu cantitatea de apă eliminată pe zi (prin urină, respirație, transpirație, fecale).

Pierderile de apă, mai mari de 20% din greutatea corpul (prin vărsături, diaree) pot duce la moarte.

Consumul zilnic de lichide treb e să fie de aproximativ 2300 ml/zi, din care 1500 ml sub formă de apă, ceaiuri, sucuri, lapte, supe, la care se adaugă aproximativ 800 ml apă din diferite alimente.

Nevoia organismul de a se hidrata depinde de activitatea fizica desfășurată, de mediul ambiant, dar și de vârsta persoanei sau de existența anumitor boli. De aceea, persoanele care lucrează într-un mediu călduros pierd mai multă apă din organism decât ar fi normal, de aceea și aportul treb e să fie corespunzător. Pe de altă parte, în anumite boli, cum este diabetul nou descoperit sau dezechilibrat, pierderile de lichide sunt foarte mari - în jur de 8 l/zi, de aceea și consumul este corespunzător.

Cu înaintarea în vârstă, organismul se deshidratează, reacțiile biochimice se desfășoară mai greu, iar îndepărtarea din organism a toxinelor este mai dificila. De aceea persoanele de vârstă a treia treb e să consume cât mai multe lichide.

În mod normal, o persoana elimina zilnic aproximativ 1,5 l de apă prin urina, 750 ml prin transpirație și 400 ml prin respirație și pentru a suplini aceste pierderi treb e să bea apă. Acest echilibru între aportul de apa și eliminarea acesteia este obligatoriu, pentru că orice reținere de apă în organism poate arata o afecțiune renală, cardiacă, hepatică sau de altă natură.

Hidratare ineficientă poate determina constipație, creșterea riscul de infecții urinare sau de "pietre" la rinichi.

Nu este bine să se bea apă în timpul mesei și nici imediat după masă și este bine ca apa să fie băută lent, în cantități mici și cât mai des. Consumul de cantități mari de apă într-un timp scurt determină diluarea bruscă a sucurilor gastrice și terior probleme de digestie.

## **2. STABILIREA MENIUL**

**Meniu** = totalitatea felurilor de mâncare servite la o masă.

În stabilirea meniul , ținem cont de următoarele:

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Reguli de stabilire a meniul persoanei asistate
- Calcularea rației alimentare
- Tipuri de regimuri alimentare

**a) Reguli în stabilirea meniul**

În stabilirea meniurilor se va ține seamă, de regulă, de următoarele elemente:

- caracteristicile batranul/ persoana asistata : vârstă , sex, starea de sănătate etc.
- regimul alimentar indicat de medici
- anotimpul în care se pregătesc și se consumă preparatele;
- timpul destinat pregătirii și servirii meniul ;
- coloritul preparatelor sa fie cat mai variat si atragator pentru a deschide apetitul;
- tipul de masă la care se servește (mic dejun, dejun, cină etc.);
- valoarea nutritivă și calorică a preparatelor și băuturilor;
- preferințele culinare și tradiția de consum;
- sursele de aprovizionare cu materii prime;
- bugetul alocat.

Alimentația treb e să fie variată și completă, să cuprindă toate principiile alimentare: glucide, proteine, lipide, vitamine și săruri minerale (bineînțeleas, dietele se diferențiază pe tipuri de boli).

**Piramida alimentară** reprezintă o exprimare grafică a recomandărilor nutriționale, a cantităților și a tipurilor de alimente ce treb e să fie consumate zilnic pentru a menține starea de sănătate și pentru a reduce riscul de dezvoltare a diverselor boli legate de alimentație.

În cadrul acestei piramide, alimentele sunt grupate în funcție de importanța anumitor grupe în dieta noastră. Cu cât se urcă spre vârful piramidei, cu atât acele alimente treb e consumate mai rar și în cantități mai mici!



Iată care sunt cele 6 grupe de alimente, începând de la baza piramidei:

o **Cerealele** - Pâinea, cerealele integrale, orezul, cartofii - sunt de nelipsit din alimentația noastră zilnică.

o **Legumele** - Legumele nu ar treb să lipsească din dieta noastră zilnică!

o **Fructele** - Fructele proaspete au toate vitaminele de care avem nevoie, așa că este indicat să le consumam de câte ori avem ocazia. Treb e însă să ne ferim de cele în conserve, pentru că acelea conțin zahăr, iar zahărul, în cantități mari, ne poate afecta sănătatea.

o **Lactatele** - Laptele și produsele din lapte (brânză, iaurt) sunt importante pentru sănătatea noastră și este bine să le consumam în mod regulat.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

o **Carnea** - Carnea de p , peștele, carnea roșie treb e consumate moderat, pentru o dieta echilibrată.

o **Dulciurile** - Grăsimile, dulciurile, untul, carnea grasă, biscuții, prăjiturile, zahărul. Toate acestea se află în vârful piramidei pentru că treb e să fie consumate foarte rar.

**b) Calcularea rației alimentare** Proportția alimentelor, de origine animală sau vegetală, pentru 24 ore, alcăt este **rația alimentară**, variabilă după vârstă, munca prestată, starea de sănătate sau boală. Ea treb e să corespundă atât calitativ cât și cantitativ.

Pentru a putea fi calculată, treb e să se cunoască nevoile organismul și valoarea nutritivă a diferitelor alimente.

Rația alimentară se măsoară în calorii. La rația minimă de 1600 cal necesară organismul în repaus, se adaugă rația care treb e să acopere necesarul de calorii pentru munca depusă în plus. De obicei, rația alimentară este calculată de un nutriționist. Dacă batranul/ persoana asistata are o anumită dietă în care este specificată rația alimentară, ea va fi respectată cu strictețe.

În celelalte situații, vom ține cont de următoarele principii generale:

La calcularea rației alimentare treb e să se realizeze un echilibru între principiile nutritive, astfel: 50-55% glucide, 10-15% proteine și 30-40% lipide .

40% din proteine treb e să fie de origine animală și 60% de origine vegetală,

lipidele treb e să fie 35% de origine animală și restul de origine vegetală.

### c) Tipuri de regim alimentar

Regimul alimentar sau dieta treb e să asigure valoarea calorică alimentației normale (raportată la vârstă, sex, stări fiziologice).

Există o multitudine de regimuri dietetice, în funcție de calitatea și cantitatea alimentelor ce le compun, adaptate la starea de sănătate a batranul/ persoana asistata , la tipul de afecțiune (boală).

**Înainte de a stabili meniul persoanei asistate, îngrijitorul treb e să se intereseze de starea de sănătate a acesteia și de regimul alimentar prescris de medic. Acesta va fi respectat cu strictețe.**

**Regimuri alimentare mai des întâlnite :**

**1. Regimul hipocaloric** este indicat în boli cardiovasculare și mai ales în obezitate.

**Alimente permise – cele care au lipide și glucide puține, cu multe legume, pește și alte produse cu valoare calorică redusă. Acest regim se stabilește individual.**

Sunt interzise: zahărul, dulciurile, pastele făinoase, sosurile, carnea grasă, strugurii, prunele.

**2. Regimul din diabetul zaharat** alături de tratamentul medicamentos, reprezintă condiția esențială a menținerii vieții diabeticul cât mai aproape de normal.

Diabetul zaharat este de două tipuri: diabet insulino-dependent (DZ tip I – cel care necesită insulină) și diabet zaharat insulino-independent (DZ tip II – cel care se tratează cu medicație orală sau regim alimentar).

În diabetul de tip I, în general sunt necesare trei mese principale și două gustări care treb e să fie luate în fiecare zi la aceeași oră conform tratamentul insulinic.

În cazul pacienților cu diabet de tip II, care majoritatea sunt și obezi, obiectivul principal al dietei îl reprezintă scăderea în greutate. În general, regimul pentru această formă de diabet, este format din trei mese pe zi, indiferent dacă se asociază și tratament oral.

Alimentele permise sunt: carnea de vacă, vițel sau pasăre, peștele, brânzeturile. Ca legume sunt admise: varza, conopida, spanacul, dovleacul, salata, vinetele, ardeiul gras, castraveții, roșiile.

Alimentele care treb e obligatoriu cântărite (deoarece batranul/ persoana asistata diabetic treb e să consume o anumită cantitate din acestea pe zi) sunt: fructele, lactatele, cartofii, orezul, grișul, pastele făinoase (acestea din urma se cântăresc fierte), pâinea, mămăliga.

Sunt interzise: biscuții, legumele uscate (fasole, mazăre, linte), zahărul, dulciurile, berea, vinul, ț ca, strugurii, prunele, mierea de albine, bananele, curmalele.

**3. Regimul hepatic** este indicat în hepatita cronică agresivă, ciroza hepatică decompensată, neoplasm hepatic.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Alimente premise: brânza de vaci, caș, urdă, iaurt, carne slabă fiartă, pâine albă prăjită, legume, făinoase, fructe coapte, biscuiți, supe de făinoase.
- Alimente interzise: carnea grasă de orice fel, viscerale, conservele, untul, alunele, nucile, băuturile alcoolice, cafeaua, condimentele, prăjelile, rântășurile.

**4. Regimul cardiovascular** este indicat în insuficiența cardiacă, hipertensiune arterială, infarct miocardic acut.

Alimentele premise sunt: supe de zarzavat simple, făinoase în cantitate limitată, 1-2 ouă pe săptămână, carne slabă fiartă, legume și zarzavaturi crude sau fierte, lapte și brânzeturi degresate, compoturi, dulceață, marmeladă.

Sunt interzise: laptele integral și brânzeturile sărate și grase, carnea grasă, viscerale, grăsimile animale în cantitate crescută, băuturile alcoolice, condimentele, sarea.

### 5. Regimul pentru cer gastro-duodenal.

Alimente permise bolnavilor de cer sunt: carne slabă de vacă, vițel, pasare, pește slab, șuncă slabă, parizer, crenvurști, legume bine fierte sub formă de piureuri, budinci sau sufleuri, lapte dulce, smântâna, unt, brânză proaspătă de vaci, caș, urdă, ouă proaspete fierte moi sau sub formă de ochiuri românești, ei, făinoase - grîș, orez, paste făinoase, pâine veche de o zi, biscuiți, dulciuri sub formă de budinci sau prăjituri cu aluat uscat, fructe dulci și bine coapte (fără sâmburi și coji), ceaiuri de mentă, mușetel, sunătoare, tei, apă minerală plată, sucru crude de morcovi, mere, piersici.

Sunt interzise în boala ceroasă: alcoolul, cafeaua, ceaiul negru, băuturile carbogazoase, băuturile acre sau fierbinți, carnea grasă sărată, afumată sau preparată prin prajire, peștele gras, sărat, afumat, conservele de pește, brânzeturile fermentate, sărate, afumate, laptele bătut, iaurtul, untura, slămina, rântășurile, maioneza, pâinea moale, prăjită, pâinea neagră, pesmet prăjit, dulciurile concentrate (marmelada, dulceața, ciocolata, aluaturi dospite proaspete, foietaje), zarzavaturile crude fibroase, cu celuloză dură (castraveți, ridichi, sfeclă, varză albă, fasole uscată, linte, vinete, roșii), ceapă, usturoi, ardei iute, fructe crude sau acre, nuci, alune, migdale, condimente iuți și iritante (piper, boia, hrean, muștar, oțet).

### Alcătrea meniului

În timpul unei zile, sunt recomandate trei mese principale și două gustări.

Prin grupare felurilor de mâncare consumate la o masă, într-o zi sau într-o săptămână, într-o anumită ordine, se alcătorește **meniul**. La alcătorea lui se va ține cont de nevoile energetice ale organismului dar și de aportul de vitamine.

Se va urmări asigurarea unei varietăți cât mai largi a meniului, în ceea ce privește componentele sale dar și modul de prezentare al acestora, pentru a obține un apetit cât mai bun.

În cursul zilei, meniul va cuprinde alimente din toate grupele alimentare principale, într-o proporție echilibrată, conform stării de nutriție a individului și a patologiei prezente.

Orice meniu trebuie să conțină alimente de origine animală (lactate, carne, ouă – aport proteic și lipidic), vegetală (aport glucidic și vitamine+săruri minerale).

Întocmirea meniului se va face în funcție de sezon, având în vedere posibilitatea alternării diverselor categorii de alimente, iar repartizarea meselor în timpul zilei se va face în 4-5 mese pe zi (trei mese principale și două gustări).

Repartiția caloriilor pe mese se va face astfel:

15-20% dimineața;

40-45% la prânz;

15-20% seara;

10% la cele două gustări.

Se recomandă respectarea orelor fixe de masă, pentru a se putea crea și întreține reflexele stimulatoare ale secreției digestive.

### 3. PREGĂTIREA HRANEI

În atribuțiile îngrijitorului la domiciliu pot intra procurarea alimentelor precum și prepararea acestora.

Alimentele vor fi cumpărate din piețe sau magazine, conform bugetului alocat, instrucțiunilor batranului/persoana asistată și familiei acestuia precum și a prescripțiilor medicale.

Vor fi cumpărate doar din locuri autorizate și se va verifica starea lor și termenul de garanție.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Vor fi depozitate în frigider, în camere aerisite sau în locuri special destinate lor, astfel încât să se prevină modificarea sau deteriorarea lor.

#### **Igiena alimentelor**

Cele mai expuse locuri din bucătărie unde se pot dezvolta bacteriile sunt chiar locurile unde se prepară mancarea. De aceea este necesar a fi curățate în mod repetat, respectând regulile de igienă în bucătărie, prezentate într-un capitol anterior.

De asemenea, vor fi respectate și regulile de igienă privind pregătirea alimentelor:

- Spălarea mâinilor cu apă și săpun.
- La gătit se vor alege suprafețe de tăiat potrivite alimentelor de preparat. Carnea și produsele din carne treb e tăiate pe funduri de lemn de esență tare, iar pâinea și legumele/zarzavaturile pe funduri din plastic. Astfel bacteriile vor fi mai puține.
- Conservele, borcanele și alte recipiente care conțin ingrediente de adăugat la mâncare treb e spălate bine la exterior înainte de a le deschide, pentru a se evita contaminarea cu praf și alți agenți toxici mai greu vizibili cu ochiul liber.
- Nu treb e alăturate, atunci când se pregătesc alimentele pentru gătit, produse din familii diferite și nici să fie pus alimentul pe un suport unde a stat mai înainte un alt aliment, din alta gama de produse.
- Fructele și legumele treb e spălate bine înainte de a fi depozitate la rece și, deasemenea atunci când se vor consuma treb e spălate cu atenție.
- La gătit, se vor folosi doar când este absolut necesar recipiente fără capac, și întotdeauna mâncarea treb e acoperită după ce a fost preparată.
- Înainte de prepararea culinară a alimentelor, se impune o cercetare atentă a stării acestora, verificandu-se aspectul lor și termenul de garanție.

#### **Prelucrarea preliminară a alimentelor**

După controlul stării de salubritate a alimentelor, urmează etapa de prelucrare culinară parțială, numită etapa preliminară, care constă într-o serie de manopere pregătitoare pentru prelucrarea preliminară propriu-zisă (tratamentul termic).

Carnea

- tranșarea (în gospodie), iar dacă este cumpărată de la măcelărie această operație este deja făcută;
- congelată – se lasă într-o încăpere rece (cu temperatura mai mică de 10°C) pentru dezghețat.

Se interzice dezghețarea cărnii în apă sau lângă aragaz.

Păsările eviscerate (organele interne scoase) se vor spăla sub un jet de apă iar apoi se vor porționa sau se vor pune întregi pentru tratamentul termic.

Peștele se va curăța de solzi, eviscera, decapita și se va spăla cu apă.

Ouăle se spală bine cu apă caldă înainte de spargere (spargerea lor se va face în vase curate).

Legumele se sortează, se spală, curăță și apoi vor fi tocate, tăiate.

În cursul prelucrării preliminare se va evita spălarea îndelungată (excesivă) deoarece duce la pierderi importante ale unor principii nutritive hidrosolubile (vitamine, săruri minerale).

#### **Tratamentul termic al alimentelor**

În majoritatea cazurilor, este necesară o prelucrare termică a alimentelor, înainte de a fi consumate, prelucrare în urma căreia alimentele vor suferi o serie de modificări ale aspectului și proprietăților.

Aplicarea tratamentului termic la prepararea alimentelor se poate face în prezența apei (fierbere în apă, în vapori sau înăbușire) sau fără prezența apei (coacere, prăjire, frigere). În funcție de modul de transmitere a căldurii se deosebesc mai multe tehnici de tratare termică a alimentelor:

Fierberea – se recomandă introducerea alimentului în apa clocotindă pentru a împiedica astfel migrarea substanțelor din aliment în apă (alimentul introdus în apa clocotită capătă la suprafața sa un strat protector).

Înăbușirea (fierberea alimentelor în vapori de apă supraîncălziți). Metoda are avantajul că scurtează timpul de prelucrare termică, minimalizând pierderile de substanțe nutritive.

Prăjirea – metodă de preparare a alimentelor prin introducerea lor în grăsime încinsă, se produce astfel la suprafața alimentului o crustă care va împiedica substanțelor hrănitoare la exterior.

Deși alimentele prăjite au o savoare deosebită, această metoda este recomandabilă a se evita deoarece se produc prin degradarea grăsimilor încinse substanțe nocive organismului.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Frigerea un aliment se realizează prin expunerea directă la radiațiile calorice (grătar, frigare) sau prin intermediul unei plăci metalice (tigaie de fontă încinsă, neunsă). La suprafața alimentului se formează o crustă care va menține substanțele nutritive în interiorul alimentului.

Coacerea – prelucrarea termică a alimentului în atmosferă de aer cald, obținută prin introducerea acestora într-un cuptor încins. Se formează la suprafața alimentelor o crustă de glucide caramelizate sau proteine coagulate.

#### **Preparate culinare**

Pregătirea culinară a alimentelor nu presupune numai tratarea termică a acestora, ci și asocierea lor în scopul obținerii diferitelor preparate culinare. Acestea sunt foarte diferite în diversele regiuni ale globului sau la diferite grupuri de populații, dar toate au la bază aceleași principii de gastrotehnice.

Principalele categorii de preparate culinare utilizate în alimentația rațională sunt următoarele:

a) Supele și ciorbele – preparate culinare caracterizate printr-un conținut mare de lichid, care se servesc de obicei la începutul mesei cu scopul de a deschide pofta de mâncare. Supele sunt preparate care se introduc în meniurile tuturor dietelor.

b) Sosurile – preparate culinare (de consistență vâscoasă) alcătuite dintr-o grăsime și diverse adaosuri – bulion de carne, de legume, gălbenuș de ou, gel de amidon, muștar și diverse condimente. Sosurile pot fi:

- reci – maioneze, sos tartar, sos de muștar;
- calde – sosul tomat, sosul de smântână.

Rântășul realizat prin prăjirea făinii în grăsime încinsă (care de cele mai multe ori cuprinde și ceapă prăjită), este foarte savuros și apreciat de consumatori. Dar prezența în compoziția sa a unor compuși formați prin degradarea termică a grăsimii, nu-l face recomandabil în alimentația dietetică dar și nici în alimentația rațională a omului sănătos.

c) Salatele:

- crude – salată verde, de roșii, de varză, de țelină;
- fierte și coapte – de ardei copti, vinete, zacuscă, de boeuf, orientală.

d) Garniturile:

- din legume – piureuri, soteuri etc
- din paste făinoase;
- orez;
- grîș.

e) Fripturile – preparate culinare obținute din carne de calitate superioară și specialități de carne. Ele pot fi: la tavă, la tigaie, la grătar, la frigare sau înăbușite.

f) Aluaturile iau naștere prin amestecarea făinii cu apă și sare, urmată de fierbere sau coacere.

g) Deserturile – au în compoziția lor pe lângă materia primă de bază și zahăr, arome, coloranți și se servesc la sfârșitul mesei întrucât conferă senzația de sațietate. De preferat sunt însă deserturile cât mai naturale.

Ideii pentru diversificarea alimentației bătrânului/ persoanei asistate pot fi găsite în carti de bucate, pe internet sau la cunoștințele noastre.

#### **4. TEHNICA ALIMENTĂRII PERSOANEI ASISTATE**

##### **CULEGEȚI DATE DESPRE:**

- Afecțiune, regim, orarul meselor, repartizarea alimentelor pe mese,
- Posibilitățile de mobilizare, dacă bătrânul/ persoana asistată este imobilizat, dacă are indicație de repaus,
- Posibilitatea de a-și folosi membrele superioare și nivelul de autonomie (se poate alimenta singur-activ sau este alimentat de altă persoană - pasiv),
- Efectuarea unor examene care impun un anumit regim sau restricții alimentare înainte sau după acestea,
- Administrarea unor medicamente înainte, în timpul mesei sau după masă,
- Preferințele alimentare ale bătrânului/ persoanei asistate.

Dacă bolnavul nu este imobilizat la pat, îngrijitorul va servi alimentele la masă, în bucătărie sau în sufragerie, iar dacă bolnavul se află imobilizat la pat, va fi ajutat să se alimenteze la pat.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Se recomandă servirea preparatelor stimulative ale apetitului la începutul mesei (aperitive, supe, ciorbe), urmând ca felul doi să asigure proporția cea mai mare din aportul caloric al prânzului. La sfârșitul mesei se va servi un desert, preferabil un fruct, care dă senzația de sațietate.

În funcție de starea persoanei asistate, alimentarea se poate face:

- A) Activ** (bonavul mănâncă singur la masă);
- B) Pasiv** (persoanei asistate i se introduc alimentele în gură);
- C) Artificial** (alimentele sunt introduse în organism pe căi nefiziologice).

#### ETAPELE PROCEDURII:

1. Pregătirea batranului/ persoana asistată
2. Alimentarea batranului/ persoana asistată
3. Îngrijirea batranului/ persoana asistată
4. Reorganizarea locului de muncă
5. Notarea procedurii
6. Evaluarea eficacității procedurii

#### 1. Pregătirea batranului/ persoana asistată

##### Pregătirea PSIHICĂ:

- Stimulați autonomia.
- Explicați batranului/ persoana asistată importanța alimentației și a respectării regimului pentru evoluția favorabilă a bolii.

##### Pregătirea FIZICĂ:

- Respectați recomandările cu privire la mobilizarea ei, asigurați batranului/ persoana asistată de ajutorul dumneavoastră.
- Ajuțați batranul/ persoana asistată să se spele pe mâini,
- Asezați batranul/ persoana asistată într-o poziție confortabilă în raport cu starea sa generală:
  - Șezând la masă în salon sau în pat,
  - Semisezând pentru batranul/ persoana asistată care se poate ridica puțin
  - În decubit lateral stâng dacă batranul/ persoana asistată este dreptaci, cu capul ușor ridicat

#### 2. Alimentarea batranului/ persoana asistată

##### A) ALIMENTAREA ACTIVĂ

Pentru a servi masa persoanei care se alimentează activ, este nevoie de următoarele materiale:

- tăvă,
- tacâmuri,
- farfurii,
- șervetele,
- pahar cu apă sau cană cu cioc
- cană de supă
- față de masă,
- coșuleț pentru pâine.

##### a) Alimentarea la masă (în camera sau la bucatărie)

- Se pregătește masa cu față de masă curată, tacâmuri, cană cu apă, șervetele.

Batranul/ persoana asistată va fi atenționat să se spele pe mâini.

- Felurile de mâncare se servesc pe rând.
- Vesela folosită se ridică imediat și se transportă la bucatărie.
- Persoana care îngrijește este atentă dacă bolnavul a consumat alimentele în întregime, și dacă nu s-a întâmplat acest lucru, se caută motivul și se încearcă înlocuirea alimentelor.

**Atenție: Spălarea și dezinfectarea mâinilor îngrijitorului, este obligatorie înainte de pregătirea materialelor necesare și de servirea mesei!**

##### b) Alimentarea activă la pat În poziție șezândă



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Batranul/ persoana asistata va fi ajutat să se instaleze într-o poziție confortabilă, semișezândă sau șezândă, sprijinit cu perne sau cu pături.
- Lenjeria de pat va fi protejată cu o mușama și aleză.
- Batranul/ persoana asistata va fi ajutat să se spele pe mâini într-un lighean.
- Peste genunchii batranul/ persoana asistata se așeza o aleză.
- Peste aleza se așează o măsuță specială de pat acoperită cu fata de masă sau o tavă acoperită cu un servetel.
- În jurul gâtul batranul/ persoana asistata se așează un prosop.
- Îngrijitorul servește masa la fel ca la bucătărie.

#### În decubit lateral stâng

- Bolnavul va fi ajutat să se spele pe mâini
  - va fi așezat în decubit lateral stâng, cu capul sprijinit pe o pernă.
  - Lenjeria de pat se acoperă cu o aleză, iar cea a bolnavul imobilizat la pat cu un prosop curat.
  - Îngrijitorul va așeza tava acoperită cu un prosop curat pe un scaun sau pe un taburet la nivelul patul .
  - Se oferă persoanei aflate în îngrijire, pe rând, felurile de mâncare ce corespund regimul alimentar al acest a, și va fi ajutat să taie alimentele solide.
  - Lichidele se servesc în căni speciale cu cioc sau cu ajutorul unor tuburi transparente.
- La sfârșitul mesei, se adună vesela utilizată, se îndepărtează materialele folosite și se vor spăla mâinile bolnavul .

#### B) ALIMENTAREA PASIVĂ

Dacă starea generală a batranul/ persoana asistata nu-i permite să se alimenteze singur, acesta treb e ajutat de către îngrijitor.

În astfel de cazuri se situează bolnavii imobilizați, paralizați, adinamici, ep zați, sau cei cu ușoare tulburări de deglutiție.

- Îngrijitorul va așeza bolnavul în poziție semișezândă cu ajutorul unor perne, ori în decubit dorsal cu capul ușor ridicat și aplecat înainte pentru a ușura deglutiția.
- Lenjeria de pat va fi acoperită cu o aleză și se vor proteja hainele bolnavul așezându-i-se la gât un prosop curat.
- Se aduce lângă pat o măsuță sau un scaun pe care se așează mâncarea astfel încât bolnavul să poată vedea ce i se introduce în gură.
- Pentru servirea mesei îngrijitorul se va așeza în partea dreaptă a bolnavul pe un scaun, iar cu mâna stângă ridică ușor capul acest a și-i servește mâncarea cu lingura pe jumătate plina, având grijă ca temperatura alimentelor să se situeze în limitele normale.
- Ingrijitorul verifică temperatura alimentelor (pacienții în stare gravă nu simt temperatura, nici gustul alimentelor), gustând cu o altă lingură.
- Li servește supa cu lingura sau din cana cu cioc, taie alimentele solide
- După ce a fost alimentat, bolnavul este șters la gură.
- Se îndepărtează eventualele resturi alimentare.

#### Recomandari:

- Supravegheati debitul lichidul pentru a evita încărcarea peste puterile de deglutiție ale batranul/ persoana asistata
- Se încurajează batranul/ persoana asistata în timpul alimentației, asigurându-l de contribuția alimentelor în procesul vindecării
- Se stimulează deglutiția prin atingerea buzelor batranul/ persoana asistata cu lingura
- Se oferă batranul/ persoana asistata cantități nu prea mari deoarece , neputând să le înghită, ar putea să le aspire.
- Rezervati-vă suficient timp pentru a putea face mici pauze dacă este nevoie
- Taiati alimentele in bucati mici fara să le atineti cu mâna
- Incurajati batranul/ persoana asistata să consume alimentele purtând o discutie agreabilă
- Folositi lingurita sau o pipeta dacă batranul/ persoana asistata este in stare foarte gravă sau are tulburări de deglutiție





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Observați permanent fațesul bătrânului/ persoana asistată

#### De evitat-

- servirea alimentelor prea fierbinți sau prea reci.
- atingerea alimentelor care au fost în gura bătrânului/ persoana asistată .

#### C) ALIMENTAREA ARTIFICIALĂ

Alimentarea artificială înseamnă introducerea alimentelor în organismul bătrânului/ persoana asistată prin mijloace artificiale. Se realizează prin următoarele procedee:

- sondă gastrică sau intestinală
- gastrostomă
- clismă
- parenteral

Aceste procedee sunt realizate doar de către cadre medicale (asistente).

#### 3.Îngrijirea bătrânului/ persoana asistată

- Așezați bătrânul/ persoana asistată în poziție comodă dacă nu poate singur - Refaceți patul, îndepărtați eventualele firmituri sau schimbați lenjeria dacă este necesar - Verificați dacă prezintă cumva senzație de greutate - Ajuțați bătrânul/ persoana asistată să-și facă toaleta cavității bucale

#### 4.Reorganizarea locului de muncă

- Îndepărtați vasele murdare și resturile alimentare - Aerisiți încăperea.

#### 5.Notarea procedurii

Notati în dosarul de îngrijire:

- cantitatea de alimente și lichide ingerate
- modificările de apetit: dispariția, diminuarea, exagerarea, refuzul alimentelor, nu-i place mâncarea, respectă restricțiile religioase (post), refuză anumite alimente prezintă sete exagerată
- acuză senzație de greutate, de rău în timpul mesei sau după masă
- acuză senzația de plenitudine
- refuză regimul recomandat, consumă alimente nepermise
- recomandări speciale care trebuie comunicate turei următoare (dacă e cazul): mese mici și dese în timpul nopții, restricții alimentare pentru examinările din zilele următoare etc.

#### 6.Evaluarea eficacității procedurii

**Rezultate așteptate/dorite:** - Bătrânul/ persoana asistată consumă întreaga cantitate de alimente și se hidratează corespunzător. - Exprimă stare de confort. - Respectă regimul alimentar, o parte din simptome au dispărut.

**Rezultate nedorite / Ce faceți** - Bătrânul/ persoana asistată nu consumă întreaga cantitate de alimente. - Cercetați cauzele: apetit diminuat, condiții necorespunzătoare de servire a mesei, nu-i plac alimentele, consumă alimente aduse de altcineva, își respectă religia etc. - Bătrânul/ persoana asistată refuză anumite alimente, acuză greutate. - Se consemnează observațiile și se anunță echipa medicală.

## CAPITOLUL 4 ASIGURAREA CONFORTUL PERSOANEI ASISTATE

### 1.ROLUL ÎNGRIJITORUL LA DOMICILIU

#### ASIGURAREA CONFORTUL PERSOANEI ASISTATE

Calitatea vieții persoanei asistate este condiționată de un confort psihic și fizic, precum și de un mediu adaptat nevoilor acesteia.

**Activitățile cu scop ocupațional** au rolul de a încetini pierderea autonomiei și independenței persoanei în activitățile cotidiene.

În plus, **exercițiul fizic (mai ales mersul)** poate avea un efect pozitiv asupra capacităților fizice și ajută la prevenirea riscului recăderilor și buna funcționare a persoanei asistate.

**Bolnavii vor fi scoși la aer** indiferent de anotimp dar trebuie îmbrăcați adecvat (corespunzător) condițiilor climatice.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Unii dintre bolnavii imobilizați la pat pot sta, perioade mai scurte sau mai lungi, într-un cărucior. Este bine ca acești bolnavi să fie plimbați zilnic cu căruciorul sau, cel puțin, scoși la aer (într-o curte, într-un balcon).

Îngrijitorul:

Însoțește persoana asistată în toate actele esențiale ale vieții sale, ținând cont de nevoile și gradul de autonomie ale acesteia.

Sarcinile îngrijitorul constau în ajutarea și însoțirea persoanelor asistate la realizarea activităților cotidiene și relaționale.

De asemenea, apreciază starea clinică a persoanei asistate și acordă îngrijiri adaptate stării acesteia, iar cu cât o persoană devine mai dependentă, cu atât devine mai necesară intervenția un îngrijitor la domiciliu.

Prin urmare, îngrijitorul la domiciliu are următoarele atribuții care duc la creșterea confortului persoanei asistate

Monitorizarea stării persoanei asistate:

- supraveghează starea de sănătate a persoanei asistate;
- depistează rapid eventualele probleme medicale care pot apărea.

Asigurarea igienei și confortului persoanei asistate.

**Se recomandă, dacă este posibil, ca toate activitățile să fie realizate împreună cu persoana asistată, nu în locul acesteia.**

- ajută persoana asistată să se culce și/sau să se trezească;

- favorizează mobilitatea acesteia;

- ajută persoana asistată să se spele și să se autoîngrijească (pieptănat, machiat, ras);

- ajută persoana asistată să se încalțe, să se îmbrace/dezbrace;

- însoțește la W.C. persoana asistată;

- ajută persoana asistată să urce și să coboare scările;

- supraveghează igiena corporală a persoanei asistate;

- supraveghează sau administrează medicamentele persoanei asistate conform prescripției medicale și acționează în limitele competenței sale;

Oferirea de ajutor la realizarea sarcinilor menajere și domestice:

- prepară hrana;

- spală vasele;

- face patul;

- mătură, aspiră;

- spală și întinde rufele;

- face cumpărături.

Susținerea persoanei asistate în menținerea și recuperarea autonomiei:

- stimulează, motivează și încurajează persoana asistată să efectueze activitățile zilnice în funcție de puterile sale;

- participă la diverse activități, în funcție de dorința persoanei asistate (lectură, activități recreative);

- însoțește persoana asistată, în exteriorul locului, pentru scurte ieșiri, plimbări, vizită la medic;

- conversează cu persoana asistată și o ascultă pentru ca aceasta să nu se simtă singură;

- știe să abordeze problemele legate de patologia persoanei asistate;

- susține persoana asistată care se află în suferință și o susține moral;

- ajută persoana asistată să se orienteze temporo-spațial;

- asigură siguranța persoanei asistate;

- ajută persoana asistată să aibe acces la serviciile de informare (poștă, telefon);

- este atent ca regimul alimentar al persoanei asistate să fie respectat;

- transmite medicul și celorlalți profesioniști informațiile culese;

- face față urgențelor și previne accidentele domestice;

- ajută persoana asistată să își mențină sau reia viața socială.

Îmbunătățirea condițiilor de viață ale persoanei asistate:

- susține moral și fizic persoana asistată, oferind un sentiment de siguranță;

- comunică, dacă este nevoie, cu enturajul persoanei asistate (familie, vecini, prieteni) și cu serviciile externe (spitalul, medicul de familie).



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!

**Indiferent de natura problemei persoanei asistate, îngrijitorul este nevoit, în cadrul activităților sale să respecte câteva reguli de cond ță:**

- adoptă o ținută corectă;
- nu fumează în loc ța persoanei asistate;
- nu primește la domiciliul persoanei asistate vizita rudelor sau a prietenilor;
- folosește telefonul mobil personal doar în caz de necesitate, fiind folosită opțiunea "silențios";
- semnalează, imediat ce apare, orice suspiciune de maltratare a persoanei asistate;
- nu golosește sau își însușește obiectele care aparțin persoanei asistate;
- nu deschide un sertar, dulap sau altă piesă de mobilier din loc ța persoanei asistate fără a avea permisiune în acest sens.

**2.SATISFACEREA NEVOILOR FIZICE, FIZIOLOGICE ȘI DE SĂNĂTATE**

Cu toții avem nevoi fizice, fiziologice și de îngrijire a sănătății pe care ni le satisfacem, în cea mai mare parte, prin forțele noastre.

**NEVOIA DE MIȘCARE.**

Spre deosebire de majoritatea oamenilor, unele persoane dependente, în special persoana cu handicap în formă gravă, nu-și poate satisface aceste nevoi prin forțe proprii. Astfel, posibilitatea de satisfacere a nevoii fizice fundamentale de mișcare, este alterată (micșorată, deformată) în următoarele cazuri:

- persoane imobilizate la pat, datorită unei paralizii
- persoane a cărei posibilitate de deplasare a fost mult redusă, prin pierderea picioarelor,
- în cazul un bolnav psihic cronic, ori în cazul unei persoane cu retard mintal
- în cazul unei persoane cu handicap senzorial (nevăzător ori surd).

În primele două dintre cazurile enumerate mai sus (paralizia și pierderea picioarelor), este lesne de înțeles de ce persoana nu-și poate satisface, total sau parțial, nevoia de mișcare, dar și în celelalte trei exemple, dacă se analizează atent, se va constata o alterare a posibilităților de autosatisfacere, în deplină siguranță, a nevoii de mișcare fizică:

- Bolnavul psihic, de cele mai multe ori, trece prin stări de anxietate care " îl paralizează" și îi diminuează mult capacitatea de a trai bucuria mișcării. În cazuri extreme, unii bolnavi psihici trec prin stări de abolire (eliminare) completă a activității fizice (stările catatonice din schizofrenie- de exemplu).
- Bolnavul mintal, prin lipsa de discernământ caracteristică, poate avea o activitate fizică de natură să-l pună în primejdie de accidentare, pe el și pe cei din jur. De aceea activitatea fizică a bolnavul mintal treb e cu atenție supravegheată și îndrumată de către persoana care îl asistă.
- Persoana nevăzătoare este mai puțin capabilă să se orienteze în ambianță (mediul înconjurător) și de aceea supravegherea și îndrumarea activității sale fizice este foarte necesară. Și persoana surdă se expune la primejdii atunci când îndeplinește acțiuni fizice simple, de exemplu atunci când traversează strada, deoarece nu poate percepe sunetele traficului (claxonul unei mașini- de exemplu).

De asemenea, persoanele în vârstă, persoanele care au stat mult timp la pat, persoanele aflate în refacere sau recuperare medicală etc , au nevoie de ajutor pentru a se mișca, pentru a se deplasa. Prin urmare, îngrijitorul la domiciliu treb e să ajute și să susțină persoana asistată în toate aceste acțiuni și să o stimuleze să facă mișcare, conform indicațiilor medicale.

**NEVOILE FIZIOLOGICE** sunt acele nevoi care se nasc din funcționarea (fiziologia) organismul .

Principalele nevoi de acest tip sunt acelea de hrănire și de eliminare.

- De multe ori, persoana dependentă este în imposibilitate de a se hrăni singură. De aceea ea treb e hrănită de către un asistent, uneori folosind mijloace artificiale. (hrănirea cu ajutorul sondei). Chiar și în alte situații, hrănirea persoanei asistate treb e supravegheată ori persoana treb e ajutată direct în activitatea de hrănire.
- În anumite boli se impune, la recomandarea medicului specialist, un anumit regim alimentar. Îngrijitorul va treb să cunoască prescripțiile acest regim și să urmărească respectarea lor.
- În multe cazuri de persoane dependente, acestea nu poate să-și asigure autonom (singure) nevoile de eliminare a fecalelor și a urinei în condiții normale. În astfel de situații intră în atribuțiile îngrijitorul personal ajutorarea asistatului de a-și satisface aceste nevoi în condiții bune de confort și de igienă, așa cum au fost prezentate în capitolele anterioare.
- Bolnavii imobilizați pot fi irascibili, nervoși, capricioși și, uneori, anxioși.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

Ingrijitorul la domiciliu trebuie să țină seama de starea de spirit a bolnavilor imobilizați la pat și să evite orice discuție contradictorie cu ei. El trebuie să adopte un comportament blând, o atitudine calmă, gesturi lipsite de repezeală sau violență, să răspundă prompt la chemările bolnavului. Toate acestea contribuie la întărirea încrederii și-l fac pe bolnav să suporte mai ușor starea de imobilitate.

## SĂNĂTATEA

### Îngrijirea sănătății se face doar conform recomandărilor medicului.

Prima datorie a îngrijitorului personal se referă la igiena- starea de curățenie- a celui îngrijit și a ambianței (locul) în care el trăiește.

Multe persoane dependente au nevoie de tratamente medicale, de întreținere, specifice. În cazul în care aceste tratamente constau în înghițirea unor medicamente, îngrijitorul va avea grijă ca persoana din supravegherea sa să-și ia tratamentul conform prescripțiilor medicului, atât din punct de vedere al cantităților de medicament prescrise cât și din punct de vedere al orarului de administrare.

Dacă tratamentul presupune deplasarea asistatului la o unitate sanitară (un spital, un dispensar, un centru de dializă etc), îngrijitorul are datoria să însoțească persoana aflată în îngrijire și să se asigure că efectuarea transportului se face în condiții care nu vor înrăutăți starea acestei persoane.

### 3. SATISFACEREA NEVOILOR DE DEZVOLTARE FIZICĂ, PSIHICĂ, CULTURALĂ ȘI SPIRITUALĂ

Ingrijitorul persoanei dependente va trebui să acorde tot sprijinul, să devină un fel de antrenor al persoanei aflate în îngrijire, pentru ca acesta să-și îmbunătățească, în permanență, performanțele activităților fizice ori, în cazurile mai severe, să-și conserve (păstreze) capacitățile fizice pe care le are.

Persoana îngrijită trebuie stimulată să întreprindă diferite activități practice, cum ar fi: croșetat, împletit, confecționarea de ornamente pentru împodobirea spațiilor de locuit, activități gospodărești: curățenie, grădinarit etc

Persoana dependentă, datorită situației în care se află, poate avea perioade de tristete sau chiar depresie. Ingrijitorul personal, printr-o atitudine înțelegătoare față de gândurile și sentimentele persoanei avute în grijă și printr-un comportament optimist, poate avea un rol însemnat în procesul de trecere peste perioadele grele din viața acestuia.

Dacă persoana îngrijită reușește să aibă noi speranțe și să-și formuleze planuri de viitor, tonusul său psihic se va îmbunătăți simțitor.

Chiar dacă este vorba numai de planurile activităților din ziua următoare ori de planuri cu perspectivă mai lungă, rezultatul pozitiv va fi același.

Fiecare om are anumite nevoi, interese și preferințe culturale: îi place să asculte un anumit gen de muzică, să citească anumite cărți, să vizioneze anumite emisiuni de televiziune sau spectacole, să desfășoare anumite activități culturale-artistice (să cânte, să picteze, să modeleze etc.) Ingrijitorul va trebui să țină seama de toate aceste preferințe și, în măsura posibilităților, să acționeze în sensul satisfacerii lor. După cum au constatat majoritatea psihologilor care se ocupă cu studiul psihologiei persoanelor dependente, participările la manifestări culturale-artistice, fie în calitate de consumator (spectator), fie în calitate de producător de artă și cultură, este benefică și are efect terapeutic (vindecător).

Multe persoane au înclinații religioase. Unele chiar își găsesc refugiul și alinarea suferinței lor în credința în Dumnezeu.

Ingrijitorul personal va trebui să faciliteze participarea persoanei îngrijite la viața spirituală a comunității religioase din care acesta face parte.

### 4. SATISFACEREA NEVOILOR DE INTEGRARE SOCIALĂ

Omul este, prin excelență, o ființă socială. Omul trăiește în cadrul societății și nu poate fi concepută existența sa în afara acesteia.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Cele mai înalte aspirații și dorințe ale fiecăr om sunt cele legate de integrarea socială, de recunoaștere de către cei din jur a valorii și a drepturilor sale.

Marginalizarea socială duce la pierderea respectului de sine și la modificarea, în rău, a comportamentului.

De aceea îngrijitorul va trebui să fie o "punte de legătură" între persoana pe care o are în îngrijire și comunitate.

#### **Organizarea activității de relaxare**

Cunoscând nevoile și preferințele persoanei asistate, îngrijitorul acesteia o poate ajuta să-și satisfacă aceste nevoi, ajutând-o și susținând-o să participe la diferite activități individuale sau de grup, cum ar fi:

- citirea presei, a revistelor/cărților, urmărirea programelor TV, filme artistice și documentare; activități de informare: cu privire la facilitățile/gratificații de care pot beneficia.
- participarea la evenimentele culturale: diverse spectacole în funcție de preferințele și posibilitățile acestor persoane, participarea la evenimente și sărbători ale comunității din care face parte: zilele orasului, târguri etc
- participarea la activitățile organizate de diverse instituții din oraș:
- Plimbări în parc
- Primirea de vizite din partea vecinilor și prietenilor
- Mersul în vizită la aceștia
- Jocuri în parc : sah, remy, table
- Organizarea zilei de naștere
- Discuții libere: religioase, medicale, de organizare a activităților și timpul liber;
- servicii de tuns și coafat
- participarea la slujba religioasă
- Îndrumare și consiliere psihologică:
- Etc.

#### **5. ÎNGRIJIREA PERSOANEI AFLATE ÎN STADIUL TERMINAL**

Când persoana îngrijită suferă de o boală terminală, satisfacerea nevoii de confort este pe primul plan și de aceasta depinde starea de bine și reabilitarea persoanei asistate.

Sfârșitul vieții este o perioadă în care gesturile, atitudinile, cuvintele și tăcerile capătă o dimensiune esențială, iar îngrijirea persoanelor muribunde se realizează pe plan fizic, psihic și spiritual. Scopul este acela de a permite creșterea calității vieții și a confortului bolnavului atunci când tratamentul medicamentos, curativ nu mai poate prelungi viața. O persoană cu o boală terminală, adesea, obosită și suferindă, are nevoie de înțelegere și energie pentru a rămâne prezentă și atentă la ceea ce se întâmplă în jurul ei. De aceea are nevoie să i se răspundă, pe cât posibil solicitărilor și să nu fie obosită inutil, cu stimuli excesivi (igienă, spălare, masă) pe care aceasta nu îi dorește și care ar putea epuiza-o.

În aceste momente, este de recomandat ca îngrijitorul și, dacă se poate, și familia să se implice în tot ceea ce înseamnă confortul, alinarea și starea de bine a persoanei asistate.

Se recomandă persoanelor aflate la sfârșitul vieții, să ia multe decizii importante atât timp cât sunt active și își pot comunica dorințele despre felul cum vor să fie îngrijite la sfârșitul vieții. Făcându-se planuri din timp se poate petrece timp prețios alături de cei dragi. **Semne ale morții apropiate** Procesul morții este la fel de instabil (variabil) ca și nașterea. Ora exactă a morții nu poate fi precizată ca și mecanismul exact prin care o persoană moare.

Cu toate acestea, pacienții aflați în stadiul terminal al bolii, pot prezenta o serie de simptome similare în unele momente ale vieții, indiferent de tipul de boală.

O serie de modificări fizice și emotionale pot apărea la sfârșitul vieții, ca de exemplu: somnolență și slăbiciune excesivă

- perioadele de conștientă devin tot mai rare
- energia generală scade
- disfuncții respiratorii: ca perioade de polipnee (respirație rapidă) alternând cu bradipnee (respirații rare)
- halucinații vizuale și auditive: bătrânul/ persoana asistată vede persoane sau lucruri pe care ceilalți nu le văd
- inapetență, cu diminuarea metabolismului și pierderea apetitului
- disfuncții intestinale și urinare, ca hematurie sau urină cu sânge și tranzit intestinal diminuat (constipație)





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- modificări ale temperaturii corpului, ca stări de hipertermie (febră), alternând cu stări de hipotermie
- disfuncții emotionale, ca pierderea interesului pentru lumea din jur și scăderea comunicării cu persoanele din jur.

Persoanele muribunde pot prezenta simptome legate de boala specifică. Medicul poate fi întrebat asupra acestor simptome. Acesta poate oferi răspunsuri la întrebările legate de procesul morții. Informarea asupra acestora va facilita, pentru îngrijitor și pentru familia persoanei îngrijite, înțelegerea a ceea ce urmează să se întâmple. În tot acest timp, îngrijitorul trebuie să fie alături de persoana asistată, să o susțină, să manifeste compasiune, înțelegere, să-i respecte pe cât posibil dorințele, să o susțină și să fie alături de ea în aceste momente.

## **MODULUL V**

### **ÎNGRIJIRI SPECIFICE PENTRU PERSOANELE ASISTATE**

#### **CUPRINS:**

#### **CAPITOLUL I: ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU DIFERITE AFECȚIUNI**

1. Îngrijirea bolnavului cu afecțiuni respiratorii
2. Îngrijirea bolnavului cardiorespirator
3. Îngrijirea bolnavului cu boli digestive
4. Îngrijirea bolnavilor cu boli osteo-articulare
5. Îngrijirea bolnavilor cu AVC
6. Îngrijirea bolnavilor cu boli infecto-contagioase
7. Îngrijirea bolnavilor cu nevoi speciale
8. Îngrijirea bolnavilor imobilizați la pat

#### **CAPITOLUL II: ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR**

1. Reguli de administrare a medicamentelor
2. Tehnici de administrare a medicamentelor

#### **CAPITOLUL III: ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR**

1. Hemoragii
2. Asfixiere
3. Fracturi
4. Entorse și luxații
5. Leșin
6. Intoxicații
7. Insolăție
8. Convulsii
9. Stop cardio-respirator

#### **CAPITOLUL IV: SUPRAVEGHEREA STĂRII DE SĂNĂTATE**

1. Evaluarea funcțiilor vitale
2. Urmărirea semnelor clinice
3. Completarea fișei de îngrijiri

### **CAPITOLUL I**

#### **ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU DIFERITE AFECȚIUNI**

Prezentăm în continuare câteva tipuri de afecțiuni pe care le puteți întâlni în practicarea ocupației de îngrijitor bolnavi la domiciliu. Sunt doar câteva exemple reprezentative, în practică dvs. putând să întâlniți și alte afecțiuni. Important este să respectați întodeauna prescripțiile medicale în ceea ce privește regimul alimentar, medicația, mobilizarea etc. și să cereți lămuriri de la personalul medical, familie și persoana asistată/îngrijită în legătură cu boala, simptome, evoluția acesteia, modificări, urgențe medicale etc.

#### **1. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU AFECȚIUNI RESPIRATORII**



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

### Semne pulmonare patologice (de boală)

**1. Dispneea** este dificultatea de a respira. Spre deosebire de respirația normală, care este involuntară, respirația dispneică este conștientă, voluntară și creează disconfort.

**2. Tusea** este un act reflex sau voluntar, care are drept rezultat expulzarea violentă a aerului și uneori a corpi străini aspirați în căile respiratorii.

Tusea poate fi:

- uscată, fără expectorație
- umedă, urmată de expectorație

**3. Expectorația** este procesul de eliminare a produselor formate în căile respiratorii. Reprezintă materialul patologic cel mai periculos, fapt pentru care trebuie luate măsuri de asepsie riguroase. Este contraindicat ca personalul de îngrijire să fumeze sau să mănânce, fără dezinfectarea mâinilor care au venit în contact cu sc. pătoarea.

În aceste situații, rolul îngrijitorului constă în a educa bolnavul să expectoreze și să utilizeze sc. pătorile, să învețe bolnavul să adopte o poziție în care să expectoreze cu mai multă facilități și abundență (drenaj postural, vezi mai jos) și să ștergă cu comprese sputele adunate pe gură și dinții bolnavului.

**4. Durerea** reprezintă unul din elementele de stabilire a diagnosticului. Nu întodeauna durerea toracică sugerează o afecțiune a aparatului respirator.

**5. Hemoptizia** - eliminarea pe gură a unei cantități de sânge provenind din căile respiratorii inferioare.

#### Afecțiuni respiratorii:

- rinite
- laringite
- bronșite
- pneumonii
- astm bronșic
- cancer bronho-pulmonar
- insuficiența respiratorie

#### Îngrijirea bolnavilor cu boli ale aparatului respirator

În situația în care îngrijitorul la domiciliu are de-a face cu astfel de bolnavi, rolul lui în îngrijirea acestora va fi următorul:

##### Respecta indicațiile personalului medical!

Ajută bolnavul să se alimenteze activ sau pasiv, în funcție de starea sa - regimul va fi hidrozaharat în perioadele febrile iar când fenomenele acute dispar va fi hipercaloric ținând cont de afecțiunile colaterale.

Ajută bolnavul să se hidrateze – o hidratare adecvată ajută la eliminarea secrețiilor bronșice.

Sprijină bolnavii cu astm bronșic să adopte poziția șezândă, eventual la marginea patului, atunci când apare criza de astm.

Asigură poziția semișezândă bolnavilor cu edem pulmonar, pe scaun sau pe marginea patului.

Asigură poziția de drenaj postural pentru eliminarea secrețiilor bronșice. Efectuăm drenajul postural al bolnavului/ persoanei asistate în special seara înainte de culcare, va ușura somnul și odihna bolnavului/ persoanei asistate.

Bolnavul va fi poziționat în decubit dorsal / decubit ventral cu capul mai coborât decât picioarele.

(Pozițiile declive (cu capul în jos) sunt contraindicate persoanelor în vârstă, ateroscleroticilor, hipertensivilor și celor cu insuficiență cardiacă.) Tehnica necesită ca bolnavul să fie alungit pe un pat, cu picioarele supraînălțate. Secrețiile sunt drenate în mod natural, prin acțiunea gravitației, către trahee, de unde sunt eliminate apoi prin tuse. Fiecare regiune a plămânilor este drenată în mod preferențial după poziția exactă a corpului (culcat pe partea dreaptă sau pe partea stângă, cu perne puse în diferite părți etc.). poziția șezând drenaj postural

În cazul unui bolnav cu hemoptizie, liniștește și așează bolnavul în poziție semișezândă.

Administrează medicația recomandată de medic pentru calmarea tusei;

Asigură igiena bolnavului.

În cazul astmului bronșic - în prezența acestor pacienți se va evita folosirea substanțelor alergizante (parfumuri, spray-uri, deodorizante, substanțe de curățenie cu mirosuri puternice, substanțe de dezinsecție sau dezinsecție).

În cazul cancerului bronho-pulmonar: se interzice fumatul, se evită frigul, umezeala, alimentația trebuie să fie variată și bogată în proteine și vitamine.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

În cazul pneumoniilor, ca îngrijiri se recomandă repausul la pat, un regim hidro-zaharat cu vitamine din sucuri de fructe, siropuri, ceai, lapte, terior se adaugă un regim lacto-făinos, se evită frigul și umezeala. Lenjeria de corp a batranul/ persoana asistata va fi schimbată ori de câte ori va fi nevoie.

## 2. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU AFECȚIUNI CARDIO-VASCULARE

### Semne cardiace patologice

**1. Dispneea** – este dificultatea de a respira și se caracterizează prin sete de aer. Apare de obicei în insuficiența cardiacă stângă.

Dispneea cardiacă se caracterizează prin respirații frecvente și superficiale.

**2. Durerea** – durerea precordială (din regiunea anterioară a toracei, din dreptul inimii) este un simptom important.

**3. Palpitații** – bătăi ale inimii resimțite neplăcut, supărătoare sub forma unor lovituri repetate în regiunea precordială. Ele pot fi regulate sau neregulate.

**4. Cianoza** este o colorație violacee a tegumentelor și mucoaselor datorită creșterii hemoglobinei, redusă în sângele capilar - este cel mai important simptom al insuficienței cardiace drepte.

### Afecțiuni cardiovasculare:

- endocardita
- stenoza mitrală
- stenoza aortică
- tulburări de ritm cardiac
- cardiopatia ischemică
- angina pectorală
- infarctul miocardic (cel mai important simptom este durerea, sub forma de gheară, ce iriază în umărul stâng și în membrul superior stâng, până la tîmele doua degete),
- insuficiența cardiacă
- hipertensiune arterială
- hipotensiune arterială
- ateroscleroza
- tromboflebita, etc.

### Îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni cardiace

Îngrijirea bolnavilor cardiaci este foarte importantă datorită caracterul de urgență a acestor boli și a supravegherii îndelungate de care au nevoie.

- Se vor respecta indicațiile personalului medical!**
- Batranul/ persoana asistata treb e să aibă asigurat repausul fizic și psihic.
- Batranul/ persoana asistata treb e poziționat în pat în funcție de afecțiune și treb e urmărit în mod special, deoarece repausul prelungit în pat prezintă o serie de dezavantaje.
- Igiena personală și cea a lenjeriei este obligatorie și se va face cu toată atenția.
- Regimul alimentar treb e respectat cu strictețe (nu treb e să conțină sare, grăsimi, băuturi gazoase)!

În unele afecțiuni cardiovasculare, (cum ar fi cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială și altele) se recomandă limitarea eforturilor fizice, combaterea anxietății și evitarea situațiilor conflictuale, a emoțiilor puternice.

- Asigurarea tranzitului intestinal este importantă, în unele cazuri efortul defecației fiind fatal.
- Transportul bolnavului se va face cu mare atenție.

## 3. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU AFECȚIUNI DIGESTIVE

Sistemul digestiv este alcăt t din tubul digestiv și glandele anexe ale tubul digestiv. Tubul digestiv este alcăt t din: cavitate bucală, faringe, esofag, stomac, intestin subțire, intestin gros. Glandele anexe sunt: glandele salivare, ficatul, vezica biliară, pancreasul - toate avand rol în digestia alimentelor.

Fiecare element al acest sistem se poate îmbolnăvi având simptome specifice. Dintre acestea enumerăm doar câteva **semne digestive patologice**:

- Durerea**- localizată în diferite segmente ale aparatul digestiv
- Vărsătura** – eliminarea bruscă pe gură a conținutului stomacului .
- Hemetameză** – vărsătura cu sânge.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

**Constipația** – sindrom caracterizat prin eliminarea întârziată a scaunelor la 2 – 3 zile (scaune dure și mici cantitativ).

**Diareea** – tranzit intestinal accelerat, eliminându-se mai multe scaune moi.

**Melena** - scaun cu sânge

**Afecțiuni ale sistemului digestiv și boli de nutriție:**

- stomatite (afecțiuni ale cavității bucale)
- boli ale esofagului
- boli ale stomacului : gastrite, cere, cancer gastric
- boli ale intestinului : duodenite, enterocolite, cancer
- bolile ficatului : ictere, ciroză hepatică, hepatite
- bolile căilor biliare: litiaza biliară, colecistite
- bolile pancreasului : pancreatite
- boli de nutriție: diabetul zaharat, obezitatea, etc.

**Incontinența anală.** Este o infirmitate frecventă, cu repercusiuni grave psiho-sociale, fiind, alături de incontinența urinară, escarele de decubit și de demență, una dintre marile probleme ale îngrijirilor, mai ales în cazul persoanelor în vârstă. Ea constă în pierderea involuntară a materiilor fecale și a gazelor prin orificiul anal. Se asociază, de obicei, cu incontinența urinară și cu deteriorarea psihică avansată.

Apare în demențe, accidente vasculare cerebrale, afecțiuni ale măduvei, polinevrite, diabet zaharat, abcese rectale, hemoroizi, fisuri anale, cancere recto-sigmoidiene.

Cea mai importantă incontinență anală este cea neurogenă, în geriatrie. Aceasta duce la pierderea controlului sfincterian. Tratamentul este descurajant și se reduce la încercări de reeducare și la îngrijiri generale.

**Îngrijirea bolnavului cu afecțiuni digestive:**

- Se vor respecta indicațiile personalului medical!**
- În afecțiunile sistemului digestiv, este foarte important regimul alimentar. Se vor respecta cu strictețe prescripțiile medicale legate de dietă.**
- Liniștirea și educarea bolnavului .
- Servirea meselor se va face la ore regulate;
- Mișcarea și somnul vor fi dozate suficient. În unele afecțiuni este interzis efortul fizic- vor fi respectate cu strictețe prescripțiile medicale referitoare la efortul fizic și intelectual.
- Evitarea stărilor de suprasolicitare.
- Igienă personală este importantă.
- Se vor suprima consumul de alcool și tutun.
- Se va urmări scaunul atât pe perioada bolii cât și ulterior.

#### 4. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU BOLI OSTEO-ARTICULARE

Bolile osteo-articulare sunt întâlnite mai frecvent la persoanele în vârstă. Dintre acestea amintim:

- Reumatismul articular degenerativ
- Osteoporoza

**Semne patologice osteo-articulare:**

- durerea intensă și persistentă la nivelul articulațiilor afectate.
- dificultăți de mișcare, de mers.

**1.Reumatismul articular degenerativ – artroza** - este o afecțiune care interesează predominant articulațiile. După localizare, artrozele se împart în trei mari categorii:

- o coxartroză - artroza șoldului
- o gonartroză - artroza genunchiului
- o spondiloză - artroza coloanei vertebrale.

**Îngrijirea bolnavului**

- Bolnavii de artroze trebuie să se ferească de frig și de umezeală, deoarece în aceste condiții climatice durerile se intensifică, în timp ce căldura



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

le ameliorează.

Cei care suferă de artroză la genunchi sau șold să nu stea prea mult în picioare și să nu meargă mult pe jos, mai ales pe scări sau pe drumuri cu urcuș.

În cazul în care o persoană are artroză într-o singură parte, fie la genunchi, fie la șold, ar fi bine să poarte baston în mâna opusă, tocmai pentru a echilibra greutatea între articulația afectată și mâna care sprijină bastonul.

De asemenea, foarte importantă este dieta. În cazul bolnavilor obezi, dieta trebuie să fie hipocalorică, pentru ca, prin scăderea greutății, să fie redusă solicitarea suplimentară a articulațiilor. Scăderea în greutate la persoanele obeze care au deja artroze la genunchi sau la șold este foarte greu de obținut, pentru că efortul fizic nu mai este posibil din cauza durerilor la articulații.

## 2. Osteoporoza

Osteoporoza este o afecțiune cronică caracterizată prin scăderea masei osoase și prin deteriorarea structurii osoase, ceea ce duce la mărirea fragilității osoase și în consecință la creșterea riscului de fractură.

Osteoporoza slăbește oasele și acestea se fracturează mult mai ușor, de aceea se impun măsuri pentru prevenirea căderilor vârstnicilor :

Reducerea riscului de cădere la domiciliu prin:

o montarea de balustrade solide la toate scările, precum și mânere de sprijin la baie;

o acoperirea podelei alunecoase cu covorașe sau mocheta;

o casa trebuie ținută în ordine și se înlătură obiectele căzute pe jos, mai ales bucățile de sfoară, ață, cabluri electrice, de telefon, etc.

Bolnavul se va echipa cu îmbrăcăminte și încălțăminte care conferă siguranță maximă - încălțăminte cu tălpi nealunecoase, fără talpi din cauciuc (teniși) pentru că sunt atât de aderente și îl pot dezechilibra.

Hainele, halatele și paltoanele să fie suficient de scurte ca să nu se împiedice când urcă scările.

Păstrarea echilibrului în timpul mersului folosind un baston.

Articolele de bucătărie să fie puse cât mai la îndemână.

Bolnavii în vârstă trebuie să-și controleze auzul și vederea prin folosirea de ochelari și aparat auditiv.

Casa trebuie să fie cât mai bine luminată.

## 5. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU ACCIDENT CEREBRAL VASCULAR- AVC

**Accidentul vascular cerebral** este o afecțiune care se declanșează în mod neașteptat, la oameni cu diferite vârste, în general peste vârsta de 55 ani.

Un accident vascular cerebral apare atunci când un vas de sânge care furnizează sânge la nivelul unei zone a creierului se sparge sau este blocat de un cheag sangvin. În câteva minute, celulele nervoase din acea zonă sunt afectate și ele pot muri în câteva ore. Ca rezultat, acea parte a corpului care este controlată de zona afectată a creierului nu mai poate funcționa adecvat.

**Prevenirea accidentelor cerebrale vasculare** se face prin:

- prevenirea diabetului zaharat;

- controlarea nivelurilor de colesterol ;

- evitarea consumului de alcool și a fumatului ;

- combaterea hipertensiunii arteriale;

- evitarea combinației dintre contraceptivele orale și tabagism;

- se recomandă consumul de legume și fructe proaspete, exercițiul fizic;

- evitarea excesului de sare în alimentație.

Prezența de **simptome ale accidentului vascular cerebral** impune un consult medical de urgență.

Simptomele generale ale accidentului vascular cerebral includ debutul brusc al următoarelor simptome:

stării de amorțeală, slăbiciune sau paralizie a feței, brațului sau piciorului, de obicei pe o parte a corpului ;

tulburări de vedere la un ochi sau la ambii, precum vedere neclară, încetoșată, cu pete, vedere dublă sau pierderea vederii;

confuzie, tulburări de vorbire sau de înțelegere a cuvintelor celorlalți;

tulburări de mers, amețea, pierderea echilibrului sau a coordonării;

dureri de cap severe.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

În cazul în care apar simptome ale un AVC este necesar un tratament de urgență, exact ca și în cazurile de infarct miocardic. În cazul în care tratamentul medical este început cât mai curând după apariția simptomelor, cu atât mai puține celule nervoase vor fi afectate permanent.

**Reabilitarea după un accident vascular cerebral** presupune:

- recuperarea unor disfuncții motorii, senzitive, senzoriale, emoționale;
- asigurarea unei reintegrări familiale și sociale corespunzătoare desfășurării unei vieți cât mai normale.

Tulburări și disfuncții rezultate în urma un AVC:

- îngustarea câmpului vizual pe o parte a corpului (imposibilitatea de a vedea anumite lucruri decât dacă întoarce capul în acea direcție);
  - reflexe și simțuri diminuate la nivelul membrilor afectate (în unele cazuri persoana asistată nu își simte părțile corporale afectate);
  - dificultăți de concentrare, confuzii, amnezie retrogradă sau anterogradă (persoana asistată nu-și amintește numerele de telefon, datele calendaristice, etc);
  - dislexie (tulburări de citit), tulburări de scriere;
  - tulburări legate de activitățile cotidiene (îmbrăcare, gătit, igienă).
  - desfășoarea anumite activități mai lent sau dezorganizat, mai ales când acestea le par nefamiliare. În aceste cazuri apar anxietatea și ezitarea.
  - pareze (paralizii parțiale).
- Persoanele cu astfel de tulburări trebuie să evite anumite activități care pot pune în pericol viața lor sau a altor persoane (șofatul, manevrarea unor utilaje).

**Îngrijirea bolnavului care a suferit un AVC**

Îngrijirea unei persoane cu dizabilități, secundare un accident vascular cerebral poate fi uneori dificilă din mai multe motive. Recuperarea acestor persoane necesită multă răbdare, minime cunoștințe medicale precum și un suport material adecvat.

Sunt recomandate următoarele activități de îngrijire, pe lângă cele de bază:

- iluminarea corespunzătoare a încăperilor;
- prevenirea și combaterea escarelor;
- evitarea suprafețelor care predispun la accidentări fizice;
- asigurarea un mobilier corespunzător, eventual aparate auxiliare de care să se ajute în efectuarea activităților zilnice (mânere la baie, baston, cadru de mers, scaun rulant, masute rabatabile, înălțător perna, înălțător WC, scaun pentru duș, etc
- integrarea într-un program de recuperare;
- oferirea un suport fizic și emoțional corespunzător;
- încurajarea activităților sociale (plimbări, citit, privitul la televizor, etc );
- participarea la diferite programe educaționale;
- încurajarea unor activități care îi pot oferi independența necesară desfășurării unei vieți normale;
- supravegherea tratamentului recomandat de medicul specialist (tratament medicamentos, exerciții fizice).

Sprijinul familiei și prietenilor este extrem de important!

**6. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU BOLI INFECTO-CONTAGIOASE**

Bolile infecto-contagioase sunt boli provocate de anumiți virusi, microbi, etc. și care se transmit de la om la om.

Contaminarea și infectarea un om se poate realiza pe următoarele căi:

a) **Transmiterea directă** - infectarea organismul se poate realiza prin inhalarea de particule, pe cale cutanată sau prin mucoasă (mușcăături, sărut), contact sexual, de la mamă la făt, transfuzii de sânge sau plasmă contaminate (Hepatită B, Hepatita C, HIV, etc).

b) **Transmiterea indirectă** se face prin intermediul:

- aerul (difteria, gripa, TBC, scarlatina);
- apei (dizenteria, holera, hepatita, parazitoze);
- solul (TBC, tetanos, poliomielita, salmonelle);



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- obiecte (TBC, hepatita A, parazitoze);
- mâini murdare (hepatita A, stafilococii, TBC, dizenterie, febra tifoidă) ;
- vectori: păduche (tifos exantemic), țânțar (malaria), căpușă (febra recurentă).

#### **Îngrijirea la domiciliu a bolnavilor cu boli infecto-contagioase**

Izolarea și tratarea la domiciliu a bolilor infecțioase\* este permisă numai pentru unele dintre acestea. Anumite boli infecțioase mai grave, sau care prezintă un risc deosebit pentru societate, se izolează și se tratează numai la spital.

- Bolnavul contagios care poate primi îngrijiri la domiciliu va fi izolat de ceilalți membri ai familiei.
  - Vor fi respectate cu strictețe prescripțiile medicale privind tratamentul, alimentația, igiena etc.
  - Camera aleasă pentru izolarea la domiciliu va fi cât mai separată față de apartament și, pe cât posibil, cu toaletă proprie.
  - Pentru îngrijire se va alege o singură persoană, maxim două, ele fiind singurele admise să intre în camera bolnavul .
  - Vizitele sunt interzise pe toată durata contagiunii (precizată de medic).
  - Este obligatoriu să se anunțe cazul de boală contagioasă și colectivității din care face parte adultul.
- Este recomandabil să se anunțe și familiile cu care a fost în contact bolnavul contagios până la izolarea sa.
- Se iau toate măsurile necesare pentru că cel ce îngrijește bolnavul contagios să nu se infecteze el însuși și nici să nu transmită infecția la alții.

#### **În acest scop:**

- o persoană îngrijitoare va purta un halat;
- o vor fi aplicate măsuri de dezinfecție (continuă), până la vindecarea bolnavul ;
- o dezinfecția riguroasă a mâinilor, cu apă și săpun, după fiecare contact cu bolnavul sau cu hainele acest a;
- o produsele patologice sau excretele bolnavul (sputa, secreție din nas, lichid de vărsătură, urină, scaun) vor fi recoltate cu grijă în recipiente speciale conținând lapte de var sau cloramină 5% și lăsate în contact 2 ore, după care se aruncă în closet, iar vasele pot fi spălate. Closetul se dezinfectează cu creolină 5%, sau alte dezinfectante. Cada, plosca, urinarul vor fi dezinfectate de fiecare dată cu fenol sau creolină (5%). Termometrul se dezinfectează cu alcool iodat 0,5%;
- o toată rufăria contaminată de bolnav se strânge într-un sac, după care se fierbe prelungit, înainte de a fi spalată;
- o vesela și tacâmurile se fierb cel puțin 15 minute înainte de a fi spălate;
- o toate obiectele contaminate de bolnav treb e dezinfectate cu alcool ori apă și săpun, sau prin fierbere;
- o ziarele, hârtiile și cărțile fără valoare este preferabil să fie arse;
- o dezinfecția terminală (după vindecare) este făcută de un specialist dezinfectant. În lipsa acest a, se va face o curățenie generală a camerei (parchet, mobilă, obiecte), cu expunerea la soare a unor lucruri și fierberea altora.

#### **Îngrijirea bolnavilor cu HIV/SIDA**

**Virusul Imunodeficienței Umane (HIV)** este un virus care atacă sistemul imunitar și îngreunează luptă organismul cu infecțiile și cu bolile. HIV este virusul care produce **Sindromul Imunodeficienței Dobândite (SIDA)**.

Totuși a fi infectat cu virusul HIV nu înseamnă a avea SIDA. SIDA este timul și cel mai sever stadiu al infecției cu virusul HIV. Tuberculoza și cancerul sunt cele mai întâlnite infecții grave pe care le dezvoltă un bolnav de SIDA. În cele mai multe cazuri, SIDA duce la deces.

Unii oameni trăiesc cu infecția cu virusul HIV mulți ani, chiar zeci de ani până la a avea SIDA.

Virusul imunodeficienței umane (HIV) se transmite, SIDA nu se transmite, este un sindrom, o boală.

HIV poate fi prezent în sânge, spermă, secreții vaginale și uretrale, lapte matern, lacrimi, urină, materii fecale (care conțin sânge), secreții nazale, salivă, în concentrații diferite.

#### **Căi de transmitere a HIV:**

- prin contact sexual neprotejat
- transfuzii de sânge și derivate de sânge
- se transmite de la mamă infectată la făt, în timpul sarcinii, a nașterii și alăptării.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Posibilitatea infectării este cu atât mai mare în cazul în care există leziuni ale pielii sau ale mucoaselor care să faciliteze trecerea virusului de la o persoană la alta. Pielea intactă reprezintă o barieră naturală, iar o picătura de sânge, secreție vaginală sau spermă infectate nu reprezintă neapărat un risc.

**HIV nu se transmite prin:** aer (respirație, tuse, strănut), atingere, pupături (sărut "uscat"), îmbrățișare, alimente, apă, băi sau wc-uri publice, ștranduri, folosirea în comun a rechizitelor, jucăriilor, tacâmurilor și veselei. HIV nu se transmite prin salivă, urină, secreții nazale, lacrimi, fecale dacă acestea nu conțin sânge.

Prezența într-o colectivitate a unei persoane seropozitive nu reprezintă un pericol pentru persoanele sănătoase atât timp cât nu există condițiile de transmitere a infecției.

#### Îngrijirea bolnavilor cu HIV/SIDA:

- respectarea prescripțiilor medicale: tratament, alimentație, igienă, mobilizare etc.
- suport psihologic atât la cât și familiei acestuia (ascultarea bolnavului/ persoana asistată, încurajare, susținere, compasiune, empatie),
- suport spiritual religios (însoțirea la biserică, etc.),
- colaborare cu întreaga echipă care se ocupă de persoana asistată/ingrijită (medic, asistentă medicală, psiholog, etc.),
- menținerea igienei personale și în locuință,
- prevenirea răspândirii infecției HIV,
- prevenirea altor infecții,
- îndrumarea și însoțirea bolnavului/ persoana asistată în alte instituții medicale pentru diagnosticare, îngrijire și tratament, etc.;
- educarea bolnavului/ persoana asistată privind măsurile de prevenire a răspândirii infecției HIV, încurajarea respectării tratamentului și prescripțiilor medicale,
- respectarea următoarelor reguli:
  - 1) îmbrăcarea mănușilor de latex în timpul contactului cu sângele sau cu lichidele biologice;
  - 2) aplicarea obligatorie a bandajelor pe rănilor de pe piele, dacă bandajul este îmbibat cu sânge sau lichide biologice, el trebuie înlocuit și distrus;
  - 3) înlăturarea petelor de sânge, fecale și urină se va face doar mănuși de latex;
  - 4) hainele și lenjeria de pat sau corp murdare, pătate de sânge, excremente, urină sau alte lichide biologice, trebuie păstrate, dezinfectate și spălate separat;
  - 5) hainele sau lenjeria de pat sau corp vor fi atinse doar utilizând mănuși;
  - 6) spălarea pe mâini cu săpun, după contactul cu hainele, lenjeria de pat murdare de sânge sau după orice contact cu lichide biologice,
  - 7) contactele obișnuite cu o persoană seropozitivă HIV sunt inofensive (nu necesită folosirea mănușilor),
  - 8) utilizarea substanțelor obișnuite, la curățarea veselei de bucătărie, precum și pentru curățarea obiectelor sanitare.

## 7. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU NEVOI SPECIALE

### A. Îngrijirea bolnavilor inconștienți și comatoși

În îngrijirea acestor bolnavi, personalul de îngrijire are un rol foarte important în cadrul echipei medicale, deoarece acești bolnavi nu-și mai pot îndeplini singuri o mare parte din nevoile fundamentale. Astfel, îngrijirile acordate în aceste situații sunt următoarele:

- se asigură bolnavul un climat corespunzător (temperatura 18-20 C, aerisirea spațiului respectiv);
- se asigură poziționarea bolnavului în pat: decubit dorsal, cu capul rotit într-o parte pentru a preveni căderea limbii spre glotă; semișezândă, dacă starea bolnavului o permite; poziție de drenaj postural, dacă are secreții (cu picioarele mai ridicate și cu capul întors într-o parte);
- în caz de vărsături, se întoarce capul bolnavului într-o parte și se pregătește tăviță renală;
- în caz de incontinență urinară, se asigură bolnavului urinar sau ploscă, sau pampers;
- în caz de retenție urinară se va ajuta asistenta medicală la introducerea sondei vezicale;
- se asigură bolnavului comatos, toaleta pe regiuni zilnice sau ori de câte ori este nevoie; de asemenea se va asigura igiena cavității bucale, a părului;
- se vor face manevre pentru prevenirea escarelor;



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

se alimentează bolnavul pe cale bucală cu lingurița, dacă reflexul de deglutiție (de înghitire) este păstrat. Dacă reflexul de deglutiție nu este prezent, se va ajuta asistenta medicală la introducerea și fixarea sondei pentru alimentare.

### B. Îngrijirea bolnavilor dializați

**Dializa** este una dintre metodele de tratament utilizate în bolile cronice de rinichi (insuficiența renală), și are rolul de a ajuta la eliminarea toxinelor din organism pe care rinichii nu le mai pot elimina. În acest scop, bolnavul trebuie transportat periodic la spital.

Bolnavul cu insuficiența renală cronică este mai sensibil la infecții și deci necesită atenție mai mare în privința igienei și a curățeniei.

Îngrijitorul va efectua toaleta cavității bucale cu rigurozitate și apoi va badijona cu glicerină boraxată sau apă bicarbonată.

Va acorda o atenție deosebită igienei corporale.

Bolnavilor dializați cu complicații cardiovasculare, care-și petrec majoritatea timpului la pat, li se va face masaj pe regiuni pentru a favoriza circulația sangvină, li se va schimba poziția în pat pentru prevenirea escarelor.

Lenjeria de pat și pijamaua bolnavului va fi schimbată ori de câte ori este nevoie.

Îngrijitorul va alimenta și hidrata bolnavul conform indicațiilor personalului medical.

Bolnavii care se mobilizează vor evita statul prea mult în picioare sau în poziție șezândă pentru a evita apariția edemelor (acumulare de lichid) la nivelul picioarelor. Poziția recomandată pacienților dializați este cea de decubit dorsal sau poziția declivă (Trendelenburg - cu picioarele mai sus decât capul).

Bolnavii care prezintă vărsături vor fi poziționați în decubit lateral, iar dacă aceasta nu este posibil se va poziționa capul pe o parte, pentru evitarea absorbției lichidului de vomă în căile respiratorii.

### C. Îngrijirile acordate bolnavilor cu afecțiuni oncologice (cancer)

Îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni maligne (cancer), este una din sarcinile cele mai grele ale îngrijitorului.

Comportamentul acestor pacienți este foarte diferit de al altora, de aceea personalul de îngrijire trebuie să fie înțelegător față de psihologia acestor pacienți, ei trecând prin stări diferite, de la un anumit grad de șoc, la aflarea diagnosticului de care suferă, la anxietate, frică, depresie.

Bolnavii în faza de debut a bolii, și care au un grad de independență, trebuie susținuți psihic, trebuie să cunoască etapele îngrijirii (metodele terapeutice – tratamente cu chimioterapice, etc.).

În schimb, bolnavii aflați într-o fază avansată a bolii trebuie îngrijiți cu foarte mare atenție.

Se va acorda atenție deosebită igienei corporale și efectuării necesităților fiziologice.

Bolnavul trebuie întreținut uscat și curat, observându-se apariția eventualelor simptome la nivelul pielii (escare, forme de hemoragii cutanate etc.).

Transpirațiile vor fi șterse de pe față, secrețiile glandelor salivare și faringiene, vor fi îndepărtate, buzele vor fi întreținute umede.

Dacă reflexul de deglutiție este menținut, și afecțiunea de care suferă permite, va fi hidratat pe cale bucală cu lichide în cantități mici, cu lingurița.

Administrarea medicamentelor se face de către îngrijitor, până în timpul momentului, pentru a ușura timpele clipe ale acestora.

Dacă bolnavii cu afecțiuni oncologice devin inconștienți, nu se va întrerupe tratamentul decât la indicația medicului.

Alimentația se face în funcție de starea bolnavului, de forma de boală și localizarea acesteia cât și de tratamentul pe care acesta îl urmează.

### D. Îngrijiri acordate bolnavilor psihici și bolnavilor agitați

**BOALA PSIHICĂ** este o tulburare care afectează gândurile, percepțiile, emoțiile și comportamentul.

Boala psihică poate afecta oameni de pretutindeni, indiferent de sex, cultură, religie, statut economic sau social.

Există numeroase tipuri de boli psihice: unele sunt mai grave, cu o evoluție îndelungată, cu afectarea profundă a personalității și a calității vieții, altele sunt mai puțin severe cu evoluție scurtă sau fluctuantă și, în prezent, relativ ușor de tratat.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Boala psihică nu se tratează de la sine. În general, este necesar un tratament medicamentos asociat cu consilierea și sesiunile de psihoterapie.

Exemple de boli psihice: depresia, atacul de panică, schizofrenia etc.

Boala psihică este diferită de întârzierea (retardarea) mintală. Retardarea mintală înseamnă prezența unei capacități intelectuale reduse, manifestată în special prin posibilitățile diminuate de învățare ale persoanei, aparută încă de la naștere și este legată numai de afecțiuni cognitive.

Persoanele care suferă de boli mintale sunt, în mod obișnuit, normale ca inteligență, deși în unele cazuri, datorită bolii, creierul nu le funcționează la nivelul performanțelor optime.

În tratamentul bolilor psihice, medicația joacă un rol important, reducând marcant simptomele bolii la majoritatea oamenilor.

#### Ce trebuie să știm despre boala psihică?

1. Boala psihică este o boală în adevăratul sens al cuvântului, NU un semn al slăbiciunii celălalt.
2. Boala psihică nu este o alegere pe care o facem.
3. Boala psihică poate fi rezultatul mai multor cauze: ereditatea, dezechilibre bio-chimice la nivelul creierului, traume, comportament învățat etc.
4. Boala psihică poate fi la fel de dureroasă ca boala fizică, iar câteodată simptomele ei sunt o povară chiar mai greu de suportat.
5. Boala psihică se poate trata.
6. Boala psihică nu este contagioasă.
7. Sprijinul familiei și al celor apropiați sunt esențiale pentru reușita tratamentului bolii psihice.
8. Majoritatea oamenilor cu boală psihică nu sunt violenți.
9. În prezent există mai multe tratamente și strategii terapeutice decât oricând pentru bolile psihice.
10. Persoanele care suferă de o boală psihică pot avea o viață activă și productivă.

#### Îngrijirea bolnavului psihic:

- Respectă cu strictețe indicațiile medicale.
- Informează-te din prima zi despre diagnosticul persoanei asistate, tratament, comportament, posibile manifestări (tentative de suicid, refuzul de a mânca, violență etc.).
- Discută cu echipa medicală și familia și cere lămuriri legate de nevoile de îngrijire ale bătrânului/persoana asistată.
- Supraveghează și verifică administrarea medicamentelor conform prescripțiilor medicale (unii pacienți refuză tratamentul medicamentos). Anunță medicul și familia.
- Comunică familiei și echipei medicale orice schimbare, modificare de comportament.
- Ajută-l să-și asigure toate îngrijirile de bază (igienă, alimentație, hidratare, etc).
- Ascultă-l cu empatie și înțelegere.

#### Recomandări

- Încearcă să nu reacționezi emoțional la "ieșirile emoționale" ale bătrânului/persoana asistată.
- Nu te certa și nu încerca să contrazici sentimentele sau gândurile lor, deoarece ei pot percepe realitatea într-un mod diferit.
- Fii acolo pentru a-i sprijini și a-i asculta.
- Nu-i forța să vorbească atunci când nu vor să facă asta.
- Pastrează-ți calmul.
- Pastrează o atitudine pozitivă.
- Contribuie activ la îndepărtarea stigmei și a discriminării bolnavului psihic.
- Citește și informează-te despre boala de care suferă persoana asistată pentru a-i înțelege comportamentul și a-l putea ajuta cât mai bine.

*"Bolnavii psihici ne înspăimântă și ne fac să ne simțim rușinați. Și în acest fel noi îi marginalizăm pe oamenii care au cea mai mare nevoie de acceptarea noastră. Oamenii care suferă de o boală psihică au nevoie de mai multă soare, de mai multă candoare, de mai multe discuții deschise despre bolile care-i afectează nu numai pe ei ci și pe familiile acestora. Societatea noastră ar trebui să înțeleagă că mulți dintre oamenii care sunt corect tratați pot fi participanți activi în comunități."* (Glenn Close)

#### BOLNAVII AGITAȚII PSIHOMOTOR se pot manifesta astfel:

- vorbire incoerentă, logoree (vorbesc continuu), țipete;
- dezorientare în timp și spațiu;





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- acte periculoase, loviri, răniri de persoane, deteriorări de bunuri;
- mișcări necontrolate, necoordonate.

Inițial se va încerca liniștirea bolnavul prin vorba blândă, calmă, reținându-l la pat. După caz, anunțați familia, medicul și/sau sunați la 112.

### E. Îngrijirea bolnavilor imobilizați la pat

Bolnavii imobilizați la pat se simt neputincioși, punându-și nădejdea în personalul de îngrijire și în membrii familiei lor. De aceea, acești bolnavi necesită o preocupare deosebită.

Imobilizarea la pat poate fi determinată de:

- afecțiuni grave (paralizii, leziuni ale membrilor inferioare);
- unele complicații care pot apărea în urma unor boli (imobilizarea la pat este o măsură preventivă);
- fracturi (aparate gipsate), infarct miocardic, traumatisme (imobilizarea la pat este o măsură

terapeutică).

Pentru imobilizarea la pat, bolnavul are nevoie de un pat confortabil, încăpător, care nu va fi așezat sub fereastră sau prea aproape de ușă pentru a proteja bolnavul de curenții de aer.

În cazul în care bolnavul urinează foarte des, este recomandabil ca urinarul să fie așezat în așa fel ca bolnavul să-l poată lua.

Îngrijiri:

Se va asigura igiena camerei și a patul bolnavul – aerisirea și curățenia camerei, schimbarea lenjeriei de pat ori de câte ori este nevoie.

Se va avea grijă de igiena corporală a bolnavul – se va schimba lenjeria de corp ori de câte ori s-a murdărit (la nevoie se folosesc cămăși desfăcute la spate); se va face toaleta bolnavul sub forma de băi parțiale la pat; se va asigura igiena gurii și a danturii (protezelor dentare), se va urmări igiena mâinilor la fiecare masă, igiena părul (săptămânal sau la două săptămâni).

Alimentarea se va face la pat, activ sau pasiv în funcție de starea bolnavul, asigurându-i-se o poziție cât mai comodă.

Se va face prevenirea escarelor prin schimbarea poziției în pat a bolnavul, prin masajul zonelor expuse, fricționări cu alcool și pudră de talc, lenjeria de pat și de corp să fie curată și fără cute.

Se asigură prevenirea apariției unor complicații datorate imobilizării prelungite la pat prin masajul membrilor inferioare, fricționarea corpul cu alcool diluat, asigurarea unei poziții corecte în pat, mobilizare pasivă a bolnavul, conform prescripțiilor medicale.

Comportamentul personalul de îngrijire față de acești bolnavi imobilizați trebuie să fie cât se poate de atent, deoarece aceștia sunt irascibili, mai nervoși, capricioși, de aceea se va manifesta o atitudine calmă, plină de blândețe.

Îngrijitorul se va preocupa de programul zilnic al bolnavul – dacă este posibil, să-l scoată la aer, să-i citească, să-i asigure vizionarea programelor TV.

## CAPITOLUL II ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

### 1. REGULI DE ADMINISTRARE A MEDICAMENTELOR

Persoana îngrijită poate urma un tratament la indicația medicul. Îngrijitorul la domiciliu va analiza cu atenție prescripțiile medicale, indicațiile și contraindicațiile medicamentelor prescrise și va cere, dacă este cazul, lămuriri suplimentare de la personalul medical, familie, persoana asistată/îngrijită.

Medicamentele vor fi administrate cu respectarea strictă a prescripțiilor medicale.

Medicamentele sunt administrate conform tehnicilor specifice de administrare (pe cale orală, rectală, etc.), cu respectarea orelor de tratament.

De asemenea, legat de administrarea medicamentelor se va ține cont și de prescripțiile medicale referitoare la alimentație, odihnă, tip de mobilizare, etc.

Depozitarea și păstrarea medicamentelor se efectuează potrivit indicațiilor medicale și instrucțiunilor de pe ambalaj sau prospect. Respectați cu strictețe aceste indicații (temperatura de păstrare a medicamentul, lumina, grad de umiditate, etc.) deoarece nerespectarea lor poate duce la deteriorarea substanțelor din medicament, cu efecte nedorite asupra sănătății bolnavul/ persoana asistată.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Dacă batranul/ persoana asistată urmează un tratament care necesită prezența un cadru medical (de exemplu: injecții), îngrijitorul va ajuta personalul medical la solicitarea acest a. Acest ajutor poate consta în: imobilizarea persoanei asistate la efectuarea tratamentelor dureroase; menținerea persoanei asistate în anumite poziții, etc.

Înainte și după administrarea tratamentului, îngrijitorul se va spala pe mâini.

După administrare, se supraveghează batranul/ persoana asistată pentru a urmări efectele medicamentelor.

**Medicamentele** sunt substanțe – de origine animală, vegetală sau sintetizată chimic – transformate prin operații farmaceutice într-o formă de administrare (comprimat, draje, etc.).

#### Scopul utilizării:

- ~ Prevenirea bolilor.
- ~ Ameliorarea bolilor.
- ~ Vindecarea bolilor.

Medicamentele sunt administrate în anumite doze (cantitate de substanță activă), numite doze terapeutice.

**Doza terapeutică** = cantitatea utilizată pentru obținerea efectului terapeutic dorit.

Depășirea acestei doze poate provoca diferite tulburări ale organismului, poate avea consecințe grave, provocând chiar moartea (doză letală).

În funcție de doza administrată, același produs poate acționa ca **aliment, medicament sau otrăvă**, diferențiind:

1. **Doza terapeutică:** doza administrată cu scop terapeutic, fără efect toxic. Variaza de la doza minimă cu efect terapeutic la doza maximă cu efect terapeutic.
2. **Doza maximă:** doza administrată în cantitatea cea mai mare fără acțiune toxică asupra organismului.
3. **Doza toxică:** doza administrată care provoacă fenomene toxice grave pentru organism.
4. **Doza letală:** doza care conduce la decesul batranului/ persoana asistată.

#### Reguli de administrare a medicamentelor.

Deoarece administrarea medicamentelor este o muncă de mare răspundere, efectuată doar la îndrumarea medicului, pentru evitarea erorilor care pot fi fatale, se vor respecta cu strictețe următoarele reguli:

1. Respectarea medicamentului prescris. Acesta nu se va înlocui cu un alt medicament cu efect asemănător fără aprobarea medicului;
2. Identificarea medicamentului administrat, prin verificarea etichetei înainte de administrare, precum și a medicamentului însuși;
3. Verificarea calității medicamentelor: să nu fie alterate, degradate. Medicamentele își schimbă culoarea sau aspectul (decolorare, tulburare, precipitare, sedimentare, la medicamentele lichide, lichefierea sau schimbarea consistenței la cele solide);
4. Respectarea căii de administrare este obligatorie. Nerespectarea acesteia poate duce la accidente grave.
5. Respectarea orarului de administrare și a ritmului prescris de medic este obligatorie, deoarece unele substanțe se descompun sau se elimină din organism într-un anumit timp.
  - În cazul medicamentelor la care doza terapeutică este apropiată de doza maximă pe care o poate suporta organismul, dacă nu se respectă orarul, se pot transforma în otrăvă prin acumularea dozelor.
  - De asemenea, nerespectarea orarului, prin distanțarea dozelor, la medicamentele care se elimină rapid din organism, duce la anularea efectului terapeutic, iar în cazul antibioticilor sau chimioterapicilor se produce rezistența germenilor la tratament.
6. Trebuie să se respecte și prescripțiile cu privire la administrarea anumitor medicamente înainte de masă (ex. pansamente gastrice), în timpul alimentării (ex. fermenți digestivi) sau după mese (ex. cele împotriva vărsăturilor).
7. Respectarea dozei prescrise.
8. Respectarea somnului fiziologic al asistatului: orarul de administrare al medicamentelor va fi stabilit astfel încât să nu fie necesară trezirea asistatului, cu excepția antibioticilor și a chimioterapicilor al căror ritm impune trezirea (se va face cu multă blândețe).



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIONUL SUD-ESTULUI - I.P.O.R.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

9. Evitarea incompatibilității dintre medicamente, deoarece unele medicamente pot deveni ineficiente sau chiar dăunătoare dacă sunt asociate cu alte medicamente. De aceea se impune consultarea medicului la asistați cu tratamente pentru multiple boli.

10. Servirea asistatului cu doza unică de medicament, care va fi administrat personal de către îngrijitor sau va fi luat în prezența sa.

11. Respectarea succesiunii în administrarea medicamentelor, constă în a păstra următoarea ordine de administrare: pe cale orală – solide, lichide (soluții, picături), apoi injecții, după care se administrează ovule vaginale, supozitoare: tablete, capsule, soluții, picături, injecții, ovule vaginale, supozitoare.

12. Informarea batranului/ persoana asistată asupra medicamentelor prescrise în ceea ce privește cantitatea, modul de administrare, efectul urmărit și efectele secundare.

13. Anunțarea imediată a greșelilor de administrare (schimbarea medicamentului, nerespectarea dozei, a căii de administrare sau a orarului) va fi adusă la cunoștința familiei și a medicului, pentru a preveni apariția unor complicații.

14. Orice manifestare de intoleranță va fi adusă la cunoștința medicului.

Sunt și situații în care este nevoie de **medicamente eliberate fără rețetă medicală** (situația în care persoana aflată în îngrijire prezintă diaree, este constipată, prezintă cefalee - durere de cap- sau dureri de altă natură sau are nevoie de un pansament gastric).

Medicamentul eliberat fără rețetă este acel tip de medicament pentru care nu este nevoie de prescripția medicului pentru a fi eliberat de farmacie. Dar aceste medicamente fără rețetă nu sunt neapărat fără riscuri sau efecte adverse pentru sănătatea batranului/ persoana asistată. Aceste medicamente pot interacționa cu alte medicamente deja aflate în organism și pot provoca probleme grave. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului înainte de folosire. Medicul trebuie consultat în special dacă împreună cu medicamentele fără prescripție se administrează și alte medicamente care ar putea interacționa cu acestea.

Cele mai frecvente medicamente pentru care nu este nevoie de rețetă sunt: antiacidele (împotriva acidității gastrice), laxativele (împotriva constipației), anti-diareicele, remediile împotriva răcelii și alergiilor, anti-algicele (calmarea durerii).

## 2. TEHNICI DE ADMINISTRARE A MEDICAMENTELOR

Personalul de îngrijire la domiciliu poate administra medicamentele bolnavului, pe cale orală, pe cale percutană, rectală și pe suprafața tegumentelor.

### A) ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ (BUCALĂ)

Administrarea orală este calea naturală de administrare a medicamentelor. Pe cale orală se administrează medicamentele care se absorb la nivelul mucoasei bucale, la nivelul intestinului subțire sau la nivelul intestinului gros.

Medicamentele administrate pe cale bucală pot fi: solide (tablete, drajeuri, capsule, pulberi, granule) și lichide (soluții, siropuri, tincturi, eiuri, emulsii).

Medicamentul nu se manevrează cu mâna după ce a fost scos din cutie.

După administrarea unui medicament în formă solidă asistatul bea apă, ceai, limonadă, lapte, etc.

Ceaiurile medicinale se prepară cu puțin timp înainte de administrare, se utilizează proaspete deoarece substanțele active se volatilizează.

Gustul neplăcut al medicamentelor poate fi mascat prin diluare cu apă, ceai, sirop – în cazul celor amare;

### B) ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RECTALĂ

Introducerea medicamentelor pe cale rectală se efectuează când medicamentul are o acțiune iritantă asupra mucoasei stomacale sau asistatul prezintă tulburări de deglutiție sau intoleranță digestivă (greață, vărsături) etc.

Medicamentele pot fi administrate sub formă de clisme medicamentoase sau sub formă de supozitoare.

În cazul **supozitoarelor**, substanța activă din medicament este cuprinsă într-o masă solidă (unt de cacao) care se topește la temperatura corpului. Ele au formă conică sau ovală, cu o extremitate mai ascuțită.

## Efectuarea procedurii

1. Pregătirea materialelor necesare.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POZ DRZ  
REGIUNEA SUD-ESTULI - I.P.O.V.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Se pregătesc materialele necesare (mănuși de cauciuc, supozitoare) și se transportă lângă asistat.

2. Pregătire fizică și psihică a asistatului .

Se anunță asistatului și i se explică necesitatea și simplitatea tehnicii.

Se așează asistatului în poziție întins pe o parte, cu picioarele ușor îndoite, se descoperă zona

fesiera.

3. Efectuarea tehnicii.

Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun!

Se îmbracă mănușile de cauciuc.

Se despachetează supozitorul din ambalaj, menținându-l puțin în atmosfera caldă.

Se depărtează fesele asistatului cu mâna stângă și se descoperă orificiul anal.

Cu mâna dreaptă se introduce supozitorul (cu partea sa ascuțită înainte) în anus și se împinge în sus cu indexul sau inelarul, până când extremitatea sa trece de sfincterul intern al anusului .

Dacă asistatului are senzația necesității de defecare după introducerea supozitorului , trebuie să i se explice că acesta se va topi în câteva minute și va dispărea și senzația de defecare.

Se îmbracă batranul/ persoana asistată .

Se scot mănușile și îngrijitorul se va spăla pe mâini cu apă curentă și săpun.

Se supraveghează batranul/ persoana asistată .

Supozitoarele nu vor fi încălzite prea tare deoarece se topesc și nu mai pot fi introduse în rect.

### C) ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE SUPRAFAȚA TEGUMENTELOR (PIELII)

Unele medicamente pătrund în organism și prin piele, acestea având un efect local sau general. Pe această cale se administrează medicamentele sub formă de:

unguente (ex. tratamentul reumatismului articular acut) prin:

**fricționare**

**aplicare ușoară locală**

lichide, prin **badijonare sau comprese medicamentoase**

pudre, prin **pudraj**

plasturi, prin aplicarea acestora pe pielea batranului/ persoana asistată

**Fricționarea** este aplicarea (locală sau pe tot corpul) a unui unguent printr-un masaj ușor la nivelul pielii.

**Aplicarea unguentelor și pastelor** se face cu ajutorul spatulelor, pe suprafața tegumentelor într-un strat subțire.

**Badijonarea** - constă în întinderea unei soluții medicamentoase cu ajutorul unui tampon montat pe port-tampon (ex: tinctură de iod, violet de gențiană, albastru de metil).

**Compresa medicamentoasă** - constă în îmbibarea soluției medicamentoase într-un strat textil mai gros, care apoi se aplică pe tegumentul bolnav.

**Pudrajul** - reprezintă presărarea medicamentelor sub formă de pudră pe piele cu ajutorul tampoanelor sau cutiilor cu capac perforat.

**Important!**

**Îngrijitorul trebuie să folosească mănuși de cauciuc pentru a preveni pătrunderea medicamentelor în propriul organism.**

#### REALIZAREA PROCEDURII

##### 1. PREGĂTIREA MATERIALELOR

Se pregătesc materialele în funcție de tipul medicamentului utilizat:

mușama și aleză;

tăviță pentru medicamente și instrumente

pensă (port-tampon), spatulă, comprese, tampoane, mănuși; pensă (port-tampon) tampoane comprese spatule

pudrieră cu capac perforat; unguente, soluții etc.

tavă renală și prosoape de baie.

##### 2. PREGĂTIREA BATRANUL/ PERSOANA ASISTATA :



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

**a)PSIHICĂ:**

- se informează asupra efectul medicamentul ;
- se explică metodă de tratament:
- badijonare;
- pudraj;
- comprese medicinale;
- ungere.
- se informează asupra eventualelor alergii;
- se informează asupra senzațiilor pe care le poate simți.

**b)FIZICĂ:**

- se asigură intimitatea batranul/ persoana asistata ;
- se asigură o poziție adecvată în funcție de zona pe care urmează să se aplice medicamentul;
- batranul/ persoana asistata este rugat să se relaxeze.

**3.EFECTUAREA TEHNICII**

**a) Aplicarea unguentelor prin fricționare**

- Îngrijitorul se spală pe mâini cu apă și săpun.
- Se spală suprafața tegumentul batranul/ persoana asistata cu apă caldă, apoi se usucă bine.
- Se folosesc mănușile sterile de cauciuc.
- Se aplică medicamentul pe piele.
- Se masează cu vârful degetelor sau cu toată suprafața palmei, prin mișcări circulare, efectuate sub o ușoară presiune timp de 20 – 25 de minute, pe o suprafață mică până când medicamentul dispăre în aparență, rămânând doar un slab luciu de grăsime.
- Pentru a proteja lenjeria de corp și de pat, se înfașă suprafața tratată cu unguent iar dacă medicamentul s-a aplicat pe toată suprafața corpul bolnavul va fi înfășat complet într-un cearșaf, până la absorbția medicamentului .
- Se scot mănușile și îngrijitorul se va spăla pe mâini cu apă curentă și săpun.
- Se supraveghează batranul/ persoana asistata .

**Atenție :**

- Unguentul sau eiul care se aplică pe piele nu treb e să ajungă în ochii bolnavul sau ai îngrijitorul (pot conține diferite substanțe iritante).
- Cantitatea medicamentul introdus, suprafața aleasă pentru tratament, întinderea acesteia, durata fricționarii precum și frecvența și orarul tratamentul vor fi stabilite de către medic.

**b) Aplicarea locală a unguentelor și alifiilor**

- Unguentele și pastele se aplică cu ajutorul spatulelor, pe suprafața tegumentelor într-un strat subțire.
- Se scoate medicamentul din tub prin apăsare sau din cutie cu ajutorul spatulei;
  - Se întinde cu blândețe un strat subțire cu mâna îmbracată în mănușă sau cu spatula;
  - Se protejează pielea cu un pansament dacă este necesar, astfel încât medicamentul să nu fie îndepărtat;
  - Se curăță suprafața pielii între 2 aplicări cu excepția situațiilor în care medicul recomanda altfel.

Se evită păstrarea unguentelor la temperaturi ridicate!

**c) Aplicarea lichidelor prin badijonare**

- Se îmbibă tampoanele prin turnarea soluției și nu prin introducerea lor în soluții.
- Se întinde soluția medicamentoasă pe tegumente cu ajutorul un tampon.
- Se lasă pielea să se usuce .
- Se protejează cu un pansament dacă soluția este colorată.
- Se curăță suprafața pielii între 2 aplicări cu excepția situațiilor în care medical recomandă altfel.
- Se evită folosirea acel ași tampon pentru badijonarea mai multor regiuni bolnave.

**d) Aplicarea plasturilor**





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Se utilizează mănuși de cauciuc pentru a preveni absorbția medicamentului de propriile tegumente.
- Se aplică plasturi pe zona corpului indicată de medic.
- Se alternează locurile la fiecare doză medicamentoasă.

#### 4. ÎNGRIJIREA BATRANUL/ PERSOANA ASISTATA DUPĂ TEHNICĂ

- Se așează batranul/ persoana asistată într-o poziție comodă.
- Se acoperă regiunea cu comprese mari de tifon.
- Se urmărește efectul local.
- Sesizarea unor efecte secundare apărute (prurit, reacții alergice).
- Schimbarea periodică a compreselor medicamentoase.
- Se notează în foaia de îngrijire a batranul/ persoana asistată următoarele:
  - Data și ora administrării
  - denumirea medicamentului
  - modul de administrare
  - numele celui care a efectuat tehnica - dacă sunt mai mulți îngrijitori pentru batranul/ persoana

asistată respectiv;

- orice observație legată de starea batranul/ persoana asistată, aspectul local al tegumentelor;
- reacția batranul/ persoana asistată la procedură.

#### 5. REORGANIZAREA LOCUL DE MUNCĂ :

Medicamentele se depozitează la locul de păstrare, în condițiile precizate de instrucțiunile de păstrare.

- Se îndepărtează compresele, tampoanele folosite.
- Se spală pe mâini cu apă și săpun.

#### D) ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RESPIRATORIE

##### Metode de administrare a medicamentelor pe cale respiratorie (prin inhalare)

- aerosoli
- inhalăție cu aburi

Există mai multe tipuri de dispozitive pentru administrarea medicamentelor prin inhalare precum spray-urile, inhalerile, nebulizatoarele, inhalator cu aburi.

##### ADMINISTRAREA DE AEROSOLI

**1. Spray-urile sau inhalerile** conțin dispersii fine ale substanțelor terapeutice care sunt introduse în flacoane speciale sub presiune. Aceste flacoane care permit eliberarea unei cantități determinate (doza) la acționarea declanșatorului. Particulele expulzate din dispozitivul generator sunt inhalate, tranzitează căile arborele bronșic și se fixează la nivelul epiteliului bronho-alveolar de unde sunt absorbite.

##### Cum folosim inhalerile (spray-uri, "puf"-uri):

- se agită flaconul și se detasează capacul protector;
- se expiră complet și se apleacă capul puțin spre spate;
- se fixează flaconul la nivelul gurii, cu buzele strâns lipite în jurul piesei bucale a inhalatorului; flaconul trebuie poziționat vertical (răsturnat, dacă instrucțiunile din prospect indică astfel);
- se apasă dispozitivul în timp ce se inspiră profund;
- se menține flaconul la nivelul gurii 10-15 sec., timp în care se stopează respirația;
- se îndepărtează flaconul și se respiră ușor;
- dacă sunt prescrise mai multe doze se așteaptă 30-60 sec. până la următorul "puf";
- la final, se clătește gura cu apă.
- se clătește piesa introdusă în gură, se usucă, se pune capacul.

**2. Nebulizatorul** este un aparat cu aerosoli care generează aerosoli pentru îmbunătățirea respirației, folosit în terapiile respiratorii.

Nebulizarea constă în transformarea unui medicament lichid într-o burniță fină, constituită din microparticule care urmează să fie inhalate.

În general, microparticulele vor fi administrate printr-o mască, însă este posibil să se utilizeze și un capăt bucal sau nazal (de exemplu pentru tratarea sinuzitei).

##### Prepararea soluției pentru nebulizator



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Prepararea soluției pentru nebulizator se va face într-un loc curat, fără praf, fum de țigară sau vapori de mâncare și obligatoriu după ce te-ai spălat pe mâini.
- Nu pregăti niciodată soluția cu mult timp înainte ci chiar atunci când ești gata să o folosești;
- Folosește medicamentele pentru soluție în cantitățile și concentrațiile prescrise de medic.

#### **Tratamentul prin nebulizator**

- Aparatul trebuie amplasat în poziție orizontală;
- Se introduce lichidul în cuva de nebulizare, după care se închide nebulizatorul;
- Masca se poziționează ușor în fața nasului și a gurii, capătul bucal va fi introdus în gură, respectiv capătul nazal – în nări;
- batranul/ persoana asistată va respira pe gură sau pe nas dacă se folosește capăt nazal.
- După fiecare inspirație, batranul/ persoana asistată își va ține respirația timp de cinci secunde pentru a asigura o mai bună acțiune a medicamentului;
- Batranul/ persoana asistată își va clăti gura cu apă fără a înghiți și își va clăti porțiunea de piele care a fost sub mască;
- Dacă în timpul nebulizării, produsul provoacă tuse sau spasme ale bronhiilor care îl împiedică pe persoana asistată/ingrijită să respire corect, oprește ședința cu aerosoli și contactează medicul.

Curățarea și dezinfectarea pieselor nebulizatorului sunt obligatorii după fiecare folosire pentru a se îndepărta pericolul contaminării microbiene a acestora.

#### **INHALAȚIA CU ABURI**

Reprezintă introducerea substanțelor medicamentoase în căile respiratorii, antrenate de vapori de apă (esențe aromatice, antiseptice, săruri, etc.)

Se poate folosi un dispozitiv special sau o oală cu apă fierbinte.

#### **Pregătirea inhalației :**

Materiale

- inhalator, prosop, vaselina, cort, apă clocotindă
- substanță medicamentoasă: esențe aromatice, substanțe antiseptice

Pregătirea batranului/ persoanei asistate

- pregătirea psihică
- este informat cu privire la scopul administrării medicamentelor
- i se explică modul în care va respira: inspirație pe gură, expirație pe nas
- pregătire fizică
- se așează în poziție șezând
- învătă unde să-și sufle nasul
- se așează un prosop în jurul gâtului
- se unge buzele și tegumentele peri-bucale cu vaselină

#### **Efectuarea inhalației:**

Îngrijitorul

- își spală mâinile
- închide ferestrele camerei
- introduce în vasul inhalatorului cu apă clocotită cantitatea de inhalant conform prescripțiilor medicale
- așează batranul/ persoana asistată pregătit în fața pâlniei inhalatorului, îl acoperă cu cortul sau

pelierina

- menține distanța de 30-80 cm față de pâlnie
- invită batranul/ persoana asistată să inspire pe gură, să expire pe nas
- supraveghează batranul/ persoana asistată
- durata unei ședințe: 5-20 de minute

Îngrijirea terioara a batranului/ persoanei asistate :

- se șterge fața batranului/ persoanei asistate cu un prosop moale
- este ferit de curenții de aer rece
- rămâne în încăperea 15-30 de minute

#### **Reorganizarea locului de muncă**



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- materialele se strâng și se spală
- inhalatorul se dezinfectează.

De evitat: inhalarea primilor vapori deoarece aceștia pot antrena picături de apă fierbinte.

## E) APLICAREA MEDICAMENTELOR PE SUPRAFAȚA MUCOASELOR

Medicamentele aplicate pe suprafața mucoaselor sub formă de soluții, unguente, pulberi, au scopul de a dezinfecta și decongestiona mucoasele. Se aplică diferit în funcție de mucoasa care se tratează.

### Aplicarea medicamentelor pe mucoasa conjunctivală (în ochi)

#### 1. Instilația = picurarea unor soluții pe mucoasa conjunctivală

Pregătirea materialelor: Se pregătesc pe o tava următoarele materiale: pipetă, tampon de vată steril, soluție medicamentoasă, recipient pentru materialele utilizate.

Efectuarea tehnicii

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun!
- Se așază asistatul culcat pe spate sau pe un scaun cu capul aplecat pe spate și sprijinit.
- Se apasă ușor pe pleoapa inferioară cu degetul mare al mâinii stângi.
- Se invită asistatul să privească în sus.
- Cu partea laterală a mâinii stângi sprijinită de fruntea asistatului, se va trage în același timp de pleoapa superioară cu arătătorul și de pleoapa inferioară cu degetul mare. Din pipeta ținută în mâna dreaptă se lasă să cadă 1-2 picături de soluție medicamentoasă, în fundul de sac conjunctival inferior, înspre unghiul extern.

- Se solicită asistatului să miște globul ocular.
- Se pune și a doua picătură în același fel și se va continua, dacă e necesar, cu celălalt ochi.
- Se șterge picătura de medicament sau lacrima care se scurge cu un tampon și se aruncă în recipientul folosit pentru acest scop.

#### Atentie!

Nu se vor șterge ambii ochi cu același tampon. Fiecare ochi se va șterge cu un tampon care se va arunca.

**2. Unguentele** se aplică în fundul de sac conjunctival sau direct pe marginea pleoapelor, din tub sau cu ajutorul unor baghete de sticlă rotunjită fin pe toate laturile și lățită sub formă de lopată la una din extremități.

Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă și săpun!
- Așezarea asistatului în poziție șezândă, cu capul aplecat spre spate.
- Se invită asistatul să privească în sus.
- Se trage în jos și în afară pleoapa inferioară, cu degetul mare al mâinii stângi, folosind un tampon.
- Se aplică unguentul încărcat pe extremitatea lățită a baghetei (cât un bob de grâu) pe fața internă a pleoapei sau se presează din tub.
- Se dă drumul pleoapei și se solicită asistatului să închidă și să deschidă ochiul pentru a antrena unguentul pe toată suprafața globului ocular.
- Se șterge cu tamponul unguentul în plus.

**3. Pulberile** se introduc în sacul conjunctival cu ajutorul unor tampoane de vată montate pe baghete de sticlă.

Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun!
- Așezarea asistatului în poziție șezândă, cu capul aplecat spre spate.
- Se încarcă fin tamponul cu pudră.
- Se trage în jos pleoapa inferioară cu policele mâinii stângi.
- Se presară pudra prin ușoare lovituri exercitate asupra baghetei, pe suprafața sacului conjunctival inferior.
- Se solicită asistatului să închidă ochii, antrenând astfel și pudra pe toată suprafața sacilor conjunctivali.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

## Aplicarea medicamentelor pe mucoasa nazală

### 1. Instilația = picurarea unor soluții medicamentoase pe mucoasa nazală.

#### Efectuarea tehnicii:

- Se invită asistatul să-și sufle nasul.
- Se așează asistatul întins pe spate, fără pernă, sau în poziție șezândă cu capul aplecat spre spate și puțin lateral de partea opusă nării în care se face instilația.
- Se introduce vârful pipetei în vestibulul fosei nazale fără a atinge pereții ei.
- Se lasă să cadă numărul de picături prescrise.
- Se repetă operația și în nara opusă, aplecând capul de partea cealaltă.
- Se anunță asistatul să rămână în aceeași poziție 30-40 secunde pentru ca soluția să ajungă în faringe.

Medicamentul lichid nu trebuie să fie aspirat pentru că ar putea ajunge în laringe unde ar putea provoca tuse și spasme laringiene.

### 2. Unguentele se aplică cu ajutorul unor tamponane montate pe porttamponane.

#### Efectuarea tehnicii:

- Se invită asistatul să-și sufle nasul.
- Se așează asistatul întins pe spate.
- Se încarcă tamponul cu o cantitate de unguent de mărimea unui bob de grâu.
- Se ridică ușor vârful nasului cu degetul mare al mâinii stângi, pentru a evidenția mai bine orificiul extern al fosei nazale.
- Se depune unguentul pe suprafața internă a vestibulului nazal.
- Se scoate tamponul, se închide nara, se apleacă capul asistatului ușor înainte și se solicită să aspire medicamentul, în mod treptat, pentru a nu îl înghiți.
- Se repetă procedeul și de partea opusă.

## Aplicarea medicamentelor în conductul auditiv extern

### 1. Instilația = picurarea unor soluții medicamentoase în conductul auditiv extern.

#### Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun.
- Se așează asistatul întins pe o parte, sau în poziție șezândă cu capul și trunchiul aplecate lateral de partea opusă urechii în care se face instilația.
- Se curăță conductul cu un tampon de vată pe o baghetă.
- Se încălzește soluția medicamentoasă, în baie de apă, până la 37°C.
- Se trage ușor pavilionul urechii în sus și înapoi, cu mâna stângă.
- Se lasă să cadă numărul de picături prescrise.
- Se menține asistatul în aceeași poziție câteva minute.
- Se introduce în ureche un tampon de vată în mod lejer.
- Se procedează la fel și cu urechea opusă.

### 2. Unguentele se aplică cu ajutorul unor tamponane înfășurate pe porttamponane.

#### Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun.
- Se așează asistatul întins pe o parte, sau în poziție șezândă cu capul și trunchiul aplecate lateral de partea opusă urechii în care se face instilația.
- Se curăță conductul cu un tampon de vată pe o baghetă (betisoare pentru urechi).
- Se încarcă tamponul curat cu o cantitate de unguent de mărimea unui bob de grâu.
- Se introduce tamponul cu foarte mare precauție în conductul auditiv extern.
- Se depune unguentul în porțiunea bolnavă a conductului sau se întinde pe toată suprafața I.
- Se introduce un mic tampon steril în pavilion după terminarea tehnicii.
- A nu se pătrunde în ureche peste limita vizibilității pentru a nu leza membrana timpanului.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Se utilizează tampoane separate, pentru fiecare ureche, folosindu-se numai o singură dată

## **F) ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE PARENTERALA (INJECTII, PERFUZII)**

Sunt și situații în care medicamentele trebuie administrate parenteral (injecții sau perfuzii) la domiciliul persoanei asistate.

Administrarea acestor medicamente se va face de către asistenta medicală ajutată de personalul de îngrijire.

Îngrijitorul ajută asistenta medicală la poziționarea în pat a bolnavului, pentru efectuarea tehnicii de administrare parenterală a medicamentului.

La sfârșitul tehnicii de administrare parenterală a medicamentului, personalul de îngrijire realizează următoarele activități:

- re pozi ționează bolnavul în pat;
- schimbă lenjeria de pat sau de corp dacă acestea s-au patat de sânge sau alte fluide biologice;
- ajută asistenta medicală la reorganizarea locului de muncă (aruncă seringile folosite, acele, perfuzoarele, tampoanele de vată, fiolele sparte în recipientele speciale pentru colectarea acestora – recipiente de plastic și saci de culoare galbenă).

### **Observatii:**

Personalul de îngrijire va urmări cu atenție bolnavii aflați sub tratament medicamentos, mai ales în cazul în care se administrează medicație psihotropă sau pentru bolile cardiovasculare, medicație pentru diabet zaharat (antidiabetice orale sau insulină), antibiotice, antiastmaticele, etc.

Medicamentele cu risc crescut sunt: barbituricele (sedative, hipnotice), neurolepticele (efect sedativ asupra sistemului nervos), antihipertensivele (scad TA), digoxinul (pt. insuficiență cardiacă, tulburări de ritm), furosemidul, anticoagulantele, glucocorticoizii. 39

## **CAPITOLUL III ACORDAREA PRIMUL AJUTOR**

În practicarea ocupației de îngrijiri la domiciliu, vă puteți afla în situația de a acorda primul ajutor persoanei pe care o îngrijiți, în cazul unor accidente care îi pot pune viața în pericol.

După anunțarea urgenței la 112 și efectuarea manevrelor de prim ajutor, îngrijitorul va anunța familia bolnavului/ persoana asistată și medicul în îngrijirea căruia se află acesta.

### **Proceduri de intervenție în caz de accident- regulile generale, tehnici și manevre de acordare a primului ajutor.**

Pentru salvarea accidentatului, indiferent de cauze și gravitate, se va acționa cu rapiditate respectându-se **principiile primului ajutor** :

1. scoaterea victimei de la locul accidentului și așezarea ei în condiții favorabile acordării primului ajutor;
2. examinarea rapidă și sumară a victimei pentru aprecierea gravității accidentului ;
3. informare scurtă asupra cauzelor accidentului ;
4. întreruperea cauzei care a produs accidentul;
5. efectuarea la nevoie a primelor îngrijiri (masaj cardiac extern și respirație artificială, hemostază provizorie, toaleta și pansarea plăgilor, imobilizarea provizorie a fracturilor);
6. îndepărtarea curioșilor și crearea unui baraj de securitate în jurul accidentatului ;
7. efectuarea mișcărilor cu blândețe – mișcărilor intempestive pot agrava leziunile produse de accident;
8. anunțarea accidentului ;
9. transportarea accidentatului la spital;
10. însoțirea victimei până la unitatea care-l va îngriji în continuare.

### **Măsuri de prim ajutor în caz de:**





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!

- hemoragii
- asfixiere
- fractură, luxație, entorsă, loviri
- leșin
- otrăviri
- insolatie
- stop cardio-respirator
- convulsii

### 1. Hemoragii

**Hemoragia** = pierderea de sânge în afara sistemului vascular.

### 5. REORGANIZAREA LOCUL DE MUNCĂ :

- Medicamentele se depozitează la locul de păstrare, în condițiile precizate de instrucțiunile de păstrare.
- Se îndepărtează compresele, tampoanele folosite.
- Se spală pe mâini cu apă și săpun.

### D) ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RESPIRATORIE

#### Metode de administrare a medicamentelor pe cale respiratorie (prin inhalare)

- aerosoli
- inhalajie cu aburi

Există mai multe tipuri de dispozitive pentru administrarea medicamentelor prin inhalare precum spray-urile, inhalerile, nebulizatoarele, inhalator cu aburi.

#### ADMINISTRAREA DE AEROSOLI

**1. Spray-urile sau inhalerile** conțin dispersii fine ale substanțelor terapeutice care sunt introduse în flacoane speciale sub presiune. Aceste flacoane care permit eliberarea unei cantități determinate (doza) la acționarea declanșatorului. Particulele expulzate din dispozitivul generator sunt inhalate, tranzitează căile arboreale bronșice și se fixează la nivelul epiteliului bronho-alveolar de unde sunt absorbite.

#### Cum folosim inhalerile (spray-uri, "puf"-uri):

- se agită flaconul și se detasează capacul protector;
- se expiră complet și se apleacă capul puțin spre spate;
- se fixează flaconul la nivelul gurii, cu buzele strâns lipite în jurul piesei bucale a inhalatorului ; flaconul trebuie poziționat vertical (răsturnat, dacă instrucțiunile din prospect indică astfel);
- se apasă dispozitivul în timp ce se inspiră profund;
- se menține flaconul la nivelul gurii 10-15 sec., timp în care se stopează respirația;
- se îndepărtează flaconul și se respiră ușor;
- dacă sunt prescrise mai multe doze se așteaptă 30-60 sec. până la următorul "puf";
- la final, se clătește gura cu apă.
- se clătește piesa introdusă în gură, se usucă, se pune capacul.

**2. Nebulizatorul** este un **aparat cu aerosoli** care generează aerosoli pentru îmbunătățirea respirației, folosit în terapiile respiratorii.

Nebulizarea constă în transformarea unui medicament lichid într-o burniță fină, constituită din microparticule care urmează să fie inhalate.

În general, microparticulele vor fi administrate printr-o mască, însă este posibil să se utilizeze și un capăt bucal sau nazal (de exemplu pentru tratarea sinuzitei).

#### Prepararea soluției pentru nebulizator

- Prepararea soluției pentru nebulizator se va face într-un loc curat, fără praf, fum de țigară sau vapori de mâncare și obligatoriu după ce te-ai spălat pe mâini.
- Nu pregăti niciodată soluția cu mult timp înainte ci chiar atunci când ești gata să o folosești;
- Folosește medicamentele pentru soluție în cantitățile și concentrațiile prescrise de medic.

#### Tratamentul prin nebulizator

- Aparatul trebuie amplasat în poziție orizontală;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIER  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIONUL SUD-ESTULUI I.P.O.V.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Se introduce lichidul în cuva de nebulizare, după care se închide nebulizatorul;
- Masca se poziționează ușor în fața nasului și a gurii, capătul bucal va fi introdus în gură, respectiv capătul nazal – în nări;
- batranul/ persoana asistată va respira pe gură sau pe nas dacă se folosește capăt nazal.

- După fiecare inspirație, batranul/ persoana asistată își va ține respirația timp de cinci secunde pentru a asigura o mai bună acțiune a medicamentului ;
  - Batranul/ persoana asistată își va clăti gura cu apă fără a înghiți și își va clăti porțiunea de piele care a fost sub mască;
  - Dacă în timpul nebulizării, produsul provoacă tuse sau spasme ale bronhiilor care îl împiedică pe persoana asistată/ingrijită să respire corect, oprește ședința cu aerosoli și contactează medicul.
- Curățarea și dezinfectarea pieselor nebulizatorului sunt obligatorii după fiecare folosire pentru a se îndepărta pericolul contaminării microbiene a acestora.

### INHALAȚIA CU ABURI

Reprezintă introducerea substanțelor medicamentoase în căile respiratorii, antrenate de vapori de apă (esențe aromatice, antiseptice, săruri, etc.)

Se poate folosi un dispozitiv special sau o oală cu apă fierbinte.

#### Pregătirea inhalației :

Materiale

- inhalator, prosop, vaselina, cort, apă clocotindă
- substanță medicamentoasă: esențe aromatice, substanțe antiseptice

Pregătirea batranului/ persoanei asistate

- pregătirea psihică
- este informat cu privire la scopul administrării medicamentelor
- i se explică modul în care va respira: inspirație pe gură, expirație pe nas
- pregătire fizică
- se așează în poziție șezând
- învață unde să-și sufle nasul
- se așează un prosop în jurul gâtului
- se ung buzele și tegumentele peri-bucale cu vaselină

#### Efectuarea inhalației:

Îngrijitorul

- își spală mâinile
- închide ferestrele camerei
- introduce în vasul inhalatorului cu apă clocotită cantitatea de inhalant conform prescripțiilor medicale
- așează batranul/ persoana asistată pregătit în fața pâlniei inhalatorului, îl acoperă cu cortul sau pelerina

- menține distanța de 30-80 cm față de pâlnie
- invită batranul/ persoana asistată să inspire pe gură, să expire pe nas
- supraveghează batranul/ persoana asistată
- durata unei ședințe: 5-20 de minute

Îngrijirea terioara a batranului/ persoanei asistate :

- se șterge fața batranului/ persoanei asistate cu un prosop moale
- este ferit de curenții de aer rece
- rămâne în încăperea 15-30 de minute

Reorganizarea locului de muncă

- materialele se strâng și se spală
- inhalatorul se dezinfectează.

De evitat: inhalarea primilor vapori deoarece aceștia pot antrena picături de apă fierbinte.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

## E) APLICAREA MEDICAMENTELOR PE SUPRAFAȚA MUCOASELOR

Medicamentele aplicate pe suprafața mucoaselor sub formă de soluții, unguente, pulberi, au scopul de a dezinfecta și decongestiona mucoasele. Se aplică diferit în funcție de mucoasa care se tratează.

### Aplicarea medicamentelor pe mucoasa conjunctivală (în ochi)

**1. Instilația** = picurarea unor soluții pe mucoasa conjunctivală  
 Pregătirea materialelor:

Se pregătesc pe o tava următoarele materiale: pipetă, tampon de vată steril, soluție medicamentoasă, recipient pentru materialele utilizate.

Efectuarea tehnicii

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun!
- Se așază asistatul culcat pe spate sau pe un scaun cu capul aplecat pe spate și sprijinit.
- Se apasă ușor pe pleoapa inferioară cu degetul mare al mâinii stângi.
- Se invită asistatul să privească în sus.
- Cu partea laterală a mâinii stângi sprijinită de fruntea asistatului, se va trage în același timp de pleoapa superioară cu arătătorul și de pleoapa inferioară cu degetul mare. Din pipeta ținută în mâna dreaptă se lasă să cadă 1-2 picături de soluție medicamentoasă, în fundul de sac conjunctival inferior, înspre unghiul extern.

- Se solicită asistatul să miște globul ocular.
- Se pune și a doua picătură în același fel și se va continua, dacă e necesar, cu celălalt ochi.
- Se șterge picătura de medicament sau lacrima care se scurge cu un tampon și se aruncă în recipientul folosit pentru acest scop.

### Atentie!

Nu se vor șterge ambii ochi cu același tampon. Fiecare ochi se va șterge cu un tampon care se va arunca.

**2. Unguentele** se aplică în fundul de sac conjunctival sau direct pe marginea pleoapelor, din tub sau cu ajutorul unor baghete de sticlă rotunjită fin pe toate laturile și lățită sub formă de lopată la una din extremități.

Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă și săpun!
- Așezarea asistatului în poziție șezândă, cu capul aplecat spre spate.
- Se invită asistatul să privească în sus.
- Se trage în jos și în afară pleoapa inferioară, cu degetul mare al mâinii stângi, folosind un tampon.
- Se aplică unguentul încărcat pe extremitatea lățită a baghetei (cât un bob de grâu) pe fața internă a pleoapei sau se presează din tub.
- Se dă drumul pleoapei și se solicită asistatului să închidă și să deschidă ochiul pentru a antrena unguentul pe toată suprafața globului ocular.
- Se șterge cu tamponul unguentul în plus.

**3. Pulberile** se introduc în sacul conjunctival cu ajutorul unor tampoane de vată montate pe baghete de sticlă.

Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun!
- Așezarea asistatului în poziție șezândă, cu capul aplecat spre spate.
- Se încarcă fin tamponul cu pudră.
- Se trage în jos pleoapa inferioară cu policele mâinii stângi.
- Se presară pudra prin ușoare lovituri exercitate asupra baghetei, pe suprafața sacului conjunctival inferior.
- Se solicită asistatului să închidă ochii, antrenând astfel și pudra pe toată suprafața sacilor conjunctivali.

### Aplicarea medicamentelor pe mucoasa nazală



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIER  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIUNEA BUCUREȘTI-ILFOV



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

### 1. Instilația = picurarea unor soluții medicamentoase pe mucoasa nazală.

Efectuarea tehnicii:

- Se invită asistatul să-și sufle nasul.
- Se așează asistatul întins pe spate, fără pernă, sau în poziție șezândă cu capul aplecat spre spate și puțin lateral de partea opusă nării în care se face instilația.
- Se introduce vârful pipetei în vestibulul fosei nazale fără a atinge pereții ei.
- Se lasă să cadă numărul de picături prescrise.
- Se repetă operația și în nara opusă, aplecând capul de partea cealaltă.
- Se anunță asistatul să rămână în aceeași poziție 30-40 secunde pentru ca soluția să ajungă în faringe.

Medicamentul lichid nu trebuie să fie aspirat pentru că ar putea ajunge în laringe unde ar putea provoca tuse și spasme laringiene.

### 2. Unguentele se aplică cu ajutorul unor tampoane montate pe porttampoane.

Efectuarea tehnicii:

- Se invită asistatul să-și sufle nasul.
- Se așează asistatul întins pe spate.
- Se încarcă tamponul cu o cantitate de unguent de mărimea un bob de grâu.
- Se ridică ușor vârful nasul cu degetul mare al mâinii stângi, pentru a evidenția mai bine orificiul extern al fosei nazale.
- Se depune unguentul pe suprafața internă a vestibulul nazal.
- Se scoate tamponul, se închide nara, se apleacă capul asistatul ușor înainte și se solicită să aspire medicamentul, în mod treptat, pentru a nu îl înghiți.
- Se repetă procedeul și de partea opusă.

### Aplicarea medicamentelor în conductul auditiv extern

#### 1. Instilația = picurarea unor soluții medicamentoase în conductul auditiv extern.

Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun.
- Se așează asistatul întins pe o parte, sau în poziție șezândă cu capul și trunchiul aplecate lateral de partea opusă urechii în care se face instilația.
- Se curăță conductul cu un tampon de vată pe o baghetă.
- Se încălzește soluția medicamentoasă, în baie de apă, până la 37°C.
- Se trage ușor pavilionul urechii în sus și înapoi, cu mâna stângă.
- Se lasă să cadă numărul de picături prescrise.
- Se menține asistatul în aceeași poziție câteva minute.
- Se introduce în ureche un tampon de vată în mod lejer.
- Se procedează la fel și cu urechea opusă.

#### 2. Unguentele se aplică cu ajutorul unor tampoane înfășurate pe porttampoane.

Efectuarea tehnicii:

- Spălare pe mâini cu apă curentă și săpun.
- Se așează asistatul întins pe o parte, sau în poziție șezândă cu capul și trunchiul aplecate lateral de partea opusă urechii în care se face instilația.
- Se curăță conductul cu un tampon de vată pe o baghetă (betisoare pentru urechi).
- Se încarcă tamponul curat cu o cantitate de unguent de mărimea un bob de grâu.
- Se introduce tamponul cu foarte mare precauție în conductul auditiv extern.
- Se depune unguentul în porțiunea bolnavă a conductul sau se întinde pe toată suprafața l .
- Se introduce un mic tampon steril în pavilion după terminarea tehnicii.
- A nu se pătrunde în ureche peste limita vizibilității pentru a nu leza membrana timpanul .
- Se utilizează tampoane separate, pentru fiecare ureche, folosindu-se numai o singură dată



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

## F) ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE PARENTERALA (INJECTII, PERFUZII)

Sunt și situații în care medicamentele trebuie administrate parenteral (injecții sau perfuzii) la domiciliul persoanei asistate.

Administrarea acestor medicamente se va face de către asistenta medicală ajutată de personalul de îngrijire.

Îngrijitorul ajută asistenta medicală la poziționarea în pat a bolnavului, pentru efectuarea tehnicii de administrare parenterală a medicamentului.

La sfârșitul tehnicii de administrare parenterală a medicamentului, personalul de îngrijire realizează următoarele activități:

- re pozi ționează bolnavul în pat;
- schimbă lenjeria de pat sau de corp dacă acestea s-au patat de sânge sau alte fluide biologice;
- ajută asistenta medicală la reorganizarea locului de muncă (aruncă seringile folosite, acele, perfuzoarele, tampoanele de vată, fiolele sparte în recipientele speciale pentru colectarea acestora – recipiente de plastic și saci de culoare galbenă).

### Observatii:

Personalul de îngrijire va urmări cu atenție bolnavii aflați sub tratament medicamentos, mai ales în cazul în care se administrează medicație psihotropă sau pentru bolile cardiovasculare, medicație pentru diabet zaharat (antidiabetice orale sau insulină), antibiotice, antiastmatice, etc.

Medicamentele cu risc crescut sunt: barbituricele (sedative, hipnotice), neurolepticele (efect sedativ asupra sistemului nervos), antihipertensivele (scad TA), digoxinul (pt. insuficiență cardiacă, tulburări de ritm), furosemidul, anticoagulantele, glucocorticoizii.

## CAPITOLUL IV SUPRAVEGHEREA STĂRII DE SĂNĂTATE

În îngrijirea bolnavului, personalul de îngrijire este obligat să-l supravegheze pentru a culege toate datele privind starea generală și/sau evoluția bolii acestuia, comunicând medicului sau asistentei medicale, tot ce a observat la bolnav, în cursul zilei sau în cursul nopții.

Astfel, îngrijitorul va urmări zilnic cu atenție: funcțiile vitale, faciesul (expresia feței), starea psihică, atitudinea și poziția bolnavului în pat, mișcările pe care le execută, somnul, deoarece acestea pot fi semne importante în stabilirea diagnosticului, în caz de îmbolnăvire a acestuia.

### 1. EVALUAREA FUNCȚIILOR VITALE

#### Funcțiile vitale:

- Incluz: respirația, pulsul, tensiunea arterială și temperatura corpului
- Sunt frecvent utilizate ca indicatori ai stării de sănătate sau de boală.

1. **Respirația** este funcția organismului prin care se realizează aportul de O<sub>2</sub>, necesar proceselor vitale, în paralel cu eliminarea în atmosferă a CO<sub>2</sub>, rezultat al acestora.

Materiale necesare:

ceas cu secundar, foaie de temperatură, pix cu pasta albastră.

Tehnica de execuție:

- se pregătesc materialele necesare;
- nu se anunță bolnavul, pentru ca acesta poate influența ritmul respirator;
- se numără mișcările inspirației ale toracelui, prin așezarea mâinii îngrijitorului pe suprafața toracelui

timp de 1 minut;

- se notează rezultatul în foaia de îngrijire.

Consemnarea valorii obținute Ex. Rs = 20 resp/min

2. **Pulsul** este senzația de soc percepută la palparea unei artere superficiale, comprimată incomplet pe un plan osos rezistent.

**Loc de măsurare:** oricare arteră accesibilă palpării și care poate fi comprimată pe un plan osos:

Pulsul se masoară în pulsații pe minut (p/m).

Valori normale:





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- nou născut 130-140 p/m
- copil mic 100-120 p/m
- la 10 ani 90-100 p/m
- adult 60-80 p/m
- vârstnic >80-90 p/m

**Materiale necesare:** pix ceas cu secundar **Tehnica** - pregătirea psihică - se asigură repaus fizic și psihic 10-15 minute - reperarea arterei - fixarea degetelor index, medius și inelar pe traiectul arterei - se exercită o ușoară presiune cu vârful degetelor asupra peretel arterial până la - perceperea zvâcniturilor pline ale pulsul - se numără pulsațiile timp de 1 minut.

**Consemnarea** valorii obținute în fișa de îngrijiri

Ex: Puls = 68 p/m

### 3. Tensiunea arterială (TA)

Tensiunea arterială este forța cu care sângele apasă pe pereții arterelor prin care circulă.

Cele două valori ale tensiunii arteriale (TA) sunt date de contracția și relaxarea inimii (sistolă, respectiv diastolă). Valorile tensionale poartă numele de sistolică (valoarea cea mai mare) și diastolică (valoarea cea mai mică).

Valorile tensiunii arteriale sunt de obicei mai scăzute dimineața și mai ridicate spre seară, mai scăzute vara și mai ridicate iarna.

TA se masoară în milimetri coloana de mercur (mmHG).

În mod normal, tensiunea luată în picioare trebuie să fie puțin mai mare decât în poziția culcat.

TA măsurată dimineața, la sculare, înainte de a mânca (și după perioada de odihnă de peste noapte) este considerată tensiunea fundamentală.

TA se poate măsura cu tensiometru clasic (cu stetoscop) sau cu tensiometre electronice

Reguli pentru măsurarea TA

Batranul/ persoana asistată trebuie să fie în poziție șezândă sau culcat, relaxat, fără să-și încrucișeze picioarele.

Nu vă mișcați și nu vorbiți în timpul măsurătorii.

Cafeaua, efortul, fumatul trebuie evitate cel puțin cu 30 de minute înaintea examinării.

Tensiunea arterială trebuie măsurată de două ori. Primă dată când persoana este așezată sau întinsă și a doua oară după ce persoana a stat în picioare 2 minute

Măsurarea este indicată să se facă 3 zile consecutive și valorile să fie trecute într-un tabel.

Tensiunea arterială trebuie măsurată după cel puțin 5 minute de repaus, în diferite momente ale zilei.

Se poate măsura la un singur braț sau la amândouă se vor lua în considerare valorile cele mai ridicate.

La măsurările viitoare se va lua brațul la care s-a măsurat tensiunea cea mai mare

a) Măsurarea TA cu tensiometru clasic

Se montează tensiometrul direct pe piele.

Se aplică manșeta pneumatică pe brațul batranul/ persoana asistată, brațul fiind în extensie

Manșeta tensiometrului trebuie să acopere aproximativ două treimi din lungimea brațului (aproximativ 12-13 cm lungime).

Se fixează membrana stetoscopului la nivelul arterei humerale sub marginea inferioară a manșetei se introduc olivele stetoscopului în urechi

Se pompează aer în manșeta pneumatică cu ajutorul pereii de cauciuc până la dispariția zgomotelor pulsatile

Se decompresivă progresiv aerul din manșetă prin deschiderea supapei până când se aude primul zgomot (acesta reprezintă valoarea tensiunii arteriale maxime).

Se reține valoarea indicată continuându-se decompresivarea până când zgomotele dispar (tensiunea arterială minimă) b) Tensiometrele digitale moderne au devenit, la ora actuală, cele mai utilizate aparate de măsurat tensiunea la domiciliu, datorită simplității cu care se folosesc.

Întăți cum să folosiți corect un tensiometru digital poziționat la încheietura mâinii, pentru a vă asigura că rezultatele sunt cât mai corecte și că nu apar erori la măsurare



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI

Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIONUL SUD-ESTULUI - I.P.O.R.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- Alegeți un tensiometru digital performant, de calitate (chiar dacă au costuri mari, sunt mult mai bune și sigure decât cele foarte ieftine, care pot da erori la măsurare).
- Poziționați mâna stângă a bătrânului/ persoanei asistate pe masă, cu palma în sus și plasați manseta tensiometrului la o distanță de aproximativ 2 cm de palmă, având grijă ca închiderea mansetelor să fie în sus.
- Strângeți bine manseta și porniți tensiometrul.
- Cereti bătrânului/ persoanei asistate să ridice mâna și să o ducă la umărul opus, astfel încât aparatul să se afle poziționat în dreptul inimii.
- Pentru a păstra cât mai relaxat brațul pe care este pus tensiometrul în timpul măsurătorii, sprijiniți cotul acestuia cu mâna.
- Așteptați până când aparatul scoate un sunet (bip) care anunță că s-au afișat rezultatele. Tensiometrul digital măsoară atât TA cât și pulsul. 60.

*Notati întotdeauna valorile de la fiecare măsurătoare*

#### Valori normale

- Adulți: 115-140 / 70-80 mmHg
- Copii: 91-110 / 60-65 mmHg
- Nou-născuți: 65-80 / 40-50 mmHg

Valori peste cele normale - **hipertensiune**. HTA

Valori sub cele normale - **hipotensiune**. hTA

#### 4. Temperatura

Temperatura se măsoară în grade Celsius (°C), cu ajutorul termometrelor.

Deși încă există termometre cu mercur, ele sunt depășite și ar trebui scoase din uz. Mercurul este o substanță foarte toxică dacă este ingerată (și aceasta se poate face prin contactul cu pielea, prin respirarea vaporilor sau înghițirea mercurului). Toate aceste riscuri pot apărea în cazul în care sticla fragilă a termometrului se sparge.

Termometrele digitale, moderne sunt mai ușor de folosit, mai de încredere și mult mai sigure în cazul în care copilul mușcă sau aruncă termometrul de perete. Ele reprezintă o variantă ieftină, la îndemână și foarte eficientă de măsurare a temperaturii corpului.

Pentru măsurarea temperaturii axilare, vârful termometrului se va așeza în vârful/mijlocul axilei, iar brațul bătrânului/ persoanei asistate va fi cât mai strâns lângă corp, pentru a forma o cavitate perfect închisă.

Termometrul va fi ținut sub axilă timp de 10 minute - în cazul termometrelor clasice cu mercur și cel puțin 2-3 minute, în cazul celor electronice.

Valori normale

- nou născut și copil mic 36,1-37,8 °C
- adult 36-37 °C în axilă
- vârstnic 35-36 °C temp. < 36 °C : hipotermie 37-38 °C subfebrilitate 38-39 °C febră moderată 39-40 °C febră ridicată Peste 40 °C hiperpirexie

#### 2. URMĂRIREA SEMNELOR CLINICE

**1. Poziția bolnavului în pat** este determinată de afecțiunea de care acesta suferă.

În cazul unei afecțiuni mai puțin grave, are o atitudine asemănătoare cu a unei persoane sănătoase. În afecțiunile mai grave starea bolnavului este alterată, el devenind adinamic.

Afecțiunile însoțite de dureri, obligă bolnavul să adopte poziții forțate – poziții antalgice (care să-i calmeze durerea).

**2. Expresia feței** arată anumite stări psihice ca: durere, spaimă, agitație, depresie, bucurie, indiferență, oboseală etc. Expresia feței poate să se schimbe în raport cu modificarea stării de sănătate, din acest motiv schimbarea fizionomiei bolnavului trebuie să fie o preocupare permanentă a personalului de îngrijire.

**3. Starea psihică** - reprezintă un parametru important în urmărirea stării de sănătate.

Persoana care îngrijește trebuie să recunoască modificările survenite în starea de sănătate a bolnavului, urmărind:

- dacă acesta își păstrează cunoștința



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- dacă este orientat în timp și spațiu
- dacă are privirea absentă sau stă în pat nemișcat
- sau dacă devine apatic față de mediu și de persoana proprie.

**4. Culoarea tegumentelor** – în cursul îmbrăcării și dezbrăcării persoanei asistate, toaletei zilnice, îngrijitorul trebuie să observe bine tegumentele bolnavului care se află în îngrijirea sa, pentru a putea sesiza anumite modificări patologice care pot apărea la nivelul pielii. Aestea pot fi:

- Paloarea pielii – se observă în caz de anemie și de irigare insuficientă a pielii, unele afecțiuni renale, etc., și este de obicei asociată cu amețeli, oboseală, somnolență. Când paloarea se instalează brusc poate fi semnul unei hemoragii
- Cianoza se manifestă prin culoarea albastră a tegumentelor. Dacă cianoza se instalează brusc și se accentuează poate fi semnul unei afecțiuni respiratorii grave sau asfixiei cu un corp străin. Mai poate apărea în cursul afecțiunilor aparatului circulator sau în unele boli congenitale ale inimii etc.
- Roșeața pielii poate să apară în emoții, în cursul efortului fizic, în unele afecțiuni sau în caz de febră.
- Colorația galbenă a pielii și ochilor apare în cazul unor afecțiuni hepatobiliare, infecțioase sau mecanice, sau în urma consumării unor medicamente.
- Icterul – este o afecțiune caracterizată prin colorarea în galbenă a pielii, și a părților albe ale globului ocular.
- În cursul diferitelor boli pot să apară pigmentații anormale ale pielii, ca de exemplu, culoarea galbenă ca paiul în cancer, culoarea brună, cenușie-murdar în ciroza hepatică etc.
- Edemul reprezintă acumulare de lichid în țesuturi. Este un simptom întâlnit în cursul unor boli renale, cardiace, hepatice, carentiale, inflamatorii sau după traumatisme. Regiunea cuprinsă de edem, este mai voluminoasă, pielea mai palidă, întinsă fără cute, uneori însoțit de cianoză.
- Descuamațiile și erupțiile cutanate observate în cursul unor manevre de igienă, schimbarea lenjeriei de corp, etc., trebuie sesizate cât mai urgent de cadrele medicale, ele putând semnala o boală infecțioasă.
- Hemoragiile cutanate – pot apărea sub formă de hemoragii mici, punctiforme, ovalare sau rotunde, denumite peteșii, sub forma unor plăci hemoragice cu extindere mai mare, numite echimoze sau sub forma unor hematoame.

**5. 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 cerată care de cele mai multe ori se suprainfectează.

**6. Parezele, paralizile și mișcările involuntare** – în cursul acțiunilor de mobilizare, toaletă, transport etc., dacă personalul de îngrijire sesizează unele mișcări involuntare, mai mult sau mai puțin trecătoare ca: tremur, ticuri, convulsii sau altele trebuie să anunțe imediat cadrele medicale.

- Tremurăturile sunt oscilații musculare ritmice, de mică amplitudine care interesează una sau mai multe regiuni ale corpului cum sunt tremurăturile mâinilor, buzelor, ale limbii, ale membrilor inferioare sau superioare, ale capului sau numai a mandibulei sau pot fi generalizate. Ele reflectă în general o îmbolnăvire a sistemului nervos central sau o intoxicație.
- Convulsiile sunt succesiuni de contracții involuntare ale unor grupe musculare sau ale întregii musculaturii și pot fi însoțite și de alte manifestări: de pierderea conștiinței, tulburări de respirație, relaxarea sfincterelor, manifestări papilare etc.

## 7. Durerile

În practica medicală, se întâlnesc mai multe tipuri de durere:

- dureri acute de scurtă durată (de la câteva secunde până la câteva ore);
- dureri acute de lungă durată (poate ține zile sau săptămâni);
- dureri cronice (durerile din bolile canceroase, SIDA sau alte afecțiuni cronice);
- dureri recurente – apar sub forma unor accese sau crize (nevralgiile, durerile abdominale etc).
- Cefaleea – (durerea de cap), se manifestă printr-o durere constantă sau senzație de apăsare la nivelul frunții și tâmpelor.
- Durerile toracice pot apărea sub forma unor senzații de jenă, presiune, dureri surde, difuze sau junghiuri bine localizate ce pot fi accentuate de mișcările respiratorii sau de tuse.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Durerile abdominale pot fi cauza unor probleme ale organelor interne (ficat, splină, pancreas, stomac, intestine). Pot apare sub formă de crampe, rupturi, arsuri, ce pot fi însoțite de alte manifestări ca vărsături, diaree, tenesme rectale, etc..

Durerile lombare sunt de obicei unilaterale și pot avea un caracter permanent. Pot fi de mică intensitate, sâcâitoare sau se instalează brusc sub forma de crize dureroase, violente, cu iradiere în organele genitale, însoțite de vărsături. Durerile lombare sunt de cele mai multe ori accentuate de eforturi fizice sau cu ocazia unor acte fiziologice. De exemplu, cistita acută provoacă dureri cu ocazia micțiunilor.

Durerile extremităților sunt acuze frecvente ale persoanelor de vârstă a treia. Durerile articulare reumatoide sunt în general suportabile, dar se amplifică la mișcări active și pasive. În reumatismul acut însă, durerile sunt așa de puternice încât bolnavul nu tolerează nici atingerea patului.

**8. Temperatura corpului** se menține constantă între 36 - 37° (homeotermie) datorită unui echilibru constant între cantitatea de căldură produsă și cea pierdută de organism, proces numit termoreglare.

Febra apare dacă temperatura axilară se ridică peste 37°C. Se întâlnește în: răceli, infecții, insolamție, deshidratare etc.

Frisonul este o reacție a corpului caracterizată prin tremurături neregulate (datorită creșterii bruște a temperaturii). Bolnavul trece de la senzația de frig la frisoane intermitente și uneori la frison continuu (ex. debutul pneumoniei).

Transpirația este un proces care contribuie la pierderea căldurii și marchează de obicei sfârșitul accesului febril, în timp ce frisonul apare în debutul febrei.

Hipotermia reprezintă scăderea temperaturii corpului sub limite normale. Este mai puțin nocivă decât hipertermia. La bătrâni, hipotermia este cauzată de încetinirea activității sistemului nervos.

Gradul de temperatură, durata stărilor de hiper- și hipotermie, oscilațiile și simptomele care le însoțesc sunt date foarte valoroase în stabilirea diagnosticului, aprecierea asupra evoluției bolii și a eficacității tratamentului aplicat. Din acest motiv, măsurarea și înregistrarea temperaturii bolnavului, după un orar fix (conform indicațiilor personalului medical), constituie una din sarcinile elementare ale îngrijirii bolnavului.

### 9. Respirația

Frecvența respirației (nr de respirații / minut), amplitudinea, ritmul, zgomotele respiratorii, simetria mișcărilor respiratorii, tipul de respirație, mucozități, prezența sau absența tusei sunt date importante ce ajută echipa medicală în stabilirea diagnosticului.

**10. Circulația** – este funcția prin care se realizează mișcarea sângelui în interiorul vaselor sanguine, care are drept scop transportul substanțelor nutritive și a oxigenului la țesuturi, dar și transportul produșilor de catabolism de la țesuturi la organele excretoare.

Măsurarea pulsului și a TA sunt importante în prevenirea unor complicații, în stabilirea diagnosticului.

Hipertensiunea apare ca un simptom în bolile vasculare, ale rinichilor, în tulburări endocrine, menopauză etc., dar și ca boală independentă, boala hipertensivă.

Hipotensiunea arterială apare odată cu scăderea forței de contracție a inimii (miocardite, endocardite), în caz de insuficiență circulatorie periferică etc.

**11. Eliminarea** – reprezintă necesitatea organismului de a „scăpa” de substanțele nefolositoare, vătămătoare, rezultate din metabolism. Excreția se realizează prin mai multe căi:

- aparat renal – urină;

- piele – transpirație aparat respirator – respirație;

- aparat digestiv - scaun;

- în stări patologice, apar eliminări pe cale patologică, sub forma de vărsături și pe cale respiratorie – spută.

**a) Urina** – soluție apoasă care este formată din substanțe nefolositoare sau toxice organismului.

Aspecte normale

Cantitatea de urină – adult 1200 – 1400 ml/24 h;

Frecvența micțiunilor: (influențată de cantitatea de lichide ingerate, climă) - adult 5 - 6/zi;

Ritmul micțiunilor - 2/3 din numărul micțiunilor în timpul zilei, 1/3 noaptea;

Culoarea urinei:



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

- galben deschis până la galben închis până la roșiatică;
- modificări în funcție de alimente (culoare închisă în regimul bogat în carne și deschisă în regimul vegetarian);
- în funcție de afecțiuni (icter – brună negricioasă);
- medicamentele schimbă culoarea astfel: (albastru – verde în tratament cu albastru de metilen, brun negru în tratament cu acid salicilic, etc.);

Mirosul - amoniacal;

Aspectul - normal – clar, transparent uneori tulbure.

- Aspecte patologice
- Retenția de urină – reprezintă incapacitatea vezicii urinare de a-și evacua conținutul. Poate fi datorată un obstacol în calea de eliminare a urinei.
- Incontinenta urinară

**b) Scaunul** – resturile alimentare supuse procesului de digestie, eliminate din organism prin actul defecației.

- Aspecte normale

Culoarea:

În funcție de alimentație:

- galben deschis – regim lactat;
- brun închis – regim bogat în produse din carne;
- negru – alimente preparate care conțin sânge;
- verde – legume verzi
- culoare caracteristică alimentului – mure, ciocolată, afine;

În funcție de medicamente:

- brun – negru – bismut;
- negru – verz – fier;
- alb – bariu;
- negru – mat – cărbune;

- Aspecte patologice

Incontinență de urină și materii fecale – poate apărea în urma unor infecții (infecție urinară sau intestinală), traumatisme ale măduvei spinării, pierderea stării de conștientă, creșterea presiunii abdominale, leziuni obstetricale, etc. Persoanele în vârstă sunt predispuse la incontinență datorită lipsei de control a sfincterelor sau a procesului de îmbătrânire.

Diareea – tranzitul intestinal accelerat provoacă diareea. La eliminare pot apărea contracții dureroase, involuntare și pasagere ale mușchilor abdominali și/sau dureri la nivelul anusului cu iritația tegumentelor perianale.

- Constipația – se caracterizează prin scaune rare, unul la 2 – 4 zile, sau mai

rare uneori, chiar cu ritm regulat, dar la intervale mai mari decât cele fiziologice. Fecalele sunt de consistență obișnuită sau uscată, de volum redus, fără resturi alimentare digerabile.

Vărsăturile – prin vărsătura înțelegem evacuarea prin gura a conținutului stomacului. Pot apărea în boli infecțioase, digestive, urogenitale etc.

Vărsăturile prezintă simptome premergătoare: greață, salivare abundentă, amețeli, dureri de cap și pot fi însoțite de o serie de simptome ca: dureri abdominale, greață – salivare, cefalee, transpirații reci, deshidratare.

- Hematemeza - vărsături cu sânge
- Melenă – *scaun cu sânge* (scaun negru, moale și lucios).

**c) Transpirația** – fenomen fiziologic prin care organismul își intensifică pierderea de căldură și funcția de excreție prin intermediul glandelor sudoripare.

Cantitatea – minimă pentru a menține umiditatea plămânilor.





Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Mirosul – variază în funcție de alimentație, climat, și de deprinderile igienice ale individului.

Într-o cantitate excesivă are semnificație patologică, putând duce uneori la deshidratarea vârstnicului.

### 3. COMPLETAREA FIȘEI DE ÎNGRIJIRE A PERSOANEI ASISTATE

Ținând cont de nevoile fundamentale ale persoanei asistate, îngrijitorul este un profesionist care asigură coerența și continutarea îngrijirilor.

Intervențiile îngrijitorului la domiciliu au rolul de:

- prevenție pentru a evita accidentele sau apariția altor afecțiuni;
- menținere pentru a păstra la maximum autonomia persoanei asistate;
- curativ pentru a recupera nivelul maxim posibil de autonomie al persoanei asistate;
- reabilitarea pentru a permite persoanei asistate să regăsească după apariția unei boli, maximum de autonomie sau să învețe să trăiască cu boala.

Astfel, diferitele capacități ale îngrijitorului la domiciliu îi conferă următoarele **competențe** care sunt legate de activități specifice (conform standardului ocupational):

- 1) Menținerea integrității și siguranței beneficiarilor
- 2) Planificarea activităților
- 3) Comunicarea cu beneficiarul
- 4) Gestionarea actelor și documentelor beneficiarului
- 5) Respectarea Normelor de Securitate și Sănătate în Muncă și în domeniul situațiilor de urgență

- 6) Respectarea drepturilor beneficiarului
- 7) Acordarea de îngrijiri corporale persoanei îngrijite
- 8) Asigurarea alimentației și a hidratării persoanei îngrijite
- 9) Asigurarea igienei spațiului și a obiectelor auxiliare ale persoanei îngrijite
- 10) Stimularea și socializarea persoanei îngrijite
- 11) Mobilizarea și transportul persoanei îngrijite

Îngrijitorul va asigura ajutorul persoanei asistate, în funcție de nivelul I de competență, iar intervențiile sau modificările care pot apărea la nivelul persoanei îngrijite vor fi notate într-o fișă de îngrijire.

În cadrul unei fișe de îngrijire a persoanei asistate se regăsesc informații precum:

- Măsurarea parametrilor vitali:
  - temperatura
  - tensiunea arterială
  - ritmul respirator
  - frecvența cardiacă
  - greutatea
  - înălțimea
  - starea de conștiență
  - pulsul
- Supravegherea semnelor clinice:
  - modificări survenite la nivelul stării pielii și tegumentelor (roșeață, paloare, prezența edemelor);
  - diureza – caracteristici (cantitatea, culoarea, aspectul)
  - bilanțul ingestie-excreție
  - materiile fecale – caracteristici (cantitate, culoare, miros, aspect)
  - este prezentă/nu constipația
  - vărsăturile (cantitate, culoare, miros, aspect)
- Observarea durerii sau a comportamentului:
  - evaluarea eficienței a durerii;
  - recunoașterea pozițiilor antalgice folosite de persoana asistată;
  - luarea în calcul a lamentărilor privind durerea a persoanei asistate;
  - aprecierea stării de anxietate a persoanei asistate;
  - reperarea schimbării de comportament a persoanei asistate;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIERI  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIUNEA SUD-ESTULI 4-POV



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Îngrijitorul va nota în fișa persoanei asistate, intervențiile realizate și modificările pe care le observă pe durata intervenției de îngrijire. Informațiile trebuie să fie menționate, în scris, clar, precis, concise, iar detaliile sau completările pot fi transmise, oral, membrilor echipei.

De asemenea, în fișa de îngrijire a persoanei asistate se pot regăsi următoarele informații:

- intervențiile realizate de îngrijitor;
- incidente care pot surveni pe durata intervențiilor;
- observații cu privire la autonomia persoanei asistate (de exemplu, ce activități a realizat, singură, pe parcursul zilei, persoana asistată);
- informații și observații noi aflate din comunicarea îngrijitorului cu persoana asistată;
- informații cu privire la comportamentul și cuvintele persoanei asistate (exprimate de persoana asistată sau observate de îngrijitor).



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

Anexa 1

**Model de fișă pentru îngrijire batarani**

(aceasta cuprinde informații personale, dar și de măsurare a funcțiilor vitale)

**Numele și prenumele** \_\_\_\_\_  
**Vârsta** \_\_\_\_\_

**Domiciliul** \_\_\_\_\_

**Dificultate vizuală** \_\_\_\_\_

**Dificultate auditivă** \_\_\_\_\_

**Alergii** \_\_\_\_\_

**Alimentația**

- autonomă
- dependență parțială
- dependență totală

**Alimente preferate** \_\_\_\_\_

Tub gastric \_\_\_\_\_ Tub nazogastric \_\_\_\_\_

**Grețuri**

- niciuna
- ușoare, se poate alimenta
- moderate, se alimentează puțin
- severe, nu se poate alimenta
- vărsături

**Dentiție naturală**

- superioară
- inferioară

**Proteză dentară**

- superioară
- inferioară

**Igiena bucală**

- autonomă
- cu ajutorul \_\_\_\_\_

**Respirația**

- autonomă
- uneori, dificilă
- adesea, dificilă

**Tuse**

- seacă
- expectorantă

**Tegumente**

- cu aspect normale
- uscate
- cianotice
- cu prurit
- edemațiate

**Probleme la nivelul tegumentelor**



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

- hiperdermie
- ischemie
- flictenă/eroziune superficială
- escare profunde
- invazie musculară/osoasă

**Secreții**

- niciuna
- serosangvină
- purulentă

**Recomandări** cu privire la:

- schimbarea poziției \_\_\_\_\_
- restrângerea mișcărilor \_\_\_\_\_

Altele \_\_\_\_\_

Leziuni ale pielii \_\_\_\_\_

**Eliminarea**

- autonomă
- la toaletă, cu ajutor
- la pat (ploscă și/sau bazinet)
- sondă nr \_\_\_\_\_ montată în data de \_\_\_\_\_

**Incontinență**

- urinară
- de materii fecale

**Igiena corporală**

- autonomie
- dependență parțială
- dependență completă

**Obiceiuri personale** \_\_\_\_\_

**Îmbrăcare**

- autonomie
- dependență parțială
- dependență completă

**Modificări care au survenit în urma bolii** \_\_\_\_\_

**Mobilizare**

- autonomie
- dependență parțială
- dependență completă

**Modificări care au survenit în urma bolii** \_\_\_\_\_

**Activități de destindere** (de timp liber, de relaxare)

**Factori care influențează activitățile** \_\_\_\_\_

**Nivelul de satisfacție după realizarea activităților** \_\_\_\_\_

**Durerea**

Intensă (0-10) \_\_\_\_\_ Localizare \_\_\_\_\_

**Durata**

- constantă
- intermitentă
- scurtă



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

**Natura durerii** (calificativ folosit de persoana asistată) \_\_\_\_\_

**Repercusiunile durerii asupra activităților vieții cotidiene** \_\_\_\_\_

**Factori care declanșează durerea** \_\_\_\_\_

**Obiceiuri de somn** \_\_\_\_\_

**Modificări survenite în urma apariției bolii:**

- niciuna
- dificultăți de adormire sau somn superficial/agitat
- somn redus sau întrerupt cel puțin 2 ore în timpul nopții
- insomnie, cel puțin 2-3 ore de somn/noapte

**Somnolență**

- niciuna
- ușoară, se trezește ușor
- moderată, se trezește dacă este stimulat, ajutat
- severă, se trezește cu dificultate

**Coșmaruri** \_\_\_\_\_ **Halucinații** \_\_\_\_\_

**Măsuri corective (la indicația medicului)** \_\_\_\_\_

**Relaxare (metoda folosită)** \_\_\_\_\_

**Anexa 2**

**Practica individuală (caiet de practică)**

**Tema A**

1. Identificați trăsăturile psihice ale persoanei pe care o îngrijiți ( caracteristice vârstei și determinate de starea de sănătate în care se afla).
2. Cum credeți că se simte în această postură?

**Tema B**

1. Descrieți pe scurt starea fizică și fiziologică a persoanei pe care o îngrijiți.
2. Descrieți atitudinea sa față de boala și față de oamenii din apropierea sa. Care credeți că sunt beneficiile bolii pentru el/ea?

**Tema C**

1. Scrieți câteva date relevante despre persoana pe care o îngrijiți: nume, sex, vârstă, studii, stare civilă, diagnostic medical etc. (folosiți fișa – Anexa 1)

**Tema D**

1. Ce grad de dependentă are persoana pe care o îngrijiți și în ce categorie se încadrează (bătrân, bolnav, dizabilități).
2. Ce servicii de îngrijire îi oferiți? Câte ore pe zi?

**Tema E**

1. Iti suna telefonul. Ce tip de comunicare este?
2. Ce timp de comunicare ai este cea din figura 1 si 2, dar in 3?



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
Investește în Oameni!



Figura 1

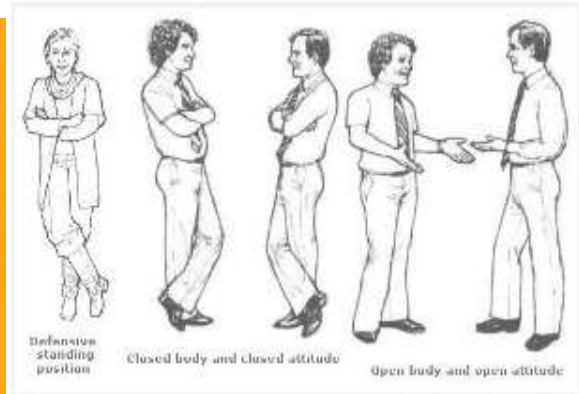


Figura 2

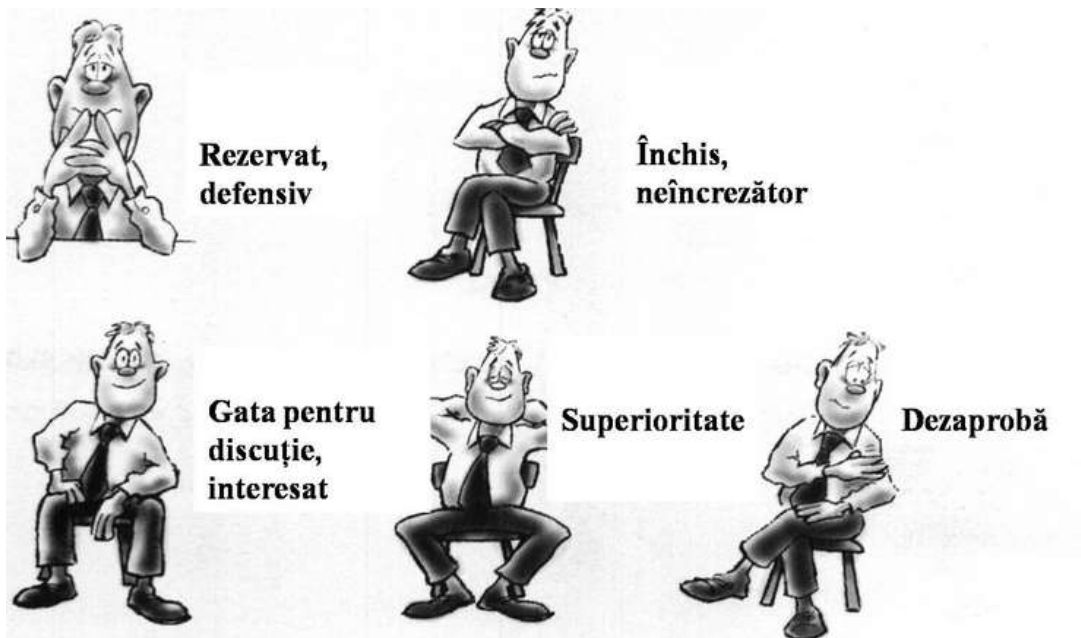


Figura 3

#### Tema F

1. Identificați trăsăturile specifice persoanei pe care o îngrijiți pentru care trebuie să vă adaptați modalitatea de comunicare. Ce metode ați ales pentru a avea o comunicare eficientă?

#### Tema G

1. Faceți o listă cu substanțe de curățare și dezinfectie (denumirea lor) pe care le folosiți la locuința persoanei pe care o îngrijiți:

- la bucatarie
- la baie
- în camere

2. Precizați în dreptul fiecăreia, dacă e de curățare, de dezinfectie sau amândouă.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

**Tema H**

**1. Realizați planificarea unei zile obișnute de îngrijire, specificând intervalele orare.**

**Tema I**

- 1. Identificați tipurile de poziții în pat pe care le utilizează persoana pe care o îngrijiți. Care sunt active, pasive sau forțate? Argumentați.**
- 2. Persoana pe care o îngrijiți este mobilizabilă sau imobilizată la pat?**
- 3. Ce tehnici de mobilizare dintre cele incluse în curs folosiți cel mai des?**
- 4. Enumerați câteva metode de prevenire a escarelor.**

**Tema J**

**1. Enumerați procedurile de îngrijire corporală pe care le efectuați zilnic persoanei îngrijite.**

**Tema K**

- 1. Ce regim alimentar respectă persoana pe care o îngrijiți? De ce?**
- 2. Realizați un meniu pentru o zi obișnuită, respectând ce ați învățat la acest capitol.**
- 3. Ce modalități de alimentare (activă sau pasivă) utilizați cu persoana îngrijită? Argumentați. ....**

**Tema L**

- 1. Enumerați nevoile pentru care persoana pe care o îngrijiți vă solicită ajutorul.**
- 2. Identificați și enumerați preferințele culturale și spirituale ale persoanei asistate.**
- 3. Ce activități de relaxare organizați pe parcursul unei săptămâni obișnute pentru persoana pe care o îngrijiți?**

**Tema M**

- 1. Descrieți afecțiunile de care suferă persoana pe care o îngrijiți.**
- 2. Descrieți îngrijirile specifice pe care le realizați, adaptate la caracteristicile afecțiunilor avute de persoana îngrijită.**

**Tema N**

- 1. Ce medicamente îi administrați persoanei îngrijite?**
- 2. Descrieți tehnicile specifice administrării medicamentelor respective.**

**Tema O**

**1. Măsurati funcțiile vitale persoanei îngrijite și urmăriți semnele clinice timp de o săptămână. Notati-le în caietul de practică și analizați-le.**

**Tema P**

**1. Enumerați procedurile de îngrijire corporală pe care le efectuați zilnic persoanei îngrijite și regimul alimentar.**

**Tema R**

- 1. Identificați riscurile de la loc nta persoanei pe care o îngrijiți.**
- 2. Ce măsuri considerați că trebuie să luați pentru a preveni riscurile identificate?**

**Tema S**

- 1. Faceți o listă cu substanțe de curățire și dezinfectie (denumirea lor) pe care le folosiți la loc nta persoanei pe care o îngrijiți:**
  - a) la bucatarie
  - b) la baie
  - c) în camere

**Tema T**



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

1. Identificati tipurile de pozitii in pat pe care le utilizeaza persoana pe care o ingrijiti. Care sunt active, pasive sau fortate? Argumentati.....
2. Persoana pe care o ingrijiti este mobilizabilă sau imobilizată la pat?
3. Ce tehnici de mobilizare dintre cele incluse in curs folositi cel mai des?
4. Enumerati câteva metode de prevenire a escarelor.

## Tema U

1. Realizați planificarea unei zile obisn te de îngrijire, specificând intervalele orare.

## Studii de caz

Etapele procesului de evaluarea persoanei asistate

- a. Procesul de evaluare se desfășoară în patru etape:
  - b. Culegerea de date;
  - c. Înregistrarea datelor;
  - d. Analiza datelor;
  - e. Formularea planului de îngrijire.

Culegerea datelor ne permite o inventariere a tuturor aspectelor privind persoana asistată. Ele ne informează asupra situației în care se află persoana asistată, asupra suferinței, asupra obiceiurilor sale de viață și asupra stării de satisfacere a nevoilor fundamentale.

Culegerea datelor se realizeaza prin:

- anamneza pacientului și aparținătorilor (interviul);
- examenul fizic al pacientului (observarea);
- consultarea documentelor medicale anterioare existente.

Pentru culegerea datelor, îngrijitorul trebuie să recurgă la diferite surse de informații, astfel:

- sursa directă, primară: persoana asistată;
- surse secundare sau indirecte:
  - -familia și anturajul persoanei asistate;
  - membrii echipei de sănătate;
  - dosarul medical actual și anterior;
  - scheme de referință (consultarea unor date; cazuri specifice: ex.: hemodializa);

Mijloacele cele mai eficace de a obține informațiile necesare sunt următoarele:

- observarea persoanei asistate;
- interviul persoanei asistate;
- consultarea surselor secundare (mai sus-enumerate);

## Observarea

- este instrumentul de bază pe care îl folosește îngrijitorul pe parcursul activității. În desfășurarea muncii sale pentru persoana asistată, îngrijitorul se folosește de organele de simț: vedere, auz, atingere și miros.



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

**Vederea** ne aduce o multitudine de informații privind caracteristicile fizice ale unei persoane (fizionomia, privirea, comportamentul, etc.). Ea ne informează, de asemenea, asupra anumitor semne și simptome care traduc o nevoie nesatisfăcută, o problemă de sănătate:

- față tristă sau denotând suferința;
- agitație sau descurajare;
- erupții ale pielii, culoarea pielii: ex. ictere, etc.;

**Auzul:**

- intonația vocii;
- gemete, văicăreli, plângeri;
- zgomote emise de persoana asistată, balonare;

Atingerea:

- joacă un rol important la examenul fizic sau la palparea anumitor părți ale corpului, permițând cunoașterea detaliilor (temperatura membrelor, umflarea gambelor etc.)

Mirosul permite:

- decelarea unui miros relevant pentru gradul de curățenie al persoanei asistate, procese patologice - infecția unei plăgi care degaja miros urât, halena (mirosul respirației)- ex. la un diabetic etc.

*PROBA PRACTICA I*

Fisa de preluare în îngrijire a persoanei asistate – date initiale

Nume .....diminutiv/porecla.....

Vârsta.....sexul .....Starea civilă....., nr. copii....., religia .....

Greutate.....kg; înălțime .....

Specificatii despre domiciliul persoanei asistate

Tip locuință.....numar de camere.....locuiește singur /cu soț(ie) /cu copii /în compania .....

**Date medicale**

Puls /min.....; Semne particulare.....alergii cunoscute.....reacția.....

**Stari de dependenta**

Autonom / semiindependent / dependent de .....

Proteze:

dentară/ auditivă/ de membru/ valvulară.....



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013  
 Investește în Oameni!

ochelari da /nu, dioptrii.....

Afecțiuni care limitează activitatea: cardiace/ respirator locomotorii/ senzoriale/ altele.....

Probleme de sanatate - scurt istoric

Spitalizări anterioare pentru.....la data.....

Operații/ intervenții.....la data.....

Tratamente prescrise urmate:

da /nu .....

Dietă, precizări legate de alimentație

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Probleme de dependență

.....  
 .....

**Alte informatii / date despre:**

Cerințe speciale ale familiei

.....  
 .....  
 .....

Sursele de dificultate (etiologia)

.....  
 .....





UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European:  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIER  
REGIONAL PENTRU POS DRU  
REGIUNEA DE DEVELOPAMENT  
ECONOMIC SUD-EST



Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operational Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în Oameni!

Manifestări de dependență (semne și simptome)

.....

.....

**Studiu de caz - 1**

Plan de îngrijire - urmăriți nevoile persoanei asistate

1. Respirația și circulația sângelui

Obiectiv/e: .....

Descrieți situația/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieți situația/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale îngrijitoarei .....

.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....

Situație prezenta – evaluare

.....

*Exemplu:*

*Sângele circula prin corpul nostru prin artere, vene și capilare și ca este pompat de inimă. Știm că sângele pleacă din inimă prin artere și se întoarce prin vene.*

*Cunoaștem legăturile importante dintre inimă și plămâni - permit sângelui să adune oxigen și să elibereze dioxid de carbon .*

**Obiective:** *menținerea unei circulații adecvate prin oprirea sângerărilor de orice fel sau a hemoragiei, dacă este cazul și asigurarea aportului de oxigen necesar*

2. Alimentația și hidratarea

**Obiectiv/e:** .....

Descrieți situația/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieți situația/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale îngrijitoarei .....

.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....

Situație prezenta – evaluare

.....

3. Nevoia de a elimina.

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale îngrijitoarei .....

.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....

4. Temperatura corpului - menținerea în limite normale

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale îngrijitoarei .....

.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....

5. **Miscarea si incercarea de a se menține într-o situatie de viață normală sau cat mai aproape**

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale îngrijitoarei .....

.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....  
.....

6. Igiena corporală

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale ingrijitoarei .....

.....  
.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....  
.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....  
.....

7. Somnul și odihna zilnica

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale ingrijitoarei .....

.....  
.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....  
.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....  
.....

8. Folosirea obiectelor de îmbrăcăminte și posibilitatea de a se dezbrăca

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale ingrijitoarei .....

.....  
.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....

9. Evitarea pericolelor

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale ingrijitoarei .....

.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....

10. Comunicarea cu semenii

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale ingrijitoarei .....

.....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....

11. Posibilitatea de a învăța

Obiectiv/e: .....



Descrieti situatia/problema:.....  
Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....  
Surse de dificultate .....  
Intervenții ale ingrijitoarei .....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....  
.....

12. Respectul pentru valorile personale si religie

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....  
Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....  
Surse de dificultate .....  
Intervenții ale ingrijitoarei .....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....  
.....

13. Nevoia de a fi ocupat - a fi util

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....  
Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....  
Surse de dificultate .....  
Intervenții ale ingrijitoarei .....

Intervenție ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....  
.....

**14. Nevoia de a se recrea**

Obiectiv/e: .....

Descrieti situatia/problema:.....

Manifestări de dependență, descrieti situatia/problema: .....

Surse de dificultate .....

Intervenții ale ingrijitoarei .....

.....  
.....

Intervențiile ale cadrelor medicale/ familiei/ alte persoane .....

.....  
.....

**Situatie prezenta – evaluare**

.....  
.....

*PROBA PRACTICA II*

Fisa de preluare în îngrijire a persoanei asistate – date initiale

Nume .....diminutiv/porecla.....

Vârsta.....sexul .....Starea civilă....., nr. copii....., religia .....

Greutate.....kg; înălțime\_.....

Specificatii despre domiciliul persoanei asistate

Tip locuință.....numar de camere.....locuieste singur /cu soț(ie) /cu copii /în compania .....

**Date medicale**

Puls min.....maxim.....; Semne particulare.....alergii  
 cunoscute.....reacția.....

**Stari de dependenta**

Autonom / semiindependent / dependent de .....

Proteze:

dentară/ auditivă/ de membru/ valvulară.....

ochelari da /nu, dioptrii.....

Afecțiuni care limitează activitatea: cardiace/ respirator locomotorii/ senzoriale/  
 altele.....

Probleme de sanatate - scurt istoric

Spitalizări anterioare pentru.....la data.....

Operații/ intervenții.....la data.....

Tratamente prescrise urmate:

da /nu .....

Dietă, precizări legate de alimentație

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Probleme de dependență

.....  
 .....

**Alte informatii / date despre:**

Cerințe speciale ale familiei

.....

.....

.....

Sursele de dificultate (etiologia)

.....

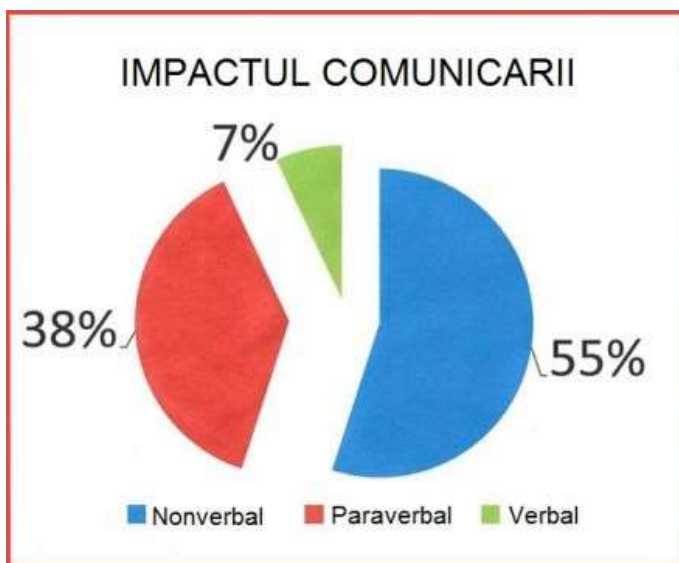
.....

Manifestări de dependență (semne și simptome)

.....

.....

**Anexa 3**  
**Dezvoltare personal**



Cum as putea convinge mai repede? Cum mi-as putea mari puterea de convingere? Sunt o serie de tehnici care te invata cum sa demontezi o obiectie, cum sa intri pe aceeasi lungime de unda si cum sa folosesti tehnici si tactici de negociere etc.!

În acest articol îmi doresc să plec de la ceva mai simplu, anume de la vocabularul nostru. Cuvintele pe care le folosești pot convinge, pot fi de impact sau din contra.

**În exemplele de mai jos vei găsi modele de formulări și reformulări, exemple de așa da și așa nu. Ca principii de reformulare ar fi următoarele:**

1. Să folosești cuvinte care exprimă acțiune (decide-te, înțelege-mă, ai încredere, sunt bucuros etc.)
2. Să folosești un limbaj pozitiv (succes, performanță, beneficii, avantaj etc.)
3. Să scoti din vocabular expresia „nu” (scoate NU-ul din frazele tale și reformulează-le pozitiv)
4. Să schimbi cuvinte care deranjează interlocutorul în cuvinte care îi plac interlocutorului (de exemplu, în

loc de taxă folosește investiție sau valoare)

Asa **NU >>>REFORMULARE>>>**

**Asa DA (Limbajul persuasiv care convinge)**

Nu ta sa ... >>> Sa-ti aduci aminte ( sa retii)

Nu treb e sa fii ingrijorat >>> Treb e sa ai incredere

Nu te gândi la ce e mai rau>>> Gândește-te la ce este mai bine

Nu mai tipa >>> As vrea sa te calmezi

Nu cumpara de la concurenta! >>> Cumpara de la noi!

Inteleg ca aveti o problema >>> Fac tot posibilul sa gasesc o solutie

Nu e scump >>> Este un pret avantajos

Nu treb e sa-ti faci griji >>> Treb e sa ai incredere

As vrea sa-ti spun >>> As vrea sa vezi si sa simti

Ne puteti suna >>> Sunati-ne ori de câte ori va putem fi de folos!

Cu ce va putem ajuta? >>> Cu ce va putem fi de folos?

Pret >>> Valoare

Taxa >>> Investiție

O serie de caracteristici >>> O serie de beneficii

Este ieftin >>> Este avantajos

Nu pot chiar acum >>> Pot peste X minute

Nu intelegeti >>> Sa va mai explic o data

Problema >>> Situație

Bun >>> Performant

Putin >>> Mai mult decât nimic

Astept sa ma sunati >>> Astept cu interes sa ma sunati

Puteti sa alegeti... >>> Alegeti acum varianta potrivita

Multumesc >>> Multumesc din suflet!

N-aveti pentru ce >>> Cu mare placere

Nu vreau sa deranjez >>> Sper ca am nimerit intr-un moment potrivit

Vreau sa-ti spun >>> Sper ca vrei sa afli

Curat >>> Impecabil

Nu esti atent >>> Asculta-mă cu atenție

Nu esti interesat >>> Cred ca ai putea sa fii interesat

Ai dreptate, dar..... >>> Ai dreptate si cred ca

Nu esti implicat >>> Ai putea sa fii mai implicat, nu-i așa?

Nu cred ca >>> Cred mai degraba ca .....

Nu ma intelegi >>> Cum te-ai fi simtit in locul meu?

Nu cumpara de la ei >>> Cumpara de la noi

Vreau sa intelegi >>> Vreau sa ma crezi

Nu ma intelege gresit >>> Intelege exact ceea ce vreau sa-ti spun

Inteleg >>> Imi dau seama ce simti

Vreau sa va spun >>> Pentru ca este important sa ... vreau sa va explic

Da, inteleg >>> Daca am inteles bine, iti doresti foarte mult sa .....

Da, inteleg >>> Foarte interesant, sunt in totalitate de acord

Ma simt bine >>> Sunt intradevar bucuros

Oferta >>> Privilegiu, beneficiu, avantaj



Stare >>> Emotie, Sentiment

Vechi >>> Nobil

Nu sunt sigur >>> Pot sa fiu foarte sigur imediat ce.....

Sper ca exemplele te-au ajutat sa te orientezi. Treb e sa folosesti cuvinte care exprima o actiune un sentiment. Reformuleaza-ti limbajul intr-unul pozitiv. Treb e sa retii ca interlocutorul nu percepe negatia (NU). De exemplu: „Nu te ingrijora”, paradoxal, transmite interlocutorul sentimentul de ingrijorare. Inainte de a percepe o negatie, percepi afirmatia din fraza.

Spune-i intotdeauna omul ce vrei de la el, concret: vrei sa se decida, vrei sa aiba incredere, vrei sa te sune, vrei sa simta ceva, etc. Metaforic vorbind, atunci când iei un taxi, si nu-i sp destinatia soferul , acesta nu te poate duce acolo unde vrei, indiferent cine ai fi. La fel si când vine vorba de clienti, spune-le ce vrei de la ei, spune-le ce vrei sa faca. Eliminati ambig tatile si folositi cuvinte care exprima o actiune finala pe care voi o doriti de la interlocutor. De asemenea, este foarte important sa folosesti cuvinte care reduc impactul negativ asupra clientul . Inloc este problema cu o situatie, sau costul cu o investitie sau o valoare.

Evident, exemplele de mai sus pot fi adaptate contextul si nu sunt aplicabile intotdeauna. Important este sa intelegi cele 4 principii enumerate mai sus!

### Cum sa fim fericiti - 12 sfaturi

1. Hotaraste-te sa fii fericita si invata sa iti faca placere lucrurile simple.
2. Profita cat mai mult de circumstantele in care te afli. Nimeni nu are totul si in viata fiecar a dintre noi durerea este amestecata cu bucuria de a trai. Secretul este sa faci astfel incat rasul sa prevaleze asupra lacrimilor.
3. Nu te lua prea in serios. Nu te gandii ca ar treb ca prin vreun fel anume sa fii protejat de nenorocirile care se abat asupra altor oameni.
4. Nu poti multumi pe toata lumea. Nu lasa critica sa te ingrijoreze.
5. Nu il lasa pe cel de langa tine sa iti impuna propriile standarde. Fii tu insuti.
6. Fa lucrurile pe care te bucuri sa le faci, insa stai departe de datorii.
7. Niciodata nu ‘imprumuta’ necazul. Lucrurile imaginare sunt mai greu de purtat decat cele reale.
8. Din moment ce ura otraveste sufletul, nu pret gelozia, ostilitatea , ranchiuna. Evita oamenii care te fac nefericit.
9. Incearca sa iti mentii viu interesul pentru cat mai mult lucruri. Daca nu poti sa calatoresti, citeste despre locuri noi.
10. Nu iti pierde timpul cugetand asupra durerilor sau a greselilor. Nu fi cineva care nu trece niciodata peste lucruri.
11. Fa tot ceea ce poti pentru cei mai putin norocosi ca tine.
12. Tine-te ocupat cu ceva. O persoana ocupata nu are timp niciodata sa fie nefericita.

*În concluzie, intotdeauna aşteptaţi-vă sa se intample numai lucruri bune, incercaţi să evitaţi orice emoţii negative şi, cel mai important, nu le creaţi singuri. Învăţaţi-vă să creaţi o bună dispoziţie, indiferent de timpul de afară şi starea emotivă.*

*Zâmbiţi mai des, chiar dacă faceţi aceasta pentru voi.*

*Optimiştii şi persoanele fericite zâmbesc foarte des. Medicii au demonstrat că încordarea muşchilor faciali, din timpul zâmbetului transmite creierul semnale specifice, care acţionează centrul plăcerii, astfel determinand buna-dispozitie.*

*Prindeţi momentele frumoase din viaţă, propuneţi-vă un scop nobil. Omul care are un scop în viaţă, se şimte mult mai încrezător.*

**“Sa traiesti cinstit, sa nu daunezi altuia, sa dai fiecaruia ceea ce i se cuvine!”**

### Bibliografie

1. Preîntâmpinarea crizei vârstei a treia – Raport al Bancii Mondiale, 1995;

2. Raportul Național al Dezvoltării Umane, România 2000, PNUD, 2001;
3. Marian Preda, Politica Socială românească între sărăcie și globalizare, Editura Polirom, Iași, 2001;
4. Universitatea București, teza de doctorat, 2009
5. Revista : Calitatea vieții , XIV, nr. 1, 2003;
6. Elena Zamfir (coordonator), Strategii anti-sărăcie și dezvoltare comunitară, Editura Expert, București, 2000;
7. *Comunicarea nonverbală: gesturi și postură”*  
Chelcea, Septimiu, Ivan, Loredana, Chelcea, Adina, (2005)
- 10.

**Resurse web**

11. web-site: [www.cnpv.ro](http://www.cnpv.ro)
12. <http://www.europarl.ro>;
13. <http://ec.europa.eu>;
14. <http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=ro>;
15. [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm);
16. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>;
17. <http://www.immromania.ro>;
18. <http://europa.eu/ey2012/>;
19. [www.age-platform.org](http://www.age-platform.org);
20. [www.mmuncii.ro](http://www.mmuncii.ro);