

NURSING GENERAL

S-au scris foarte multe definiții despre nursing ,dar toate au în comun faptul că nursingul reprezintă ideea de a ajuta persoanele care au nevoie de a fi ajutate în modul cel mai eficient posibil.

Nevoile umane reprezintă originea îngrijirilor de bază în toate serviciile de sănătate.

Dintre definiții amintim:

Leininger , 1983 : „Nursingul înseamnă îngrijiri de bază acordate persoanelor care au nevoie de aceste îngrijiri, iar îngrijirile de bază constituie inima nursingului, fenomenul distinct central al nursingului; îngrijirea poate avea o extraordinară semnificație de vindecare și de promovare a unui stil de viață sănătos”.

Mayerhoff: „ Îngrijirea care se referă la a ajuta pe alții să se dezvolte și să se reactualizeze pe sine însuși, este un proces , o modalitate de a te corela cu cineva, proces care presupune continuitate, în același mod în care o prietenie se poate suda numai printr-o încredere mutuală și printr-o transformare calitativă a relației”.

Campbell în 1985 definește nursingul ca: „Un mod de manifestare a sentimentului de iubire, cu un singur scop, acela de a ajuta oamenii să cunoască afecțiunea în cele două aspecte ale sale: ca pe un sentiment care este primit și dăruit”.

Virginia Henderson: „ Rolul esențial al asistentei medicale constă în a ajuta persoana bolnavă sau sănătoasă să-și mențină sau recâștige sănătatea (sau să-l asiste în ultimile sale clipe) prin îndeplinirea sarcinilor pe care le-ar fi îndeplinit singur , dacă ar fi avut voința sau cunoștințele necesare. Asistentul medical trebuie să îndeplinească aceste funcții astfel încât bolnavul să-și recâștige independența cât mai repede posibil”.

Definiție nursing :” Nursing înseamnă îngrijiri de bază acordate persoanelor care au nevoie de aceste îngrijiri, ele fiind elementul distinct central al nursingului”.

Îngrijirea poate avea o extraordinară semnificație de vindecare și de promovare a unui stil de viață sănătos”.

Misiunea socială a nursei nu este întotdeauna clară. Dacă pentru unii asistenta medicală este cea care ajută medicul, pentru alții, ea practică o profesiune autonomă. În realitate ea se plasează între cele două extreme.

Astăzi nursea este acea persoană pregătită printr-un program de studiu care include promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îngrijirea bolnavilor din punct de vedere fizic, mintal, cu deficiențe, indiferent de vârstă și în orice unitate sanitară.

Această definiție este acceptată de toată lumea, fiind în prezent utilizată și în România.

Virginia Henderson definește astfel nursingul: „să ajuți individul, fie acesta bolnav sau sănătos, să-și afle calea spre sănătate și recuperare, să-și folosească fiecare acțiune pentru a promova sănătatea sau recuperarea , cu condiția ca acesta să aibă tăria, voința sau cunoașterea necesară pentru a face în așa fel încât să-și poarte singur de grijă cât mai curând posibil”.

Originea nursingului ca profesie a fost atribuită influenței exercitate de Florence Nightingale, care a practicat-o în a doua jumătate a secolului XIX. Comparativ cu profesia de avocat, doctor, preot, psiholog, nursingul este o profesie relativ tânără.

Până la jumătatea secolului XIX, îngrijirile au fost dominate de o impregnare religioasă.

Florence Nightingale a fost cea care a demonstrat că îngrijirile nu trebuie să se bazeze numai pe milă și caritate, ci furnizarea lor trebuie să se facă pe baza unei înțelegeri profunde a problemelor de sănătate și boală, să devină obiectul gândirii.

Ideea de bază a nursingului este aceea că: cei care sunt însărcinați cu îngrijirea sănătății pacienților ar trebui să fie orientați mai mult asupra pacienților decât asupra procesului bolii.

CONCEPTE DE BAZĂ ALE PRACTICII NURSING

Procesul de îngrijire lucrează cu trei concepte esențiale – omul, sănătatea și boala.

Omul – este o ființă unică, unicitatea fiind dată de nevoile psihologice, sociale și culturale ce se alătură nevoilor de bază, biologice ale supraviețuirii. Asigurarea exclusivă numai a anumitor nevoi, excluzând alte aspecte, duce inevitabil la un eșec terapeutic.

Sănătatea – definită conform OMS, ca o stare de bine fizic, mintal și social, ce nu constă numai în absența bolii sau a infirmității.

Raportată la boală, sănătatea reprezintă ansamblul forțelor biologice, fizice, afective, psihice și sociale, mobilizate pentru a înfrunța, a compensa sau a depăși boala.

Boala - reprezintă ruperea echilibrului sau a armoniei individului, prin apariția unei suferințe fizice, psihice sau prin apariția unei dificultăți de adaptare la o situație nouă, provizorie sau definitivă în existența individului.

Concepte de bază corelate:

- Sănătatea se obține prin facilitarea procesului natural al organismului de a funcționa;
- Preocuparea primară a asistentului medical este de a menține un mediu sănătos;
- Îngrijirile de bază mențin sau sprijină adaptările persoanei prin participarea sa activă.;
- Îngrijirea persoanei reprezintă obiectivul practicii nursingului și este un proces interactiv;
- Persoanele sunt sisteme deschise care interacționează cu mediul;
- Ținta nursingului o constituie o persoană și creșterea răspunsului ei adaptativ;
- Preocuparea nursingului o reprezintă o persoană și acțiunile ei de autoîngrijire;
- Îngrijirea implică promovarea unei interacțiuni optime între om și mediu;
- Ființa umană este un întreg ireductibil care nu poate fi înțeles reducându-l la părțile componente;
- Ființa umană și mediul sunt câmpuri de energie care interacționează unele cu altele și care converg constant către potențialele lor maxime.

Concepte de bază concordante: conform cărora orice persoană este un individ unic.

Nursingul centrat pe pacient semnifică îngrijiri de bază individualizate; fiecare om este un individ unic, și astfel el solicită o serie de abilități unice, de tehnici și idei special desemnate lui.

Myra Levin a elaborat o teorie unică care prevede:

- intervenția nursing este bazată pe conservarea energiei individuale a pacientului;
- intervenția nursing este bazată pe conservarea integrității structurale individuale a pacientului;
- intervenția nursing este bazată pe conservarea integrității personale individuale a pacientului;
- intervenția nursing este bazată pe conservarea integrității sociale individuale a pacientului.

Ideea de bază a tuturor conceptelor este aceea că îngrijirea persoanei reprezintă obiectivul practicii nursingului și este un proces interactiv.

Definiția elaborată de Consiliul Internațional de Nursing: „Nursingul, ca parte integrantă a sistemului de asistență socială, cuprinde ocrotirea sănătății, prevenirea bolilor și îngrijirea bolnavilor fizici, mentali, ca și a celor infirmi (handicapați) de toate vârstele, în toate formele de asistență socială și așezări comunitare”.

Din această definiție reiese că:

- intervențiile nursing cuprind și mediul social, afectiv și fizic al pacientului;
- asistentul medical coordonează activitățile de menținere a sănătății;
- stimulează continuitatea acestor activități.

Scopul nursingului este acela de a acorda îngrijiri cu rol în păstrarea sau restabilirea independenței individului pentru satisfacerea nevoilor proprii.

Persoana va fi ajutată să-și conserve sau să-și restabilească independența sa, astfel încât să-și poată satisface nevoile singur. Se va favoriza vindecarea și se va asista muribundul spre un sfârșit demn.

Rolul asistentei medicale generaliste este acela de:

- suplinire a dependenței, adică ceea ce nu poate face persoana și de a încerca să înlocuiască necesitatea în așa fel încât persoana să-și poată satisface cerințele mai ușor;
- să se ocupe de aspectele psihosomatice și psiho-sociale care afectează sănătatea, boala și moartea; de aceea nursingul folosește cunoștințe și tehnici de științe fizice, sociale, medicale, biologice și de umanitate (arta și știința);
- personalul nursing lucrează ca partener alături de lucrători de alte profesii sau ocupații, ce participă la asigurarea sănătății.

Individul, și unde este cazul, familia sa, se vor implica în toate aspectele pentru menținerea unei bune sănătăți.

În activitatea sa asistenta medicală se poate confrunta cu surse de dificultate. Acestea sunt reprezentate de lipsa de forță, voință sau cunoștințe ale pacienților.

Competența asistentei rezidă tocmai în cunoașterea sursei de dificultate și în adaptarea îngrijirilor acordate în această situație. Ea trebuie să fie o inițiativă proprie a asistentei, nefiind determinată de recomandarea medicului.

În urma procesului nursing, se tinde să se obțină ameliorarea dependenței, iar ideal ar fi câștigarea independenței pacientului.

Conform filozofiilor lui Carl Rogers și Abraham Maslow, asistenta medicală:

- va aprecia fiecare persoană ca fiind un produs unic al eredității, al mediului și culturii;
- va avea convingerea că persoana se străduiește să atingă potențialul cel mai înalt;

- va respecta valoarea fiecărui individ și va aprecia potențialul fiecărei persoane;
- va recunoaște propria umanitate;
- se va purta în mod autentic și original;
- va permite pacientului să fie el însuși;
- va recunoaște că persoanele au nevoi de bază și sunt motivate să-și îndeplinească aceste nevoi;
- trebuie să respecte fiecare comportament, să-l înțeleagă și să evite aprecieri de genul „rău”sau „groaznic” la adresa bolnavului.

Nursingul ca știință medicală a îngrijirilor

Istoria și funcțiile nursingului

Prima școală de îngrijire a bolnavului a fost înființată în 1860 de către Florence Nightingale. Atunci a început istoria acestei profesii. Sora avea rolul de a susține moral și prin îngrijiri minime medicale individul suferind. Lipsea însă la acea dată o bază științifică pentru actul medical.

Începe acum procesul de instruire și formare a surorilor cu scop medical, dar cu toate acestea , competența lor era destul de limitată.

La început nursingul nu a fost recunoscut ca o disciplină , ca biologia sau chimia, în schimb a fost întocmită o bază de cunoștințe și principii, care, în realitate reprezentau recomandările medicului , ce trebuiau îndeplinite de către asistentul medical.

Odată cu progresele medicinei și în special al chirurgiei, începând cu anul 1930, medicii au transferat o parte din sarcinile lor , surorilor medicale.

Bolnavul, care până atunci fusese în centrul preocupărilor, a trecut în planul doi, în primul plan situându-se aspectele tehnico-medicale.

În timp, nursingul a fost recunoscut ca o disciplină separată și inclus în cadrul universităților. În programele de învățământ au fost incluse și alte discipline științifice, dând posibilitatea nurselor să-și însușescă cunoștințe avansate într-o varietate de științe bio - psiho - sociale.

Astăzi , nursingul este denumit ca o știință aplicativă, iar profesionalismul în nursing rămâne încă o problemă deschisă.

În anul 1970, Virginia Henderson descrie cele 14 nevoi fundamentale ale omului ca bază a îngrijirilor. Conform teoriei sale, problemele derivă din incapacitatea individului de a îndeplini aceste nevoi:

- respirație normală;
- alimentație și ingerare de lichide adecvată;
- eliminarea reziduurilor din organism;
- mișcare și menținerea posturii dorite;
- somn și odihnă;
- alegerea îmbrăcăminte corespunzătoare – îmbrăcarea și dezbrăcarea;

- menținerea temperaturii normale a corpului prin modificarea îmbrăcăminte și a mediului înconjurător;
- păstrarea curățeniei și protecția tegumentelor;
- evitarea pericolelor din mediu înconjurător și lezării altor persoane;
- comunicarea și exprimarea emoțiilor, nevoilor, temerilor și a opiniilor;
- acțiune conform convingerii religioase și a sistemului de valori;
- acțiune în direcția auto-realizării;
- recreerea;
- învățarea, satisfacerea curiozității, care conduce la o dezvoltare normală și la dobândirea unei stări bune de sănătate și la utilizarea facilităților derivate din această stare.

FUNȚIILE NURSEI

Pot fi clasificate în patru categorii:

- funcții cu caracter independent;
- funcții cu caracter dependent;
- funcții cu caracter interdependent;
- alte funcții;

Primele funcții se referă la faptul că asistenta medicală asistă pacientul din proprie inițiativă, temporar sau definitiv, în următoarele situații:

- pentru îngrijiri de confort, atunci când el nu-și poate îndeplini anumite funcții;
- atunci când asistenta stabilește relații de încredere cu persoana îngrijită sau cu aparținătorii;
- când asistenta transmite informații acestuia în limita competenței sale;
- când asistenta este alături de indivizi și colectivitate în scopul promovării unor condiții mai bune de viață și sănătate.

Referitor la funcțiile cu caracter dependent, asistenta va observa dacă metodele de tratament și de recuperare intervin în evoluția bolii și vor transmite informația medicului.

Deasemenea, ea va aplica diferite metode de tratament pentru care este calificată, dar numai la indicația medicului.

Asistenta medicală are obligația de a anunța medicul pentru orice modificare semnificativă în evoluția pacientului.

Referitor la funcțiile cu caracter interdependent, asistenta medicală, colaborează cu alți profesioniști din domeniul sanitar, social, educativ, administrativ. Participă deasemenea la activități interdisciplinare, colaborând astfel cu educatori, psihologi, logopezi, profesori, asistenți sociali.

Alte funcții specifice asistentului medical se desprind din definiția nursingului dată de OMS în colaborare cu Consiliul Internațional de Nursing: „Nursingul este o parte integrantă a sistemului de îngrijire a sănătății” și cuprinde:

- promovarea sănătății;

- prevenirea bolii;
- îngrijirea bolnavilor (fizic, psihic, mental, handicapați) de toate vârstele, în toate unitățile sanitare, comunități și în toate formele de asistență socială.

Avem astfel funcția profesională, educativă, economică și de cercetare. Toate aceste funcții scot în evidență nevoile esențiale ale indivizilor, familiilor și comunităților, putând deasemenea să identifice mai multe moduri de acordare a îngrijirilor cu impact asupra pacientului.

Rolul profesional al asistentului medical îi oferă abilitatea de a comunica eficient cu pacientul și cu familia acestuia, de a fi un bun educator, furnizor de îngrijire, manager al îngrijirilor dar și mediator , găsind modul cel mai corespunzător de îngrijire de care pacientul are nevoie.

NOȚIUNI DE ETICĂ ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Conform Consiliului Internațional al Nurselor, funcția nursingului este „ să promoveze sănătatea, să prevină îmbolnăvirile, să refacă sănătatea și să aline suferințele”.

Etica trebuie să ocupe un loc important în curricula școlii de nursing.

Dintre orientările codului de etică nursing, cele mai importante sunt:

- nursa are responsabilitatea etică pentru persoanele aflate în diferite perioade de viață, din primele momente și până la sfârșitul vieții. Fundamentul întregului nursing constă în raportul față de individ, indiferent de rasă, culoare, sex, limbă, credință, politică, naționalitate sau statut social;
- nursa trebuie să-și cunoască responsabilitatea personală și profesională pentru practicarea nursingului. Ea va răspunde de propriile sale acțiuni, din punct de vedere profesional, etic, financiar și legal;
- nursa trebuie să asigure o practică profesională actualizată și să contribuie la dezvoltarea îngrijirilor nursing;
- în practica sa profesională, nursa trebuie să asigure că este garantul dreptului pacientului la confidențialitatea informațiilor ce îl privesc. În unele țări există un jurământ al nurselor, care conține atât aspecte etice, cât și legate de secretul profesional;
- în activitatea sa, nursa trebuie să arate respect privind activitatea colegilor săi. Domeniul nursingului este atât de vast, încât, pentru rezolvarea unor sarcini este necesară cooperarea cu mai multe persoane;
- în practica profesională, nursa trebuie să promoveze activ cooperarea între diferite grupe de profesioniști, din țară și din străinătate;
- în practica sa medicală, nursa trebuie să promoveze noi abordări în îngrijirea sănătății și să urmărească sau să aibă inițiative noi privind îngrijirea sănătății, prin cunoștințe sau capacități proprii;

- este de datoria nursei să contribuie astfel încât populația să aibă încredere și totodată să respecte profesia sa.

JURISDICȚIA ȘI ETICA MEDICALĂ

Etica medicală este știința fenomenelor morale, este reflectarea asupra valorilor, principiilor și normelor care guvernează comportarea normală a omului în societate.

Etica profesională este o ramură a eticii, care studiază îndatoririle sociale și morale, implicate în exercitarea unei profesii.

Mai explicit: „în profesia în care ești trebuie să faci bine, să faci tot ceea ce ai face pentru propria ta persoană, dacă ai fi în situația celuilalt”.

Etica îngrijirii bolnavilor implică și anumite aspecte juridice.

Etica medicală are anumite principii:

- al autonomiei;
- al absenței răului;
- al binefacerii;
- al dreptății;

Prin principiul autonomiei se cere ca noi să respectăm indivizii aflați în grija noastră, dreptul lor fiind acela de a-și controla propriile vieți.

Absența răului este considerată ca fiind cea mai stringentă îndatorire pentru cadrele medicale.

Principiul binefacerii este principiul opus răului. Binefacerea presupune: a face bine, a nu face rău, absența răului. Conform acestui principiu, o nursă nu poate abandona pacientul încredințat, indiferent de boala acestuia.

Ultimul principiu se referă la faptul că în fața legii toată lumea este egală. Uneori între dreptate și corectitudine se pune semnul egal, de exemplu: dacă este drept sau nu să se primească sau nu un organ pentru transplant, sau dacă este drept ca o persoană neasigurată să nu poată primi asistență medicală.

Se știe că au fost reglementate și publicate drepturile bolnavului. Ele sunt drepturi legale dar și drepturi de natură etică.

Drepturi legale:

- dreptul la autodeterminare (consimțământul) – prin care bolnavul are dreptul de a lua decizii personale cu privire la îngrijirea sănătății lui. Prin acest drept, bolnavul are posibilitatea de a accepta sau de a refuza orice formă de îngrijire;
- dreptul la informare – care dă posibilitatea bolnavului să cunoască informațiile pe care se bazează deciziile luate, privind persoana sa. Nursa are obligația de a furniza informații referitoare la tipul de îngrijire pe care o oferă personal;
- dreptul la confidențialitate – prin care bolnavului îi vor fi protejate informațiile (confidențiale);

- dreptul la îngrijiri sigure – datorită căruia nursele au responsabilitatea de a executa corect toate actele necesare îngrijirii bolnavului.

Nerespectarea acestor drepturi, cu anumite repercursiuni asupra vieții sau sănătății, se vor sancționa corespunzător, pe cale legală, judecătorească.

Drepturi de natură etică:

- dreptul la demnitate personală – este dreptul prin care bolnavul va beneficia de o îngrijire ce respectă demnitatea și valoarea persoanei, indiferent de eventuale considerente de naționalitate, rasă, religie, culoare, vârstă, sex. Pe tot parcursul cooperării, trebuie să se stabilească o relație de respect de ambele sensuri;
- dreptul la îngrijire individualizată – pornește de la premiza că fiecare individ este unic, cu atribute fizice, gânduri, sentimente și credințe proprii. Datorită acestui fapt se pot alcătui planuri de îngrijire specifice fiecărui bolnav în parte;
- dreptul de îngrijiri cu scopul de a deveni independent va fi dat de nursă ori de câte ori pacientul o cere;
- mai există și dreptul de a se plânge și cel de a obține modificarea îngrijirilor.

Nerespectarea drepturilor de natură etică, atrage după sine sancționarea morală a nursei.

Sanțiunile pentru nerespectarea drepturilor legale ale bolnavului, prin care se aduce deteriorarea sănătății sau decesul pacientului, sunt sancționate legal, pe cale judecătorească.

Sanțiunile pot fi:

- penale – exemplu - luarea de mită, primirea de foloase necuvenite, încălcarea consimțământului bolnavului și traficul de influență. Printre activitățile ilegale ale nursei, se pot enumera: aplicarea unui tratament preferențial, neaplicarea tratamentului, înstrăinarea medicamentelor sau ignorarea consimțământului bolnavului;

- contravenționale – contravenția este fapta care prezintă pericol social mai redus decât infracțiunea. Exemplu: neglijență în utilizarea aparatului medical sau nerespectarea regulilor de igienă;
- disciplinare – produse atunci când personalul încalcă disciplina muncii. Sanțiunile sunt în aceste situații: mustrarea, avertismentul, retragerea uneia sau mai multor gradații, desfacerea contractului de muncă.

SISTEMUL ÎNGRIJIRILOR MEDICALE

Organizația Mondială a Sănătății este o agenție specializată a Națiunilor Unite, cu responsabilități în special pentru problemele internaționale de sănătate și sănătate publică.

Scopul acestei organizații este cel de a facilita atingerea unui nivel de sănătate ridicat pentru toți locuitorii acestei planete.

În 1977 au fost aprobate la nivelul OMS două rezoluții:

- prima , care stipulează că „ principalul scop al guvernelor și al OMS-ului în decadele următoare ar trebui să fie obținerea de către toți cetățenii lumii a unui nivel de sănătate care să le permită să ducă o viață productivă din punct de vedere social și economic”;
- a doua rezoluție a recunoscut importanța nursingului și a moșelor în îngrijirile primare de sănătate și totodată a cerut statelor membre să studieze rolurile și funcțiile acestora.

În 1988 la Viena a avut loc prima Conferință Europeană dedicată nursingului, unde au participat nurse din 32 de state din Europa. Cu această ocazie ele și-au stabilit principiile OMS , de desfășurare a strategiei : sănătate pentru toți până în anul 2000.

S-a stabilit deasemenea ca principalele funcții ale nursei să fie: promovarea și menținerea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și acordarea de îngrijiri pe durata bolii, a convalescenței sau a recuperării.

Recomandări date de Conferința Europeană de Nursing :

- nursele trebuie să sprijine activ politica programului „Sănătate pentru toți”;
- se va pune accent mai mult pe starea de sănătate decât pe cea de boală;
- se va acorda un rol important îngrijirilor primare de sănătate : promovarea și menținerea stării de sănătate, prevenirea îmbolnăvirilor, implicarea indivizilor, familiilor și comunităților în procesul de îngrijire;
- nursele vor participa la dezbaterile privind politica de sănătate.

În concepția actuală se consideră că o bună asistență medicală presupune trecerea de la îngrijirile terapeutice – cărora li s-a acordat un loc prioritar, în dauna îngrijirilor menite să mențină sănătatea și chiar viața – la îngrijirile IPS (îngrijiri de sănătate comunitară – denumite astfel deoarece solicită participarea comunității).

Prin comunitate înțelegem ansamblul unei populații de pe un teritoriu geografic, de care este legat prin interese și valori comune, având o formă de gestiune administrativă, iar membrii săi au interrelații cu grupuri sociale și instituții.

Comunitatea este locul de unde pleacă îngrijirile primare de sănătate (IPS): indivizi, familii, grupuri.

IPS acoperă trei niveluri de intervenții:

- îngrijiri de prevenire primară - menținerea și promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor, educația sanitară, prevenirea specifică (ex. Vaccinări);

- îngrijiri de prevenire secundară – care urmăresc intervenții curative, pentru tratamentul bolilor și prevenirea agravării sau apariției complicațiilor. Rolul asistentei este acela de a descoperi eventualele probleme din timp (prin vizite la domiciliu sau prin controale periodice);
- îngrijiri de prevenire terțiară – care urmăresc recuperarea bolnavilor. Rolul asistentei este acela de a susține persoana îngrijită pentru a se adapta la diferite dificultăți cauzate de problemele de sănătate, cu rol în recuperarea persoanei.

Se poate vorbi și de intervenția de nivel 4, în cazul bolilor terminale, atunci când este necesară susținerea familiei.

Pentru asigurarea dezvoltării IPS , sunt necesare trei domenii:

- identificarea a ceea ce înseamnă IPS – intră: climatul, resursele de apă, caracteristicile populației, natura muncii, mediu urban sau rural;
- inițierea personalului sanitar și a consumatorilor IPS – intră: pregătirea lucrătorilor sanitari (în mediul spitalicesc, extraspitalicesc, sau ca personal de instruire) și pregătirea populației să poată lucra sau coopera cu lucrătorii sanitari.

DECLARAȚIA DE LA ALMA ATA

A fost lansată în 1978 la Geneva și a reprezentat un moment decisiv în programarea sănătății comunității la nivel național și internațional.

La baza declarației au stat șase principii:

- sănătate pentru toți înseamnă echitate, adică reducerea inegalității în privința sănătății, între state și dinlăuntrul lor;
- sentimentul pozitiv al individului despre starea de sănătate prin folosirea capacității fizice, mentale și emoționale;
- comunitatea trebuie să fie bine informată și motivată, și totodată să aibă o participare activă la strategia „ Sănătate pentru toți”;
- în această strategie este necesară cooperarea multisectorială, în vederea reducerii riscului îmbolnăvirilor și menținerii sănătății;
- accentul în sistemul de sănătate trebuie pus pe acordarea îngrijirilor primare de sănătate, dar cel mai important lucru este participarea totală a comunității;
- problemele de sănătate depășesc uneori granițele , motiv pentru care este necesară de multe ori cooperarea internațională.

În România, activitatea de ocrotire a sănătății se organizează pe următoarele tipuri de unități sanitare:

- cabinete medicale;
- spitale;
- sanatorii;
- case de copii;

- institute și centre medicale;
- oficii farmaceutice;
- autorități sanitare județene;

Nu regăsim în legislația din domeniul sanitar pasaje referitoare la activitatea de nursing.

Se impune de urgență actualizarea legislației în conformitate cu practica de nursing, în care ar trebui să se țină cont de Codul pentru asistentele medicale, Cod care stipulează:

- responsabilitatea primordială a asistentei medicale constă în a acorda îngrijiri persoanelor care au nevoie în această privință;
- asistenta medicală își asumă o responsabilitate personală în acordarea îngrijirilor, dar și în a-și menține un nivel profesional la zi prin educație sanitară continuă;
- asistenta medicală participă la activități destinate sănătății populației;
- asistenta medicală împarte responsabilitatea de a coopera cu toți cei care lucrează în domeniul sanitar dar și în alte domenii;
- asistenta medicală participă la progresul din domeniul nursingului.

MODELE, CONCEPTE, TEORII ÎN NURSING

Pentru a putea înțelege îngrijirile de bază, trebuie cunoscuți termeni ca : modele, concepte sau teorie. Conceptul se utilizează în cazul descrierii unor obiecte concrete, vizibile, sau , a unor idei cu rol fundamental în viața umană.

În nursing, specific este faptul că aceste concepte sunt abstracte și cele mai des folosite sunt : sănătate, boală, societate și individ.

Teoria, derivă din grecescul „theoria”- și înseamnă imagine, viziune sau adevăr. În nursing, teoria este bazată pe experimentări riguroase.

Modelul este o reprezentare conceptuală a realității, o formă abstractă a realității.

Pentru profesia de nursing, un model reprezintă imaginea mentală a profesiei, o concepție a ceea ce ar trebui sau ar putea să fie.

Scopul modelelor este de a simplifica o situație complexă și de a capacita asistentele să-și orienteze atenția asupra aspectelor majore de îngrijire.

Primul model nursing a fost conceput de Florence Nightingale, în 1840, în lucrarea „ Note asupra nursingului ”. În lucrare au fost definite unele concepte pe care autoarea le-a considerat importante pentru pregătirea formativă a îngrijirii bolnavilor.

De-a lungul timpului modelul conceptual s-a dezvoltat și a influențat pozitiv pregătirea nursingelor, cercetarea dar și practica în nursing.

Un model nursing trebuie să aibă următoarele caracteristici :

- scopul profesiei;
- definiția pacientului;
- rolul îngrijirilor de bază;

- sursa de dificultate pentru pacient;
- obiectivul intervenției nursing;
- modul de intervenție;
- rezultatul scontat;

Pe baza teoriei nevoilor lui MASLOW (1954), ROPER (1985) și HENDERSON (1972) au descris cele mai importante modele conceptuale.

Avantajele folosirii modelelor în practică sunt:

- ajută asistentul medical în stabilirea priorităților de îngrijire;
- clarifică gândirea asistentului medical în anumite situații practice;
- este un instrument care leagă teoria de practică;

Modelul conceptual identifică și definește factorii sau fenomenele care se desfășoară în cadrul unei situații de îngrijire și descrie relația dintre ei.

Cel mai utilizat este modelul conceptual al Virginiei Henderson, conform căruia :

- asistentul medical îndeplinește funcții proprii;
- asistentul medical oferă un serviciu unic societății, acela de acordare de îngrijiri de bază;
- când asistentul medical preia o parte din responsabilitățile medicului în procesul de îngrijire, atunci o parte din funcțiile sale sunt preluate de un personal necalificat.

În accepțiunea Virginiei Henderson:

- individul este văzut ca un tot unitar prezentând cele 14 nevoi fundamentale pe care trebuie să și le îndeplinească;
- scopul îngrijirilor este acela de a ajuta pacientul să-și mențină sau să-și restabilească independența și de a obține pentru pacient vindecarea;
- obiectivul îngrijirii este persoana sau grupul de persoane cărora le este destinată activitatea;
- rolul asistentului medical este de suplینire a dependenței persoanei, dificultate cauzată de lipsa de forță, de voință sau de cunoștințe.

TEORIA LUI ABRAHAM MASLOW

Necesitățile ființei umane se pot ierarhiza într-o piramidă. Ele sunt împărțite în cinci niveluri:

Nivelul I – care este situat la baza piramidei, motiv pentru care va fi primul aspect vizat de către nursă în activitatea ei de îngrijire. Acest nivel cuprinde următoarele funcții: a respira, a avea o bună circulație, a mânca, a bea, a elimina, a menține temperatura corpului normală, a dormi, a se odihni, a comunica, a se recrea. A tunci când acest nivel este satisfăcut se trece la nivelul următor.

Nivelul II – cuprinde nevoia de siguranță. Instabilitatea lui apare în prezența unor agresiuni externe, cum ar fi: pierderea adăpostului, schimbarea mediului, apariția unor catastrofe sau evenimente sociale. Orice perturbare a acestui nivel face imposibilă atingerea următoarelor nivele ce au drept urmare producerea dezechilibrului individului.

Nivelul III – cuprinde nevoia de apartenență. Omul este o ființă socială, prin urmare el nu poate trăi singur. Celula societății omenești este familia. Izolarea bolnavului prin spitalizări de durată, poate duce la apariția unor tulburări importante, care pot influența negativ însănătoșirea individului.

În acest nivel rolul primordial îl are asistenta prin intervenția sa majoră în procesul de îngrijire.

Nivelul IV – este nivelul recunoașterii individului. Este cunoscut faptul că individul are un rol în societate, corespunzător dorinței sale, pregătirii profesionale și capacității sale intelectuale.

Nivelul V – reprezintă realizarea personalității, dorința de autodepășire și creativitate a individului.

Dacă nivelele inferioare le găsim și la regnul animal, nivelul V este specific exclusiv speciei umane.

Echilibrul celor trei nivele superioare, asigură homeostazia psihologică a individului.

Virginia Henderson identifică 14 necesități fundamentale, cu componente bio-psiho-sociale, culturale și spirituale ale individului.

Așezarea lor de la 1 la 14, se suprapune piramidei Maslow, cu mențiunea că, pe primele poziții sunt așezate nevoile fiziologice vitale:

1.- a respira – este funcția organismului prin care se primește oxigen atmosferic și se elimină bioxid de carbon. Se adaugă și nevoia de a avea și o bună circulație. Se știe că sistemul circulator este cel care asigură integrarea funcțiilor organismului, sângele fiind transportorul pentru gazele sanguine;

2 – a menține temperatura corpului constantă. Funcția de termoreglare este asigurată de către hipotalamus și este variabilă în funcție de vârstă, climă, activitatea individului și de prezența bolii;

3 – a se alimenta și a se hidrata. Alimentele constituie sursa de energie și substratul biologic pentru celulele organismului. Fără apă, viața nu este posibilă;

4 – a elimina, funcție care poate fi fiziologică, ca: eliminarea renală (urină), eliminarea intestinală (fecale), eliminarea prin sebum, transpirație, menstruație.

Pe lângă eliminările fiziologice, mai sunt și cele patologice, un exemplu fiind vărsătura.

5 – a se mișca, a avea o bună postură. Această funcție asigură independența bolnavului în deplasare, în vederea realizării necesităților.

6 – a dormi, a se odihni. Este dovedit faptul că somnul și odihna sunt indispensabile pentru integrarea funcțiilor organismului.

7 – a se îmbrăca și dezbrăca. Din punct de vedere biologic, această necesitate oferă echilibrul termic organismului. Prin îmbrăcăminte se evită pierderea căldurii și a umidității, contaminarea tegumentelor cu praf și substanțe iritante și expunerea la radiațiile solare.

8 – nevoia de igienă – care rezidă din nevoia de a-și proteja corpul împotriva agresiunilor externe. Vor fi astfel protejate: tegumentele, fanerele (părul și unghiile), cavitățile și orificiile (nas, urechi, gură, tubul digestiv, organe genitale).

9 – a evita pericolele – care pot afecta organismul direct (agresiuni biologice) sau indirect (agresiuni psihologice și sociale).

10 – a comunica cu semenii. Omul are următoarea caracteristică: comunicarea . Ea poate fi de tip verbal, auditiv sau vizual. Tot aici întâlnim și sexualitatea, prin ea realizându-se schimburi interumane, sau se creează sentimente, idei, emoții, trăiri.

11 – nevoia de a-și practica religia – asistenta medicală va îngriji pacientul ținând cont de opțiunea religioasă a pacientului și nu va încerca să modifice convingerile pacientului.

12 – nevoia de a fi ocupat pentru a fi util – este nevoia care se referă la realizarea individului prin studiu și prin muncă.

13 – nevoia de a învăța – este nevoia prin care fiecare individ tinde la realizare și autodepășire.

14 – nevoia de a se recrea – este o funcție fundamentală comună ființelor umane. Ea intervine favorabil în echilibrul biologic.

Această nevoie se derulează în concordanță cu realizarea celorlalte nevoi, fiind dependentă de gradul cultural al individului, de posibilitățile socio-economice și de gradul de emotivitate.

Nerealizarea acestei nevoi are repercursiuni asupra tuturor celorlalte nevoi.

Cele 14 nevoi identificate de Virginia Henderson, așezate, se suprapun piramidei Maslow.

SATISFACEREA NEVOILOR FUNDAMENTALE

Scopul profesiei de nursing constă în atingerea de către pacient a independenței în satisfacerea acestor necesități, ceea ce este știut că duce la obținerea unei stări de bine și a echilibrului, atât biologic cât și psihologic.

Nevoile umane se pot atinge prin următoarele moduri:

- INDEPENDENȚA – constă în satisfacerea uneia sau mai multor nevoi prin acțiuni proprii, îndeplinite de persoana în sine. La copii, cu cât vârsta este mai mică, nevoile vor fi îndeplinite cu ajutorul sau de către alți indivizi.

În practica sa, nursele va identifica acele nevoi fundamentale care sunt independente, și nu le va lua în considerare în planificarea îngrijirilor.

- DEPENDENȚA – reprezintă incapacitatea persoanei îngrijită de a-și satisface una sau mai multe nevoi.

Cauzele incapacității sunt:

- incapacitate prin lipsă de forță, de natură medicală (de exemplu – picioare amputate) sau de natură socială;
- incapacitate prin lipsă de voință – exemplu elocvent ar fi cel în care individul nu vrea să -și satisfacă singur, una sau mai multe nevoi – ex. etilismul cronic;
- incapacitate prin lipsă de cunoaștere – unde se impune ca nursele să intervină în educația sanitară a individului;

Teoretic, dependența are patru nivele:

- Nivelul I : independență (autonomie –notată cu un punct);
- Nivelul II: dependență moderată – notată cu două puncte;
- Nivelul III : dependență majoră – notată cu trei puncte;
- Nivelul IV :dependență totală – notată cu patru puncte.

Fiecărei nevoi i se acordă un punctaj între 1 și 4, iar în urma totalizării punctajelor, putem avea unul din următoarele scoruri:

- persoană independentă – cu un total de 14 puncte;
- dependență moderată – cu un total de 15 – 28 puncte;
- dependență majoră – cu un total de 29 – 42 puncte;
- dependență totală – cu un total de 43 – 56 puncte.

Sursele de dificultate sunt considerate ca și cauză a dependenței.

Factorii care împiedică satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale, pot fi de ordin fizic, social, psihologic, spiritual, sau pot fi legați de o insuficiență cunoaștere.

Nursa poate interveni în oricare dintre cauze.

Factori de ordin fizic: care pot influența negativ satisfacerea unor nevoi, din interior (ex. corpii străini traheali, torace deformat, lobotomia pulmonară consecință a unui TBC pulmonar), sau din exterior (ex. aparatul gipsat, perfuzia endovenoasă).

Sunt peste 200 surse de dificultate, nursa trebuie deci să identifice dificultățile și totodată să adapteze intervenția nursing.

Factori de ordin social: sunt reprezentați prin probleme :

- relaționale – ex. lipsa unei persoane importante (vârstnicul), dezorganizarea mediului familial, izolare, lipsa activităților distractive;
- economice – ex. condiții de muncă neadecvate, promiscuitatea, surplus de muncă, insuficiența resurselor financiare;
- culturale – ex. credințe culturale diferite față de sănătate, neadaptarea culturală;
- probleme legate de mediu – ex. schimbarea bruscă a temperaturii ambiante, umiditate, căldură excesivă, frig, poluare chimică.

Pentru rezolvarea acestor probleme, nursa poate interveni singură sau în colaborare cu alți specialiști.

În cazul în care nu se intervine, putem asista la apariția stressului, depresiei, malnutriției, etc.

Factori de ordin psihologic: cuprind stările sufletești ce pot influența negativ anumite nevoi fundamentale.

Se încadrează: agitația, agresivitatea, delirul, halucinația, mania sau obsesia.

Alterarea acestor factori poate influența toate nevoile fundamentale, sau poate fi singura explicație pentru boala individului.

Factori de ordin spiritual: a căror acțiune s-a dovedit că este intermediată de către factorii psihologici. Factorii spirituali sunt specifici indivizilor inadaptabili, celor cu tulburări de comportament și muribunzilor.

Lipsa de cunoștințe despre sănătate, poate influența negativ satisfacerea nevoilor fundamentale.

Nursa trebuie să le transmită pacienților cunoștințe de ordin igienico-dietetic, metode de păstrare a sănătății, cunoștințe despre mediul înconjurător.

Mai există o clasificare a surselor de dificultate, și anume:

- surse ce țin de pacient : când el nu vrea să-și satisfacă singur nevoile. În aceste situații, nursa va avea un rol didactic;

- surse ce țin de nursă : ex. neacordarea de îngrijiri, sau acordarea de îngrijiri incorecte sau incomplete (fie că nu vrea, fie că nu știe cum să intervină profesional);
- surse independente de pacient sau nursă. În aceste cazuri se impune colaborarea cu alți specialiști din domeniul sanitar: psihologi, asistenți sociali, asistenți maternali, fizio-kinetoterapeuți.

Concluzie: în procesul nursing este important să se identifice sursele de dificultate. Pe baza cunoașterii lor , așa zise „grupuri țință”, se vor implica în realizarea nevoilor fundamentale.

ASEPSIA - ANTISEPSIA

Asepsia este definită ca și totalitatea mijloacelor de distrugere și îndepărtare a germenilor patogeni de pe tot ce ar putea fi o sursă microbiană care ar putea contamina o plagă chirurgicală.

Se realizează prin sterilizarea materialului moale și a instrumentarului chirurgical, prin dezinfectia mâinilor chirurgului și a tegumentelor regiunii pe care se va efectua actul operator.

Asepsia este o metodă profilactică de prevenire a infecțiilor.

Sterilizarea însumează procedeele folosite pentru distrugerea tuturor formelor de existență a microorganismelor patogene și nepatogene, de la suprafața sau profunzimea unui obiect.

Înainte de sterilizare propriu-zisă, se face pregătirea instrumentelor și a materialelor:

- îndepărtarea sângelui prin introducerea instrumentelor în soluție de amoniac 1-2%;
- autoclavarea sticlăriei, recoltoarelor și a materialelor de laborator;
- degresarea instrumentelor cu neofalină;
- spălarea cu apă caldă, cu 1-2% sodă de rufe a instrumentelor;

Sterilizarea se face prin mijloace fizice și prin mijloace chimice.

Sterilizarea prin mijloace fizice:

- prin căldură uscată – flambare (gâtul eprubetelor și al fiolelor); prin încălzire la roșu (ansa de platină); prin etuva cu aer cald (instrumentar metalic și sticlăria de laborator);
- prin căldură umedă – fierbere (instrumentar metalic, sonde de cauciuc, seringi – timp de 30 minute la 100Gc);
- autoclavare – instrumentarul metalic, sonde de cauciuc, mănuși chirurgicale, materiale textile, seringi record), timp de 30 minute la 128 – 138gC;

Sterilizarea prin mijloace fizice se mai poate face prin raze ultraviolete, prin infraroșii sau raze gamma.

Flambarea provine din franceză – flamber și constă în trecerea instrumentarului metalic prin flacăra, până la înroșire.

Dezavantajul metodei este acela că deteriorează instrumentarul. Se folosește de aceea numai în urgențe.

Pupinelul – este o etuvă cu aer supraîncălzit, cu temperaturi de 170 – 180gC . Avantajul este că asigură ca mai bună sterilizare, care este valabilă 24 ore. Dezavantajul constă în faptul că răcirea

instrumentarului se face în aproximativ 45 de minute , la care se adaugă faptul că nu se pot steriliza obiecte din material textil, cauciuc sau plastic.

Fierberea – este o metodă mai puțin sigură, deoarece temperatura apei urcă numai până la 100gC.

Este folosită la sterilizarea materialului de sutură, tuburi de cauciuc, material plastic și instrumentarul din metal.

Dezavantaj : anumiți spori, cum ar fi Bacilul tetanic sau Bacilul subtilis, rezistă la temperaturi obținute prin fierbere și distrug instrumentarul de metal prin ruginire.

Este o metodă folosită în urgențe.

Autoclavarea este o metodă de sterilizare prin căldură umedă cu vapori sub presiune. Se folosește la sterilizarea materialului moale și a celui de sutură.

Eficiența sterilizării se face prin control bacteriologic sau prin teste chimice.

Sterilizarea prin mijloace chimice se mai numește și dezinfectie.

Dezinfectia reprezintă distrugerea agenților patogeni (virusuri, bacterii, protozoare, fungi) sau condiționat patogeni, de pe tegumente și obiecte din mediul extern.

Această metodă se face cu:

- vapori de formol – care se pot obține din preparate sub formă de tablete, așezate în cutii metalice, închise ermetic. Se sterilizează sondele de cauciuc, aparatura de citoscopie, rectoscoapele.

Avantajul constă în faptul că nu degradează aparatura, iar sterilizarea poate fi menținută timp îndelungat;

- vapori de etilen – avantajul metodei constă în puterea de penetrație a vaporilor, astfel încât, materialele și instrumentele pot fi sterilizate ambalate.
- sterilizarea chimică se mai face și prin imersia materialului de sterilizat în soluții antiseptice : acid fenic, alcool, cloramină, bromocet.

Ce se dezinfectează prin mijloace mecanice (spălarea, ștergerea prafului) : lenjeria, tegumentele pacientului, mâinile personalului, suprafețe (mese, paturi, noptiere), pansamente, masa de operație.

Prin dezinfectia chimică, se realizează: spălarea, ștergerea, submerjarea, vaporizarea și stropirea suprafețelor.

Se execută cu ajutorul: substanțelor cu acțiune oxidantă (var cloros 25 g % Cl activ, cu cloramină 25 g% Cl activ, cu detergenți și cu substanțe ce produc coagularea proteinelor (alcool, săruri ale metalelor grele).

Se impune respectarea anumitor reguli, pentru ca dezinfectia să poată deveni eficientă:

- să se respecte timpul de acțiune;
- să se respecte concentrația dezinfectantului;
- temperatura;
- împiedicarea asocierii a două dezinfectante, existând riscul inactivării reciproce;
- se va ține cont de rezistența germenilor la anumite dezinfectante.

Sterilizarea prin metode biologice – se face prin chimioterapie, mai frecvent cu sulfamide și antibiotice.

Acțiunea lor este bacteriostatică, și anume, oprește multiplicarea microbiană : cloramfenicolul, tetraciclinele, sulfamidele, dar și bactericidă (distrug microbii): penicilinele, cefalosporinele și metranidazolul.

În blocul operator, în săli de pansamente și saloane, asepsia se face prin dezinfecție:

- formolizarea - se face cu aldehida formică 40 %, în încăperi închise timp de 48 de ore;
- lămpi cu ultraviolete în completare;
- spălarea mâinilor chirurgilor (cu apă sterilă și săpun);
- dezinfecția tegumentelor – ex. în cazul intervențiilor chirurgicale : vor fi rase firele de păr, vor fi apoi spălate cu apă și săpun, dezinfecția propriu-zisă făcându-se cu Tinctură de iod 2%.

ANTISEPSIA

Este metoda care cu ajutorul unor substanțe chimice cu acțiune bactericidă sau bacteriostatică, distruge agenții patogeni care au invadat orice plagă.

Se cunosc soluții antiseptice de suprafață, cum ar fi :

- alcoolul de 70 grade – se folosește pentru tegumente, mai puțin pentru cele umede și pe plagă;
- tinctura de iod 2 la mie – pentru tegumente și pentru marginile plăgii;
- septozolul, folosit pentru tegumentele din zona câmpului operator;
- apa oxigenată – se știe efectul său antioxidant asupra celulei microbiene. Nu se folosește în plăgi neinfectate; se obține din perhidrol 30 ml la un litru de apă distilată;
- cloramina – în concentrație de 5 % se folosește pentru toaleta plăgilor septice și a mucoaselor;
- rivanolul – soluție 1-2 %, folosită în spălarea plăgilor și mucoaselor;
- albastru de metil – soluție 2 %, folosit în badijonări și pentru vizualizarea traiectelor fistuloase.

Per os se folosește ca antiseptic pentru căile urinare.

Se cunosc și antiseptice sub formă de pulberi, cum ar fi:

- acidul boric – folosit în special în dezinfecția plăgilor supurate cu Bacilul Pilocianic;
- dermatolul – cunoscut pentru efectul său cicatrizant;
- iodoformul – folosit pe plăgi.

INFECȚIILE INTRASPITALICEȘTI (NOSOCOMIALE)

Criteriile de definire a infecțiilor nosocomiale

Infecția nosocomială este infecția contractată în spital sau în alte unități sanitare cu paturi, și se referă la orice boală datorată microorganismelor, boală ce poate fi recunoscută clinic sau microbiologic, care afectează fie bolnavul datorită internării lui în spital sau îngrijirilor primite, fie bolnavul tratat în ambulator, fie personalul sanitar datorită activității sale, indiferent dacă simptomele bolii apar sau nu în timp ce persoana respectivă se află în spital.

Definiția infecției nosocomiale se bazează pe: date clinice, examen de laborator și alte teste de diagnostic.

Pentru ca o infecție să poată fi dovedită ca nosocomială, trebuie să nu existe dovada că infecția este prezentă sau este în incubatie în momentul internării în spital.

Trebuie considerate ca nosocomiale și infecțiile dobândite în spital, dar după ieșirea din spital (exemplu: infecția nou-născutului rezultată prin trecerea prin tractul genital și diagnosticată după externare).

Nu se consideră infecție nosocomială, infecția asociată cu o complicație sau cu o extindere a unei infecții prezente la internare, dacă nu s-a schimbat agentul patogen sau dacă semnele nu arată o nouă infecție, precum și infecția transplacentară la nou-născut (exemplu: herpes, rubeola, sifilis, toxoplasmoza), și care devine evidentă la scurt timp de la naștere.

În concluzie, fiecare caz de infecție nosocomială trebuie dovedit că se datorează spitalizării sau îngrijirii medico-sanitare ambulatorii și în unități sanitare.

Infecțiile nosocomiale, constituie o problemă de sănătate publică, cu implicații deosebite pe plan epidemiologic, clinic și economic.

Ele crează dificultăți importante în actul prevențional și terapeutic.

Infecțiile nosocomiale au fost semnalate încă din antichitate.

În România, în anul 1744, apar primele instrucțiuni privind izolarea bolnavilor contagioși și primele reguli de asepzie și antisepsie. Remarcăm implicarea unor medici de prestigiu în combaterea infecțiilor nosocomiale, cum ar fi : C. Davilla, V. Babeș, Cantacuzino.

Etiologia infecțiilor nosocomiale:

1. prezența germenilor în mediul spitalicesc;
2. modul de trecere a germenilor de la un pacient la altul;
3. starea bolnavului (receptivitatea sa), respectiv statusul imunitar;

Cei mai receptivi sunt pacienții:

- cu vârste extreme (nou-născuții, în special prematurii), vârstnicii;
- imunodeprimații (sero – pozitivii HIV, cei supuși chimioterapiei);
- politraumatizații;
- marii arși;
- obezii, cei cu DZ și denutriții.

Cele mai frecvente cauze de infecții nosocomiale, sunt:

- sondajele urinare, 36 %, duc la infecții urinare;
- ventilația asistată, 21%, duc la infecții de căi respiratorii;
- intervenții chirurgicale, 11 %, duc la infecții postoperatorii;
- montarea de catetere, 6 %, duc la infecții sanguine;
- montarea și manipularea cateterelor, în proporție de 4 %, pot da infecții nosocomiale.

Germenii cei mai implicați în producerea infecțiilor nosocomiale, sunt:

- bacteriile – Esherichia Colli, Staphyilococcus aureus, Klebsiella, Proteus;
- virusurile – V. Gripal, adenovirusuri, enterovirusuri;
- fungii – candida.

Procesul epidemiologic al infecției intraspitalicești, cuprinde:

- factorul determinant – agentul infecțios;
- factorii epidemiologici primari : izvor de infecție, calea de transmitere, receptivitatea;
- factorii epidemiologici secundari – de mediu ,medico – sanitari și biologici.

Izvorul de infecție este reprezentat de :

- bolnavii cu leziuni deschise;
- purtătorii de microorganisme patogene – cum ar fi personalul medical, cel de îngrijire, studenții, vizitatorii;
- apa;
- aerul;
- medicamente contaminate;
- materialul medical contaminat;
- lenjerie;
- deșeuri.

În 90 % din cazurile de infecții nosocomiale este vorba de o transmitere încrucișată, prin contact direct de la o persoană la alta.

Profilaxia infecțiilor nosocomiale

Respectarea strictă a regulilor de igienă, este primul mijloc de luptă împotriva infecțiilor intraspitalicești. Aceasta se aplică la trei nivele:

- igiena mâinilor personalului de îngrijire;
- asepsia la aplicarea îngrijirilor invazive;
- securitatea mediului.

Dezinfecția este procesul de distrugere al microorganismelor patogene, în proporție de 99,99 % (cu excepția sporilor bacterieni), dar și un mijloc de profilaxie al infecțiilor intraspitalicești.

Dezinfecția se face la:

- nivel scăzut – distruge bacteriile în formă vegetativă, virusurile și unii fungi. Nu distruge însă sporii bacterieni;
- nivel mediu – care nici ea nu poate distruge sporii bacterieni;
- înalt – distruge toate microorganismele, dar nu și un număr mare de spori bacterieni;
- sterilizarea chimică – distruge toate microorganismele și un număr mare de spori bacterieni.

Gravitatea infecțiilor intraspitalicești, variază în funcție de starea pacientului și în funcție de virulența agentului infecțios.

Cele mai ușoare infecții, sunt cele urinare, cele mai grave, sunt cele produse de germenii prezenți în sânge (responsabili de producerea septicemiilor) și infecțiile pulmonare, care de cele mai multe ori se pot solda cu decese.

Atunci când s-a produs o astfel de infecție, se trece de îndată la aplicarea măsurilor de luptă în focar. De promptitudinea cu care se iau măsurile, depinde succesul acțiunii de împiedicare a răspândirii infecției în unitatea sanitară.

Cele mai importante măsuri sunt:

- supravegherea atentă clinică a tuturor contactilor și a personalului sanitar;
- tratamentul antiinfecțios al bolnavilor;
- măsuri severe de dezinfecție și neutralizare a căilor de transmitere, ținut pe tipul de germene.

CIRCUITELE BOLNAVILOR ÎN UNITĂȚILE SANITARE

Funcționarea unui spital, reprezintă din punct de vedere sanitaro-epidemic, asigurarea tuturor spațiilor necesare activității medicale și gospodărești, îmbinate în circuite funcționale separate pentru diferitele activități.

Principalele circuite sunt:

- circuitul bolnavului;
- circuitul personalului medico-sanitar, a studenților, elevilor în practică;
- circuitul și regimul vizitatorilor;
- circuitul instrumentarului și a diferitelor materiale sanitare;
- circuitul blocului operator;
- circuitul alimentelor;
- circuitul lenjeriei;
- circuitul reziduurilor.

Un circuit funcțional presupune practic separarea oricărei activități aseptice de cea septică, separarea obiectelor necontaminate de cele contaminate, presupune excluderea încrucișărilor care pot favoriza contaminarea.

CIRCUITUL BOLNAVULUI

Include spațiile destinate serviciului de internare, destinate spitalizării și externării.

Este evident faptul, că majoritatea spitalelor fiind clădiri vechi, arhitectura acestora nu permite nici măcar în cazul unor reamenajări asigurarea unui bloc de internări.

În mod normal el ar trebui să cuprindă:

- baia;
- controlul sanitar;
- magazia de rufe curate;
- spații pentru colectarea lenjeriei utilizate;
- garderoba pentru depozitarea echipamentului bolnavilor.

Spațiul de spitalizare propriu-zisă

Accesul bolnavului de la serviciul de internări spre spațiul de spitalizare, se face pe un circuit care nu se încrucișează cu alte circuite funcționale, și în special cu acele circuite considerate contaminate (reziduuri, lenjerie murdară).

Este indicat ca saloanele separate pentru cazurile septice și aseptice, în special pentru secțiile de obstetrică, chirurgie, nou-născuți, pediatrie.

Organizarea saloanelor trebuie să respecte normele sanitaro-antiepidermice de luminozitate și aerisire, de spațiu și cubaj per pat, de instalații sanitare, de amplasare a paturilor.

Externarea bolnavilor ar trebui să se facă pe un circuit separat de celelalte circuite.

BLOCUL OPERATOR

Obligator blocul operator va fi instituit ca o unitate complet separată de restul spațiului de spitalizare. El poate avea un centru de sterilizare propriu.

SALA DE NAȘTERI

Trebuie să aibă circuite funcționale asemănătoare cu cele ale blocului operator.

Circuitul instrumentarului, al obiectelor de cauciuc, al materialului textil, trebuie să se realizeze cu o separare netă.

SECȚIA DE TERAPIE INTENSIVĂ

Spațiul său va fi amplasat imediat în apropierea blocului operator. Saloanele ar trebui să aibă 1-2 paturi. Se vor asigura condiții de lucru aseptice, aceasta având în vedere riscul mare al infecțiilor intraspitalicești asupra acestei categorii de bolnavi.

CIRCUITUL ALIMENTELOR – cuprinde:

- blocul alimentar;
- modul de distribuire al alimentelor,
- transportul mâncării în secții;
- oficiile alimentare din secții;
- distribuția și servirea mesei bolnavului.

CIRCUITUL LENJERIEI – cuprinde:

- blocul spălătoriei;
- transportul lenjeriei curate și depozitarea ei în secții;
- colectarea lenjeriei murdare;
- transportul ei la spălătorie.

CIRCUITUL REZIDUURILOR

Se iau măsuri pentru evitarea contaminării mediului extern, de aceea, colectarea reziduurilor se face în recipiente separate.

Reziduurile infectate se evacuează direct la crematoriu, în scopul incinerării lor, iar cele menajere și alimentare, se evacuează direct la rampa de gunoi.

SATISFACEREA NEVOILOR FUNDAMENTALE

Virginia Henderson a identificat 14 nevoi fundamentale, cu componente bio-psiho-sociale, culturale și spirituale ale individului.

Țelul profesiei de nursing constă în atingerea de către pacient a independenței în satisfacerea acestor necesități, ceea ce duce la obținerea unei stări de bine și a echilibrului, atât biologic cât și psihologic.

Un deficit poate produce o nevoie. O problemă poate împiedica ca o nevoie să fie îndeplinită.

Se cunosc cazuri în care mulți oameni prezintă deficite fizice sau psihice, însă datorită capacității lor de a se adapta, aceste deficite nu constituie probleme.

Cele 14 nevoi fundamentale sunt enumerate în ordinea importanței lor pentru asistența sanitară; ele sunt valabile atât pentru omul sănătos cât și pentru cel bolnav.

Așezarea lor de la 1 la 14 se suprapune piramidei Maslow, intervenția nursing făcându-se tot treptat, de la 1 la 14, pe primele poziții fiind așezate nevoile fiziologice vitale.

I. NEVOIA DE MIȘCARE ȘI MENȚINERE A POSTURII

Mișcarea reprezintă mobilizarea părților componente ale corpului prin acțiuni coordonate.

Postura reprezintă menținerea părților componente ale corpului într-o poziție fiziologică, de echilibru și funcțional.

Mișcarea este foarte utilă, pentru că ea asigură:

- deplasarea bolnavului în scop de apărare, hrană, sau pentru realizarea unor nevoi fiziologice;
- o bună circulație a sângelui;
- funcționalitatea tubului digestiv;
- o bună circulație cerebrală și oxigenare;
- o bună funcționalitate respiratorie;
- un echilibru fizic și psihic;
- stimulează somnul ;
- coordonează toate funcțiile organismului.

Mișcarea este posibilă datorită colaborării mai multor aparate și sisteme:

- sistemul osteo-articular;
- sistemul musculo- tendinos;
- sistemul nervos;
- aparatul circulator;
- aparatul vestibular.

La baza mișcării stau următoarele componente:

- oase;
- articulații;
- mușchi;
- organele sistemului nervos: receptori, nervi senzitivi, nervi motori, măduva spinării, encefal.

În realizarea mișcării și a posturii intervine aparatul locomotor și sistemul muscular.

Aparatul locomotor – care îndeplinește funcția de locomoție. Este format din 206 segmente osoase, peste 430 de mușchi striati și peste 310 articulații.

Sistemul muscular – este constituit din mușchi scurți, striati, lungi, lași și inelari.

Ei asigură menținerea coloanei vertebrale în extensie, mișcările de forță, direcția de mișcare.

Alți mușchi închid marile cavități ale corpului (mușchii abdominali) , alții permit închiderea și deschiderea anumitor orificii (mușchii sfincterieni, mușchiul diafragm, orbicularul buzelor).

Poziția omului , specifică numai lui, este ortostatismul (în picioare) – poziție în care membrele inferioare stau lipite, picioarele în unghi drept pe gampe, genunchii și șoldurile extinse. Membrele

superioare sunt lipite de părțile laterale ale trunchiului, cu coatele extinse ; antebrațele sunt rotate în afară, iar palmele și degetele extinse privesc înainte.

Această poziție este asigurată prin contracția unui număr mare de mușchi și este posibil de realizat, atunci când verticala centrului de greutate cade în poligonul de susținere, poligon format de către plante.

Mișcările de deplasare ale corpului sunt:

- MERSUL – reprezintă ansamblul de mișcări executate de mușchii membrelor inferioare;
- FUGA – este realizată prin aceleași contracții ce se produc și în mers, dar cu o frecvență și intensitate mai mare;
- FLEXIA – sinonim cu îndoire;
- EXTENSIE – sinonim cu întindere;
- ROTAȚIE – mișcarea realizată în jurul axei lungi, internă sau externă;
- PRONAȚIE – mișcarea de răsucire a palmelor în jos;
- SUPINAȚIE – mișcarea de răsucire a palmelor în sus;
- ABDUCȚIE – este mișcarea realizată în afara axei longitudinale;
- ADDUCȚIE – este mișcarea realizată înăuntru, spre axa longitudinală.

În realizarea mișcării, avem următoarea succesiune:

- impulsul nervos;
- contracția musculară;
- acțiunea pârghiei osoase;
- mobilitatea articulară.

Mecanismele care stau la baza mișcărilor sunt de natură neuro-musculară și sunt acte reflexe.

Arcul elementar este format din:

- organele de simț (analizatorii);
- căile de transmitere a sensibilității;
- centrii nervoși;
- căile motorii;
- placa motorie (neuromusculară).

După participarea anumitor grupe musculare, mișcările pot fi clasificate astfel:

- mișcări de tensiune slabă: scrisul, mișcările de finețe și cele de îndemânare;
- mișcări de tensiune rapidă: mișcări de forță;
- mișcări balistice: aruncări, loviri;
- mișcări de oscilație: pendulări.

MANIFESTĂRI PATOLOGICE ALE MIȘCĂRII

IMOBILITATEA –reprezintă inversul mobilității . Mobilitatea reprezintă capacitatea individului de a se transfera de pe o suprafață pe alta.

Printre cauzele generatoare de imobilitate, întâlnim:

- durerea ;
- prezența bolilor sistemului muscular (atonia musculară, atrofia musculară, contractura musculară, miozitele);
- bolile osteo-articulare (fracturi, entorse, luxații, anchiloze, inflamații, tumori osoase);
- boli ale SNC, de exemplu: accidente vasculare cerebrale, pareze, paralizii;
- boli psihice- cele care se însoțesc de lipsa de interes pentru mișcare;
- obstacole în calea mișcării (pansamente, aparat gipsat).

HIPERREACTIVITATEA ȘI HIPEREXCITABILITATEA

Hiperreactivitatea reprezintă creșterea ritmului mișcărilor și a activității generale a individului.

Hiperexcitabilitatea reprezintă creșterea reactivității musculare la diverși stimuli.

Printre cauzele generatoare amintim:

- cauze de ordin fizic: tulburări endocrine, reacții medicamentoase, etilismul cronic;
- cauze de ordin psihologic: tulburări de gândire, senilitate, situații de criză (pierderea unui membru al familiei, separarea de membrii familiei).

NECOORDONAREA MIȘCĂRILOR – constă în dificultatea sau incapacitatea individului în a-și coordona mișcările, acestea devenind haotice, imprecise, inutile.

Cauzele generatoare sunt:

- de ordin fizic : boli ale sistemului nervos (boala Parkinson, sindroame cerebeloase), deficit senzorial (orbirea), dezechilibre hidro-electrolitice, reacții medicamentoase, droguri;
- de ordin psihic: tulburări de gândire, stress, emoții puternice, anxietate;
- prin necunoaștere;

POSTURĂ INADECVATĂ – constă în adoptarea unei poziții, care nu respectă principiile poziției anatomice a corpului și predispune individul la diferite deformări.

Cauze:

- imobilizarea prelungită la pat în cursul unor boli;
- imobilizarea prelungită în aparate gipsate, atele;
- poziții incorecte: în bancă – pentru elevi;
- lipsa exercițiilor fizice;
- terapii diverse: poziția Trendelenburg (în urgență), poziția șezândă, extensia continuă a unor fracturi;
- durere, dispnee;
- modificări date de anumite boli: opistotonus (în tetanos), torticolis, în meningită;
- deformări osoase ale coloanei vertebrale: cifoza, scolioza, lordoza;
- deformări osoase ale membrelor inferioare: genu valgum, genu varum, luxații congenitale de șold, picior strâmb congenital.

INTERVENȚIILE NURSEI

În caz de imobilitate:

- planifică un program de activitate, ținând cont de cauza imobilității și de capacitatea pacientului de a colabora;
- aplică profilaxia escarelor;
- efectuează exerciții pasive;
- învață pacientul care este postura adecvată și cum să efectueze exerciții musculare active;
- învață pacientul cum să respire profund și să tușească;
- redă încrederea în sine a pacientului.

În caz de hiperactivitate:

- asigură mediul optim pentru pacient: semiobscuritatea încăperii, liniște, reducerea numărului de vizitatori;
- supraveghează permanent pacientul;
- înlătură obiectele ce ar putea răni sau incomoda pacientul;
- administrează tratament tranchilizant – la indicația medicului,
- unde este cazul, aplică cămașă de protecție, chingi (pentru bolnavii agitați excesivi).

În cazul necoordinării mișcărilor:

- pregătește psihic bolnavul înaintea fiecărei tehnici de investigație sau tratament;
- planifică un program de exerciții fizice în funcție de capacitatea pacientului;
- învață pacientul să utilizeze diferite aparate de susținere;
- întocmește un program pentru kinetoterapie,
- ajută pacientul să-și satisfacă celelalte nevoi în condițiile imobilizării acestuia;
- administrează medicația specifică, dar numai la indicația medicului.

În caz de postură inadecvată:

- așează pacientul în pat, respectând pozițiile anatomice ale diferitelor segmente ale corpului;
- așează pacientul în poziția adecvată situațiilor de urgență;
- previne escarele;
- efectuează mișcări pasive și active.

II . NEVOIA DE A DORMI ȘI A SE ODIHNI

Somnul reprezintă absența stării de veghe, atât noaptea cât și ziua.

În perioada de somn se constată o scădere a activităților fiziologice, a metabolismului bazal, scăderea tonusului muscular, a ritmului respirațiilor, pulsului și tensiunii arteriale. Tot acum crește cantitatea de hormon somatotrop, necesar creșterii copiilor, sistemul nervos intră în repaus, astfel se poate înmagazina energia și se pot înlătura substanțele toxice.

Durata somnului depinde de vârsta individului: nou-născutul doarme 18 ore pe zi, copilul mic și adolescentul dorm 12 ore pe zi, adultul între 7 și 9 ore pe zi, iar vârstnicul, 6-8 ore pe zi.

INTERVENȚIILE NURSEI

- menține condițiile necesare somnului;

- observă dacă perioadele de relaxare sunt în raport cu necesitățile organismului și munca depusă;
- explică necesitatea menținerii unei vieți ordonate;
- îl învață tehnici de relaxare și modalități care să-i favorizeze somnul prin discuții, demonstrații, material documentar;
- administrează tratamentul medicamentos la indicația medicului;
- observă somnul, calitatea acestuia, raportul între starea de somn și veghe;
- notează funcțiile vitale și vegetative, perioada somn – odihnă, comportamentul pacientului.

STĂRI PATOLOGICE

INSOMNIA – reprezintă absența somnului sau scăderea perioadei de somn, sau absența senzației de odihnă după somn.

Insomnia poate fi :

- insomnia de adormire – adormirea cu dificultate, dar după adormire somnul decurge normal;
- insomnia de trezire – individul adoarme normal dar se trezește înainte de vreme și nu mai poate dormi;
- insomniile dormiționale – treziri frecvente, care fărâmițează somnul;
- insomniile predormiționale – caracterizate printr-o stare de veghe prelungită până la instaurarea somnului fiziologic;
- insomniile post-dormiționale, este o stare caracteristică persoanei vârstnice și celor care se culcă la ore târzii;
- falsa insomnie – se întâlnește la persoanele care realizează perioada fiziologică de somn (ațipirile);
- coșmaruri – sunt vise dominante, care determină treziri brusce, agitate, urmate de adormire cu dificultate;
- somnambulism – reprezintă o tulburare paroxistică de somn, caracterizată prin mișcări dezordonate ale individului, privirea acestuia fiind rătăcită, individul nu răspunde la întrebări, își schimbă poziția în pat, se culcă și adoarme. La trezire pacientul nu-și amintește episodul de pseudo-trezire;
- pavor nocturn – este o spaimă intensă produsă în somn. Este mai frecvent întâlnit la copii, care, pentru câteva minute, țipă și încearcă să fugă, după care adorm și nu-și reamintesc întâmplarea.

Insomnia scade puterea de concentrare a individului în timpul zilei, diminuează atenția, individul prezintă gesturi nesigure, este obosit și încercănat.

INTERVENȚIA NURSEI

- aplică tehnicile de relaxare;
- recomandă pacientului o baie caldă sau o cană de lapte caldă înainte de culcare;
- celor care se trezesc în timpul nopții le recomandă să citească sau să asculte muzică câteva minute, cu scopul reînălării somnului;
- nursa va identifica cauza insomniei – folosindu-se de culegerea datelor;

- va învăța pacientul să noteze orarul somnului, timpul, calitatea și gradul de satisfacție după somn;
- va alcătui un program de odihnă;
- va administra medicația prescrisă de medic și va urmări efectele acesteia.

HIPERSOMNIA – reprezintă somnul excesiv ca durată și profunzime, adică peste 10 ore de somn la adult, peste 12 ore de somn la copii, cu apariție bruscă.

SOMNOLENȚA – se manifestă prin accese de somn diurn.

LETARGIA – este o hipersomnie continuă, care poate merge până la zile sau ani, în care funcțiile vitale sunt mult diminuate.

NARCOLEPSIA – reprezintă absența tonusului muscular însoțită de o necesitate subită de somn.

O întâlnim în cazul lipsei de activități, postprandial, dar și în plină activitate. Este un somn superficial, însoțit de vise desagrabile, transpirații și bufeuri.

INTERVENȚIA NURSEI:

- notează raportul somn – veghe,
- culege date referitoare la calitatea somnului;
- identifică împreună cu pacientul cauza care precede cel mai frecvent hipersomnia;
- echilibrează psihic individul;
- notează orice schimbare în atitudinea pacientului, chiar după administrarea medicației;
- programează activități interesante pentru pacient care să ajute la evitarea unui somn prelungit.

DISCONFORTUL – este o neplăcere fizică și psihică datorată lipsei perioadei de odihnă. Pacientul este iritabil, prost dispus, acuză disconfort, dureri musculare și diaforeză (transpirații abundente).

Intervenția nursei constă în :

- depistarea cauzei;
- favorizarea odihnei;
- psihoterapie;
- îngrijiri curente care să ofere satisfacție pacientului;
- notează orice schimbare survenită.

OBOSEALA – pacientul prezintă:

- fața palidă, tristă, ochi încercănați, privire încețoșată;
- puls rar, lent, slab;
- hipotensiune arterială;
- somnolență diurnă;
- tegumente reci și transpirate;
- este apatic și plictisit;
- scade în greutate.

INTERVENȚIA NURSEI :

- identifică cauza oboselii,
- planifică împreună cu pacientul activități cotidiene care să includă și perioade de odihnă;
- execută tehnici de relaxare;

- notează funcțiile vitale, ritmul somnului, perioadele de odihnă și comportamentul pacientului;
- administrează medicația la indicația medicului și observă efectele acesteia.

III . NEVOIA DE A SE ÎMBRĂCA ȘI DEZBRĂCA

Este o necesitate specifică ființei umane. Aparatele și sistemele care intervin în efectuarea acestor manevre sunt aparatul locomotor și sistemul nervos.

Îmbrăcămintea trebuie adaptată :

- temperaturii și umidității din mediul ambiant;
- posibilităților socio – economice;
- asigurării libertății mișcărilor;
- ideologiei personale;
- protecției intimității personale;
- personalității individului;
- echilibrului psihic al individului.

Nevoia de a se îmbrăca este determinată de următorii factori:

- factori biologici – vârsta (copiii și vârstnicii pierd căldura, motiv pentru care hainele lor vor fi mai groase) , imobilitatea articulară, tonusul muscular, tipul constituțional (obezi);
- personalitatea individului;
- activitatea individului;
- factori religioși;
- factori emoționali,
- clima;
- statutul social;
- munca depusă (îmbrăcămintea va avea rol de protecție);
- gradul de cultură;
- normele sociale;
- starea de sănătate, fizică și mentală.

CONDIȚII PATOLOGICE – se pot clasifica după etiologie, astfel:

- dificultate în a se îmbrăca și dezbrăca (cauze independente de voința pacientului);
- dezinteres pentru ținuta vestimentară;
- lipsa de cunoștințe în alegerea potrivită a hainelor;

Dificultatea în a se îmbrăca și dezbrăca o întâlnim în una din situațiile:

- leziuni traumatice - fracturi, arsuri, plăgi;
- scăderea forței membrelor superioare – paralizii, pareze;
- lipsa integrității anatomice – amputațiile,
- obstacole pentru mișcare – aparat gipsat, pansamente, chingi;

- alte deficiențe – durerea ,slăbirea, oboseala.

Dezinteresul pentru ținuta vestimentară:

- deficiențe de ordin psihologic – stări depresive, accese de melancolie;
- deficiențe socio-economice,
- afecțiuni fizice grave, invalidante;

ROLUL NURSEI:

- învață pacienții cum să-și aleagă îmbrăcămintea în funcție de climă, gradul de efort, activitate, vârstă, sau prezența condițiilor patologice;
- educă pacientul privind importanța vestimentației,
- identifică capacitatea și limitele fiziologice ale persoanei îngrijite;
- îmbracă și dezbracă pacientul cu paralizii ale membrelor (se începe îmbrăcarea cu membrul paralizat, apoi cu cel sănătos), dezbrăcarea se face în mod invers;
- recomandă haine ușor de îmbrăcat, cu mod de încheiere simplu, încălțăminte fără șiret;
- în cazul bolnavilor psihici: intervine în orientarea pacientului în timp și spațiu , explica gestică îmbrăcării, îi aranjează hainele pentru îmbrăcat în ordinea folosirii lor, va manifesta respect față de bolnav și va da dovadă de înțelepciune, înțelegere și răbdare.

IV . NEVOIA DE A MENȚINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE

TERMOREGLAREA

Termoreglarea reprezintă ansamblul de procese și mecanisme cu ajutorul cărora temperatura corpului este menținută constant, în condițiile unor variații limitate ale temperaturii mediului extern.

Pentru a menține homeotermia organismului, mecanismele de reglare intervin astfel:

- la temperaturi mai mari ale mediului ambiant se scade producerea de căldură în organism (termogeneza) și se intensifică mecanismele de pierdere a căldurii (termoliza);
- la temperaturi mai mici ale mediului ambiant decât cele ale organismului, procesul se desfășoară în sens invers , este înrăzărită termogeneza și este diminuată termoliza.

Căldura se produce prin termogeneză și se pierde prin termoliză.

Sursa termogenezei este metabolismul, adică acele procese chimice care generează energie pentru desfășurarea funcțiilor vitale ; o parte din energia astfel obținută se transformă în energie calorică.

Termoliza se produce prin patru procese fizice :

- radiație – prin care se pierde până la 45% din căldura corpului;
- convecție – prin care se pierde 30% din căldura corpului;
- conductibilitate – se pierde tot 30% din căldura corpului;
- evaporare – se pierde 25% din căldura corpului în condiții normale de temperatură a mediului ambiant și la repaus.

Atunci când temperatura mediului ambiant este mare, singurul mijloc de eliminare a căldurii din organism este evaporarea, care se realizează prin transpirație.

Aparatul central de reglare a temperaturii este reprezentat de hipotalamus, formațiune neuronală ce aparține encefalului.

Termogeneza este accentuată atunci când organismul pierde căldură. Sistemul cel mai implicat este cel muscular, prin:

- creșterea tonusului musculaturii striate;
- prin apariția frisonului;
- prin activitatea musculară voluntară.

Temperatura corpului omenesc și limitele acesteia – se referă la temperatura organelor interne, adică la temperatura centrală. Aceasta este aproximativ egală cu temperatura orală (măsurată sublingual), temperatura din esofag, stomac, rect, din axilă, din cavitatea nazală și din ureche.

În condiții normale, temperatura orală oscilează între 36,1 – 37,2 C, iar cea rectală, cu 0,2 – 0,5 C mai mult.

Temperatura centrală poate fi influențată de :

- intensitatea efortului;
- climă;
- ingestia de alimente;
- boală;
- ritmul circadian;
- sexul – femeile au temperaturi mai mari decât bărbații datorită influenței hormonale;
- vârsta – tinerii au temperaturi mai mari decât vârstnicii; nou-născuții pierd mai multă căldură.

La temperaturi de 39 – 39,5 C, activitatea nu mai poate continua, la 40 C mecanismele de reglare încetează, la 42 –43,5 C, se produce moartea.

La 31 C , se pierde starea de conștiență, sub 31 C nu mai funcționează termoreglarea, la 24 – 25C, se produce moartea.

Patologia termoreglării se poate datora unor cauze exogene și endogene.

Dintre cauzele exogene, amintim, acumularea de căldură (stress termic) și pierderea de căldură (hipotermia).

Acumularea de căldură cuprinde :

- sincopa de căldură – exprimată printr-o hipotensiune arterială supraacută;
- tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic : edemul de căldură, spolierea de apă, spolierea de sare, crampele de căldură;
- șocul caloric – caracterizat prin întreținerea hipertermiei la valori de 41C, însoțit de absența sudorației și de tulburări grave ale funcției cerebrale;
- anhidroza – caracterizată prin absența sudorației în ambianță caldă;
- insolația – se datorează acțiunii combinate a căldurii și luminii solare ce acționează asupra extremității cefalice și regiunii cervicale. Se cunosc forme grave : cu cefalee, jenă precordială, facies congestionat, pupile miotice, puls mic, filiform, ceafă rigidă. Evoluția este către convulsii, uneori comă terminală. Se cunosc forme foarte grave (sincopa albă), în care

întâlnim dispnee intensă, temperatura de 43 C, tegumente palide dar calde, decesul survine în câteva minute. Se mai întâlnesc și forme atenuate, manifestate prin astenie, epistaxis, congestia feței, jenă respiratorie și tendințe lipotimice;

- febra – reprezintă o reacție generală a organismului la acțiunea unui agent nociv. Se manifestă prin: sete, oligurie, urini concentrate, cefalee, stare generală alterată, tahicardie, tahipnee, inapetență, convulsii febrile, halucinații sau dezorientare.

Alte cauze ce produc febră sunt:

- emoțiile puternice;
- afecțiuni cerebrale;
- substanțe simpatico-tropice (adrenalina, cocaina, nicotina, cafeina);
- substanțe de degradare proteică rezultate din necroza tisulară (infarct miocardic acut, fractură osoasă, hemoliza acută).

Când temperatura centrală măsoară între 37,2 – 38 C, avem subfebrilitate.

Modificări patologice prin pierdere de căldură:

- hipotermia – este determinată de scăderea temperaturii corpului sub 36 . O întâlnim la nou-născuți (prin lipsa maturității sistemelor de termoreglare), la bătrâni, în abuzuri de alcool, boli infecțioase grave. Se manifestă prin hipotensiune arterială, eritem localizat, durere intensă la nivelul regiunilor expuse la frig, cianoza buzelor, unghiilor și urechilor, edem generalizat, oboseală, somnolență, apatie și lentoare în vorbire;
- degerătura – apare prin alterarea circulației sanguine la nivelul tegumentului expus la frig.

INTERVENȚIILE NURSEI

În cazul unui pacient cu hipertermie:

- aerisește încăperea;
- aplică comprese reci;
- recomandă îmbrăcăminte lejeră;
- administrează pacientului antitermice și cantități mari de lichide;
- menține igiena tegumentelor, schimbă cât mai des lenjeria.

În cazul unui pacient cu hipotermie :

- încălzește pacientul cu pături;
- crește gradat temperatura mediului ambiant;
- administrează lichide calde;
- ajută pacientul să-și păstreze integritatea tegumentelor;
- echilibrează pacientul hidro-electrolitic;
- recomandă consum de lichide și alimente calde, calorigene, atunci când temperatura mediului ambiant este scăzută;
- recomandă consum de lichide și alimente reci, atunci când temperatura mediului ambiant este crescută, fără grăsimi în alimentație și purtarea îmbrăcăminte deschise la culoare.

V. NEVOIA DE A FI CURAT, ÎNGRIJIT, DE A PROTEJA TEGUMENTELE ȘI MUCOASELE

Pielea reprezintă un organ cu funcții multiple, în structura sa având țesuturi epiteliale ale epidermului, glandelor, fanerelor, sistemului melanoformator și țesuturi conjunctive ale dermului și hipodermului.

De la exterior la interior, organul cutanat are trei zone distincte :

- epidermul – este un epiteliu pluristratificat, pavimentos, cu evoluție spre cornificare; aici găsim celula Merkel și celule melanocite (ele constituind sistemul pigmentar al pielii, cu rol vital în fotoprotecție);
- dermul – constituit din fibre de colagen și de reticulină, substanță fundamentală și mai puține celule. Rolul său este acela de a asigura elasticitatea, tensiunea, rezistența la presiune și protecția mecanică a pielii;
- hipodermul – este constituit dintr-o rețea de trasee conjunctivo-elastice, ale cărei ochiuri sunt ocupate de lobuli grăsoși, constituiți din celule adipoase; tot aici întâlnim și vasele sanguine, ce au un calibru mic.

Inervația pielii este realizată de terminațiile senzitive ale nervilor cerebro-spinali și terminațiile efectoare simpatice cu rol vasomotor și secretor.

Sensibilitatea tactilă este asigurată de corpusculii Meissner, discurile Merkel.

Sensibilitatea termică este asigurată de corpusculii Krause (pentru frig) și Ruffini (pentru cald).

Sensibilitatea tactilă și la presiune este realizată de către corpusculii Vater-Pacini.

Anexele pielii – sunt situate în derm și se prelungesc în epiderm. Acestea sunt:

- glandele sudoripare;
- glandele sebacee;
- părul;
- mușchii erectori;
- unghiile.

Organul cutanat are mai multe roluri:

- rol de protecție mecanică, de barieră, față de agenți de diverse naturi;
- rol de manta acidă, având un Ph fiziologic între 4,2 – 5,8, ce îi oferă pielii proprietăți bacteriostatice și fungistatice, precum și putere tampon pentru neutralizarea alcalilor;
- are rol electric, prin încărcătura sa negativă;
- are rol în procesul de tremoreglare;
- rol în metabolismul general, prin eliminarea apei , a CO₂ și absorbția de O₂;
- pielea participă la procesele imunologice, prin prezența la nivelul dermului și hipodermului a limfocitelor, monocitelor, macrofagelor, celulelor Langerhans.

Pielea are anumite particularități, în special legat de vârstă.

La nou-născut – pielea este subțire și fragilă, este uscată prin imaturitatea glandelor sebacee, este sensibilă la frig (deoarece rețeaua vasculară se organizează în 4 – 5 luni).

La vârstnici – senescența clinică începe după 40 ani, este mai evidentă pe părțile expuse radiațiilor ultraviolete. Pielea devine astfel plisabilă, aspră, descuamativă, uneori pruriginoasă.

FACTORII CARE INFLUENȚEAZĂ SATISFACEREA NEVOII DE A FI CURAT

- vârsta;
- temperatura mediului ambiant – piele uscată, fisurată, la frig și vânt și piele transpirată la căldură;
- efortul fizic – accentuează transpirația și crește eliminarea deșeurilor (mirosul neplăcut al transpirației);
- alimentația – o piele hidratată și elastică poate fi menținută prin aport crescut de lichide și vitamine A, D, E;
- factorii psihici – emoțiile accentuează transpirația, mai ales la palme, plante și frunte;
- cultura – igiena este un bun indicator pentru gradul de cultură al unui individ, popor sau orice entitate etnică;
- condițiile socio-economice, se referă la posibilitățile materiale și statusul social al individului.

CAUZE CE DUC LA NESATISFACEREA NEVOII

- incapacitatea de a se autoîngriji, pe care o întâlnim în: atrofie musculară, paralizii sau pareze, impotență funcțională, dureri de diferite cauze, cașectici, boli consumptive, obezitate, hipertiroidie, psihoze, debilități, scleroze;
- tulburări psihice – de gândire, stress, anxietate, pierderea imaginii corporale (amputație de membre inferioare);
- cauze sociale : sărăcia, eșecul, conflicte, lipsa de educație.

INTERVENȚIA NURSEI:

- să participe la toaleta individului, să participe la îmbăiere, pieptănare, tăierea unghiilor, îmbrăcare;
- să ajute la efectuarea toaletei cavității bucale sau să o efectueze la bolnavii comatoși;
- să ajute la efectuarea toaletei genitale;
- să schimbe atitudinea pacientului față de igienă și aspectul fizic;
- să explice pacientului care este rolul igienei; să participe activ la cursurile de educație sanitară în școli;
- conștientizează pacientul despre rolul nociv al alcoolului, condimentelor, alimentelor prăjite, conservelor, afumăturilor;
- va controla alimentele provenite de la vizitatori;
- va explica pacienților rolul intervențiilor în cazul apariției unor leziuni dizgrațioase, însoțite sau nu de prurit;
- ajută pacientul să-și modifice atitudinea față de aspectul său fizic;
- va preveni infecțiile nosocomiale, având în vedere efectele dezastruoase pe care le au acestea.

În activitatea sa nursa va ține cont de patru principii generale:

- bolnavul nu trebuie să devină sursă de infecție pentru alți indivizi (vor fi tratate leziunile tegumentare, zonele indemne vor fi riguros igienizate);
- bolnavul va fi echilibrat nutrițional (alimente bogate în legume, fructe – pentru afecțiuni alergice și bogate în proteine – în special la persoanele tarate);
- educație sanitară susținută;
- produsele recoltate : puroi, cruste, fire de păr, unghii, vor fi corect manipulate și prelucrate.

VI . NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE

Este nevoia care protejează ființa umană împotriva tuturor agresiunilor interne sau externe și ajută la menținerea integrității sale fizice și psihice.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii:

- biologici: vârsta (predispuși sunt copiii și bătrânii), mecanismele de autoapărare;
- psihologici: emoții anxietate, stress;
- sociologici: mediu adecvat, măsuri de protecție, religia, nivelul cultural și educațional al individului.

Manifestări patologice:

- vulnerabilitatea față de pericole, care este dată de : anxietate(ce poate genera diverse situații ca agitația , bulimia de stress, insomnie, tahicardie, hiperventilație, accelerarea tranzitului intestinal);
- durerea – care se poate însoți de : tulburări de respirație, modificări ale TA, tahicardie, transpirații abundente;
- starea depresivă – care se manifestă prin apatie, astenie fizică și psihică, inapetență, lipsă de interes, oboseală;
- pierderea imaginii de sine – intervine prin percepția negativă a propriului corp și a funcției sale;
- pierderea stimei de sine – situație caracterizată prin incapacitatea de a lua decizii.

INTERVENȚIA NURSEI:

- educă pacientul pentru evitarea poluării mediului înconjurător;
- îndepărtează sursele cu miros dezagreabil;
- participă și organizează programe de propagandă și control, de educație a populației pentru menținerea unui mediu sănătos;
- asigură condițiile de mediu adecvate pentru a evita pericolele prin accidentare;
- verifică dacă sunt respectate normele de securitate a muncii, în unitățile cu risc ;
- supraveghează dacă se respectă normele de igienă, salubritate, dezinsecție, dezinsecție, deratizare și circuitele funcționale din unitățile sanitare;

- aplică măsuri specifice de prevenire a transmiterii infecțiilor în cazul apariției focarelor de boli transmisibile;
- urmărește și apreciază corect potențialul infecțios al pacientului, receptivitatea sa la măsurile aplicate;
- asigură izolarea surselor de infecție;
- informează pacientul și stabilește împreună cu acesta planul de recuperare a stării de sănătate;
- efectuează imunizările specifice și nespecifice, crește rezistența organismului;
- oferă explicații clare asupra îngrijirilor programate;
- asigură menținerea legăturii pacientului cu familia;
- învață familia să îngrijească pacientul cu boli psihice sau degenerative, cu scopul reintegrării sale în societate, acolo unde este posibil;
- administrează medicația conform indicației medicului;
- asigură un mediu de protecție psihică, adecvat stării de boală a pacientului;
- folosește tehnicile de relaxare pasivă, cum ar fi: terapia muzicală, masaj, cromoterapia;
- învață persoanele cu risc să folosească mijloacele de autoapărare.

VII . NEVOIA DE A COMUNICA CU SEMENII

Reprezintă acea necesitate de a schimba informații cu semenii din punct de vedere fizic și intelectual.

Comunicarea se manifestă prin toate expresiile, verbale și non-verbale, prin caracteristicile individului din punct de vedere comportamental și sexual.

Exemplu: forme de comunicare sunt considerate: mersul, postura, veștmintele.

Comunicarea verbală are următoarele componente:

- articularea cuvintelor;
- fonația (inflexiunea vorbirii);
- gesticulația.

Comunicarea non-verbală – reprezintă capacitatea psihică de a transmite atitudini corporale, gestică, mimică. Ea poate fi considerată „ limbajul corpului”, deoarece se exprimă prin : privire, limbaj, postură și mers.

Rolul nursei este acela de a ajuta pacientul în a se exprima cu scopul realizării unei comunicări adecvate . De menționat că este o funcție cu caracter autonom.

O formă aparte de comunicare este reprezentată de sexualitate, cu caracteristicile ei, exprimate încă din copilărie și până la bătrânețe.

NEVOIA DE A COMUNICA ESTE INFLUENȚATĂ DE URMĂTORII FACTORI:

Factori biologici :

- integritatea simțurilor: văz, auz, miros, gust, pipăit și echilibru;
- integritatea funcției care permite comunicarea verbală;
- integritatea aparatului locomotor, care permite gestica sau mișcarea;
- capacitatea individului de a avea un răspuns erogen (excitație sexuală).

Factori psihologici :

- inteligență;
- percepție;
- emoțiile.

Factori sociologici:

- anturajul individului;
- gradul de cultură, gradul de educație, statutul social;
- personalitatea – este caracteristica individului prin care acesta se impune, se exprimă, se afirmă și stabilește legături cu alți indivizi.

PATOLOGIA NEVOII DE A COMUNICA – care se referă la:

- tulburări de ordin senzorial – cecitatea (scăderea acuității vizuale), surditatea (scăderea acuității auditive), absența gustului, anosmia (lipsa mirosului), cacosmie (miros perceput urât), hipo sau hiperestezie;
- tulburări motorii – pareza (scăderea funcțiilor motorii musculare) și paralizia (dispariția totală a funcțiilor motorii musculare).
- tulburările de limbaj – afazia (incapacitatea de a pronunța anumite cuvinte), dizartria (nu pronunță corect cuvintele), dislalia (nu pronunță anumite sunete din cuvinte), bradilalia (vorbește rar), mutismul (nu comunică), ticuri verbale (bâlbâiala).
- tulburări afective – agitație, neliniște, anxietate, halucinații (reprezintă percepții fără obiect, și pot fi vizuale, auditive, cutanate, motorii, olfactive);
- scăderea ritmului ideativ – sau gândire greoaie.

INTERVENȚIILE NURSEI:

- va liniști bolnavul și îl va familiariza cu mediul ambiant;
- îi va asigura un mediu de securitate și de liniște;
- îi va administra medicația recomandată de medic;
- va învăța bolnavul să folosească mijloacele proprii de comunicare;
- va pregăti bolnavul preexaminare și postexaminare.

Tot în cadrul patologiei corespunzătoare nevoii de a comunica, putem întâlni:

- amnezia – este o tulburare de a-și aminti evenimentele trecute;
- dificultatea de a înțelege, de a judeca;
- vorbire incoerentă;
- comportament neadecvat situației date;
- confuzie;
- obnubilare (pierderea temporară a conștiinței).

Toate aceste modificări le întâlnim în accidente vasculare, în senilitate, traumatisme cranio-cerebrale, etilism cronic, tumori cerebrale sau în ateroscleroză cerebrală.

Diagnosticul nursing în acest caz este de comunicare inefficientă la nivel intelectual.

Alte modificări patologice țin de factori relaționali, și de aici fac parte următoarele simptome:

- fobia – este o frică extremă și nejustificată față de o situație obsedantă;
- euforia – este o stare de bună dispoziție, dar fără motiv;
- delirul – este o tulburare de gândire, neconformă cu realitatea;
- ideile de suicid;
- depresia – tristețe profundă ce poate merge până la pierderea dorinței de viață;
- demența – incapacitatea de a-și controla propriile acte;
- agresivitatea – este manifestarea impulsivă cu conotație negativă.

INTERVENȚIILE NURSEI :

- oferă pacientului posibilitatea de a-și exprima nevoile, sentimentele, ideile sau dorințele;
- învață bolnavul tehnicile de afirmare, comunicare și relaxare;
- antrenează bolnavul în activități care să-i dea sentimentul de utilitate;
- unii bolnavi necesită supraveghere continuă și medicație specifică (psihotropă).

COMUNICAREA TERAPEUTICĂ

Este o activitate planificată, efectuată pentru a obține relații interpersonale între nursă și bolnav.

Atunci când relațiile între pacient și nursă sunt pozitive, există posibilitatea unei îngrijiri mai bune.

Pentru a se obține acest lucru, trebuie respectate câteva reguli, cum ar fi :

- pacientul va fi respectat, indiferent de gradul de cultură sau de pregătire profesională;
- vocabularul utilizat trebuie să fie pe înțelesul acestuia;
- adresarea se face cu „, dumneavoastră”;
- tonul utilizat este adecvat situației;
- nursa își va menține echilibrul necesar;
- toate tehnicile se aplică atunci când pacientul este cooperant;
- mimica și gesturile trebuie să completeze informația medicală.

Comunicarea terapeutică nu este posibilă dacă nu s-ar respecta următoarele etape:

- ascultarea pasivă – nursa se așează în fața pacientului, îl privește în ochi, nu va folosi mișcări care să-i atragă atenția și îi va inspira încrederea;
- acceptarea ideilor bolnavului fără dispreț – mimica și gestică nursei trebuie să corespundă mesajului transmis de pacient;
- adresarea de întrebări – care vor fi legate de subiect, vor fi puse în ordine logică, numai după terminarea unui subiect, înainte de a trece la altul, ținându-se cont de răspunsul bolnavului;
- parafraza – este exprimarea prin care se redă mesajul bolnavului în cuvintele asistentei;
- clarificarea – constă în adresarea de întrebări atunci când apare o neînțelegere;
- focalizarea – constă în ghidarea mesajului spre o singură problemă de sănătate, pe care nursa o consideră cea mai importantă;

- informarea pacientului – se va face numai după ce medicul cunoaște informațiile pe care nursele hotărăște să le divulge;
- linștea în mediul înconjurător – favorizează ascultarea pentru reușita comunicării cu pacientul;
- recapitularea – este ultimul pas al comunicării terapeutice și constă în punctarea principalelor idei discutate.

Comunicarea este inefficientă în următoarele situații:

- nursele își afirmă părerea contradictorie cu cea a pacientului;
- nursele dau asigurări false, inducând în eroare pacientul;
- când pacientul nu este lăsat să aibă păreri proprii,
- nursele folosesc o atitudine de aprobare sau dezaprobare excesivă față de cele relatate de bolnav;
- când se folosesc stereotipurile și nu se ține cont că fiecare bolnav este o persoană aparte;
- nursele schimbă subiectul conversației, ceea ce reprezintă o impolitețe, sau poate duce la inhibiția bolnavului.

În țara noastră, românii necesită îngrijiri speciale. S-a constatat cooperarea cu dificultate în toate acțiunile sanitare.

Indiferent de apartenența etnică sau culturală, nursele va trata pacienții la fel, egal și echitabil, respectând credințele și practicile lor culturale. Se vor da explicații cât mai simple și se va arăta interes pentru toate persoanele.

Nursele va evita să atingă pacientul în timpul interviului, va evita familiarismele, mai ales cu persoanele necunoscute.

Nursele va urmări și va interpreta:

- postura și atitudinea corpului individului;
- expresia feței;
- vocea;
- mișcarea ochilor și contactul cu privirea.

VIII . NEVOIA DE A-ȘI PRACTICA RELIGIA

Ființa umană nu este izolată, ea este în interacțiune permanentă cu ceilalți indivizi, cu viața cosmică sau ființa supremă. Concepția despre lume exprimă o profundă nevoie umană. Sunt concepții optimiste, altele pesimiste, etice sau morale.

Există factori care influențează satisfacerea acestei nevoi, printre care:

- psihologici – emoțiile și impulsurile individului, dorința de a comunica cu Ființa Supremă, cercetarea sensului vieții și al morții;
- sociologici – creștinismul;
- islamismul;
- budismul;

- hinduismul;
- iudaismul.

MANIFESTĂRI PATOLOGICE:

- culpabilitatea – este sentimentul care se poate manifesta prin amărăciune, autoacuzare, autopedepsire, înțelegerea bolii ca o pedeapsă;
- sentimentul de frustrare – care apare datorită obstacolelor în participarea la activitățile religioase;
- dificultatea de a acționa după propriile credințe și valori, care apare în cazul supunerii unui regim (detenție) sau unui tratament nedorit (transfuzia);
- dificultatea de a participa la activitățile religioase – prin imposibilitate fizică (ex tulburări de vedere);
- neliniște față de semnificația propriei existențe (preocuparea de sensul vieții și al morții, teama exagerată de moarte).

INTERVENȚIILE NURSEI :

- determină pacientul să-și exprime propriile convingeri și valori;
- informează pacientul despre serviciile oferite de comunitate;
- mijlocește desfășurarea unor activități, în conformitate cu dorințele și credințele bolnavilor;
- încurajează pacientul să-și exprime sentimentele în legătură cu problema sa;
- îl pune în legătură cu persoanele dorite;
- comunică des cu bolnavul;
- administrează medicația prescrisă de medic;
- îngrijește bolnavul fără diferență de rasă, credință, ideologie sau culoare;
- confidențele făcute de bolnav sunt secret profesional, de aceea nu se vor divulga nici unei alte persoane, indiferent de gradul de rudenie.

IX . NEVOIA DE A FI OCUPAT PENTRU A FI UTIL

Pe tot parcursul vieții, omul are nevoie să studieze, să muncească și să se realizeze.

Această nevoie este influențată de următorii factori:

- biologici : sexul (fără o diferență semnificativă între cele două sexe), vârsta (în copilărie domină jocul, în adolescență apare independența, responsabilitatea), iar perioada adultă se manifestă prin interes și pasiune pentru muncă și lupta pentru atingerea scopului propus;
- psiho-sociali;
- culturali.

MANIFESTĂRI PATOLOGICE – apar atunci când nevoia nu este satisfăcută:

- devalorizarea – este percepția negativă a individului față de valoarea personală și competența sa; se manifestă prin inferioritate și sentimentul de respingere de către ceilalți;
- dificultatea de a-și asuma roluri sociale;
- dificultatea de a se realiza – reprezintă inutilitatea și incapacitatea individului de a finaliza proiectele propuse;
- neputința – care reprezintă percepția individului asupra lipsei de control asupra unor evenimente într-o anumită situație. Ea apare în diverse handicapuri, în tulburări psihice sau în conflict profesional, eșec sau lipsă de cunoaștere.

INTERVENȚIILE NURSEI:

- culege date despre posibilitățile fizice și intelectuale ale individului;
- se informează asupra dorințelor acestuia;
- orientează persoana asupra acelor activități corespunzătoare capacităților sale;
- încurajează orice activitate care prezintă interes din partea individului;
- îl stimulează și îl susține pentru a menține performanța dorită;
- observă orice schimbare în comportamentul pacientului (depresie, satisfacție);
- identifică împreună cu pacientul factorii care îl împiedică să se realizeze;
- ajută pacientul să realizeze o percepție reală a realității și să se integreze într-un colectiv;
- ajută pacientul în recuperarea fizică și psihică, pentru obținerea independenței sau unei dependențe parțiale.

X . NEVOIA DE A SE RECREEA

Recreerea este o necesitate a ființei umane. Aceasta se poate obține cu ajutorul unor activități agreabile, care duc la obținerea unei bune relaxări psihice și fizice.

Factorii care influențează această nevoie sunt:

- biologici – vârsta;
- psihologici – dezvoltarea psihologică, emoțiile;
- sociali – cultura, organizarea socială.

Nesatisfacerea nevoii de a se recrea se manifestă prin:

- neplăcerea de a efectua activități agreabile, inactivitate, plictiseală, tristețe;
- dezinteres în îndeplinirea activităților recreative;
- refuzul de a participa la activități recreative.

Toate acestea se pot datora următoarelor cauze:

- de ordin fizic – lezarea integrității fizice, reducerea capacității funcționale a organelor de simț, durerea;

- de ordin psihologic – tulburări de gândire, memorie, alterarea stării de conștiință, anxietate, stress, nerespectarea stării de boală;
- de ordin sociologic – singurătatea, pensionarea, rutina, eșecuri, conflicte, lipsa de cunoaștere.

INTERVENȚIA NURSEI:

- explorează interesul pacienților pentru activități recreative;
- programează aceste activități împreună cu pacientul;
- organizează jocuri distractive, formativ-educative, audiții muzicale, vizionări de filme, în grup sau individuale;
- facilitează accesul în biblioteci, săli de lectură;
- are în vedere ca activitățile să nu obosească pacientul, să nu-l suprasolicite;
- administrează și supraveghează efectele tratamentului indicat de medic.

XI . NEVOIA DE A ÎNVĂȚA PENTRU A-ȘI PĂSTRA SĂNĂTATEA

În scopul menținerii sau redobândirii sănătății, a învăța este o necesitate a ființei umane.

Procesul învățării este extrem de complex. Se cunosc factori cu rol în satisfacerea acestei nevoi:

- biologici – vârsta (copiii au cea mai mare capacitate de a înmagazina informații, comparativ cu vârstnicul);
- psihologici – din care fac parte motivația și emoțiile;
- sociali – cel mai important este existența unui mediu ambiant, propice pentru însușirea cunoștințelor.

MANIFESTĂRI PATOLOGICE:

- ignoranța – reprezintă lipsa de cunoștințe, atitudini și deprinderi prin dezinteresul manifestat;
- dificultatea de a învăța – prin deficite auditive, senzoriale, tulburări de vorbire, tulburări de gândire și memorie, sau prin nivel scăzut de educație și cultură.

INTERVENȚIILE NURSEI:

- identifică nevoile de cunoaștere ale individului;
- identifică manifestările de dependență și sursele de dificultate;
- încadrează individul în grupa de risc și caută metoda optimă pentru a ajuta individul să învețe;
- informează pacientul cu privire la mijloacele și resursele pe care le poate asigura pentru a favoriza învățarea;
- susține motivarea pacientului față de cunoștințele pe care urmează să le însușească;
- organizează activități de educație pentru sănătate: convorbiri, cursuri, conferințe, filme;

- stimulează dorința de cunoaștere a pacientului;
- conștientizează pacientul asupra propriei responsabilități privind sănătatea;
- identifică comportamentul greșit al pacientului;
- corectează deprinderile nesănătoase ale acestuia;
- întocmește programe de recuperare și reeducare a bolnavilor cu deficite senzoriale și motorii.

XII. NEVOIA DE A MÂNCA ȘI A BEA

Această nevoie este comună tuturor ființelor vii, deoarece se asigură aportul energetic necesar desfășurării vieții. Sunt aduse în organism substanțe cu rol plastic, se asigură rezervele energetice, plastice și microelemente, cum ar fi, vitamine și substanțe minerale.

Prin nevoia de a bea, se realizează aportul necesar desfășurării activității biologice celulare și extracelulare, funcția de transport și funcția de excreție. Fără apă viața nu ar fi posibilă.

Aparatul de import al materiei, este tubul digestiv, care cuprinde:

- cavitatea bucală;
- faringele;
- esofagul;
- stomacul;
- intestinul subțire (duoden, jejun, ileon);
- organele digestive anexe (pancreas, ficat, colecist);
- intestinul gros (cec, apendice, colon ascendent, colon transvers, colon descendent, cu porțiunile sale : sigmoid, ampula rectală, rect).

Instinctul alimentar face posibilă supraviețuirea organismului. Centrul reflexului alimentar este hipotalamusul iar centrul sațietății este situat în nucleul ventro- medial .El este centrul dominant, care inhibă (atunci când este excitat), centrul foamei.

Stimularea centrilor nervoși se face:

- pe cale nervoasă- exemplu: impulsuri de la scoarța cerebrală;
- pe cale umorală – unde rolul important îl are glicemia.

Principalele tulburări ale comportamentului alimentar:

- **Polifagia**– terminologie nursing: alimentație inadecvată prin surplus. Reprezintă o nevoie exagerată și permanentă de a mânca. Ea poate fi fiziologică (la tineri) și patologică, în obiceiuri defectuoase alimentare, în stress, tumori cerebrale, hipertiroidie, diabet zaharat, parazitoze intestinale sau medicamentoasă.
- **Bulimia** – terminologia nursing: alimentație inadecvată prin surplus. Constă în scăderea sațietății și creșterea accentuată a senzației de foame. O întâlnim în tumori cerebrale, isterie,

neurastenie, distonii neurovegetative, disfuncții endocrine, erori înnăscute în metabolism, alcoolism, tabagism.

Principalele simptome din afecțiunile tubului digestiv:

Durerea digestivă: la masticăție - în ulcerații, tumori; la deglutiție – numită și disfagie – în corpi străini inclavați, tumori, ingestia de substanțe caustice; dureri epigastrice – în UGD, dischinezie biliară, diabet zaharat.

Anorexia - constă în lipsa poftei de mâncare, terminologia nursing fiind de alimentație inadecvată prin deficit. O întâlnim în afecțiuni psihice, neurogene, boli febrile, neoplasme, alcoolism cronic, hipovitaminoze, sarcină, după Roentgen-terapie.

Parorexia – constă în pervertirea apetitului. Ea poate fi de cauză psihică (ex. coprofagia), în sarcină (ingestie de tencuială, pământ), la copii cu deficit de calciu (pot ingera cretă, var).

Refluxul gastro-esofagian – constă în refluarea conținutului gastric, prin esofag, până în cavitatea bucală. Poate fi fiziologică numai la sugari. Se manifestă prin pirozis (arsură retrosternală) și o întâlnim în gastrite, ulcer gastro-duodenal, hernie hiatală.

Greața asociată sau nu cu voma – o întâlnim în afecțiuni neuro-psihogene, în sarcină, afecțiuni digestive, boli endocrine (hipotiroidia, boala Addison), rău de mișcare, în ingestia de substanțe toxice digestive.

Factori care influențează satisfacerea nevoii de a bea și a mânca:

- vârsta;
- activitatea fizică;
- emoțiile;
- clima;
- religia;
- cultura.

INTERVENȚIILE NURSEI:

- nursa calculează necesarul de calorii pe zi, în funcție de activitate, de vârstă;
- calculează rația alimentară echilibrată;
- asigură echilibru între elementele energetice și cele neenergetice (apă, vitamine, săruri minerale);
- asigură echilibru între principiile nutritive fundamentale: 50-55% hidrați de carbon, 10-15% proteine, 30-40% lipide;
- asigură echilibru între produsele de origine animală și vegetală;
- asigură echilibru între aciditate și alcalinitate;
- calculează numărul de calorii pentru sportivi, în sarcină și alăptare;
- are grijă ca rația alimentară să cuprindă : glucide 4,1 cal. pentru metabolizarea unui gram, lipide 9,3 cal, și proteine 4.1 cal;
- cercetează gusturile și deprinderile alimentare ale individului;
- alege alimentele ținând seama de preferințele, deprinderile și nevoile individului;
- înlocuiește la nevoie un aliment cu altul.

În cazul alimentației inadecvate prin deficit, nursa :

- se asigură că pacientul are o stare bună, fără grețuri și vărsături;
- va echilibra pacientul hidro-electrolitic, nutrițional, psihic;
- îi va explica scopul intervenției.

În cazul alimentației inadecvate prin surplus, nursa:

- va avea grijă ca pacientul să aibă greutatea corporală în funcție de înălțime, vârstă, sex;
- învață pacientul valoarea energetică a alimentelor și necesarul în funcție de activitățile fizice și vârstă;
- alcătuieste un regim hipocaloric;
- urmărește periodic greutatea corporală.

XIII . NEVOIA DE A ELIMINA

Funcția de a elimina, îndepărtează din organism, în mod fiziologic, substanțe nocive sau produși biologici și în mod patologic, anumiți produși patologici.

Menținerea constantă a compoziției mediului intern se realizează prin procesul de homeostazie (echilibru hidric, electrolitic și acido-bazic).

Nevoia de a elimina se referă la:

- a urina – urina este produsul prin care se elimină din organism substanțele toxice ce rezultă din metabolism, prin intermediul apei;
- a defeca – este mecanismul prin care se îndepărtează din organism materii fecale, rezultate în urma procesului de digestie;
- a expira – îndepărtează din organism bioxidul de carbon rezultat din diverse reacții biochimice;
- a transpira – reprezintă procesul de pierdere a apei, sărurilor minerale și a unei mici cantități de uree la nivelul pielii, prin glandele sudoripare – cu scopul menținerii homeostaziei termice;
- eliminarea de substanțe nefolositoare la nivelul fanerelor;
- eliminarea țesuturilor mortificate;
- eliminarea unor produse biologice, cum ar fi: sebumul, sputa, substanțe odorizante.

A URINA – aparatul urinar este alcătuit din rinichi, uretere, vezica urinară și uretră.

Urina se formează prin filtrarea sângelui la nivelul corpuscului Malpighi și prin reabsorbția și secreția tubulară. Urina se acumulează în vezica urinară.

În mod normal urina este o soluție apoasă, ușor sărată, cu miros fad, amoniacal și limpede; este sterilă.

Volumul mediu al micțiunii este de 200 - 400 ml/ 24 ore:

- la gravide crește volumul de urină, ca și frecvența micțiunilor;
- la nou-născuți, crește frecvența micțiunilor (10 ori pe zi);
- vârstnicul micționează mai des, chiar și noaptea;

- în caz de deshidratare scade numărul micțiunilor;
- în caz de ingestie crescută de lichide, crește numărul micțiunilor;
- crește numărul micțiunilor la frig sau la consumul de medicație diuretică;
- scade numărul micțiunilor la stress sau la nevoie.

Urina își poate modifica culoarea astfel:

- urină deschisă la culoare – atunci când alimentația a fost bogată în vegetale, sau când volumul este crescut;
- urină închisă la culoare – în stări de deshidratare (urini concentrate), sau alimentație bogată în carne;
- culoare roșie – ingestie de paracetamol;
- urină galben – portocaliu – în consum de furazolidon.

Alte modificări fiziologice:

- urina poate avea un miros puternic atunci când este concentrată (proces de fermentație, alcalină);
- pH- ul, care normal este acid, poate deveni alcalin, dacă alimentația este vegetală, sau foarte acid, când alimentația a fost bogată în proteine;
- urina la emisie este limpede;
- densitatea urinei este de 1010 – 1035.

Modificări patologice:

- **POLIURIA** – reprezintă creșterea cantității de urină peste 2,5 l/24 ore.

O întâlnim în colică renală, în afectare tubulară renală, diabet insipid, diabet zaharat, criză epileptică, tulburări de ritm cardiac, sau în resorbția edemelor și transudatelor.

OLIGURIA – reprezintă scăderea cantității de urină în 24 ore sub 500 ml.

Se întâlnește în stări febrile, transpirații abundente, vărsături, diaree, hemoragii abundente, perioada de formare a edemelor și ascitei, IRA, IRC în perioada compensată prin retenție azotată, în colică renală.

ANURIA – reprezintă absența producerii de urină ; o întâlnim în status postoperator recent, arsuri întinse, șoc hipovolemic, traumatisme lombare, glomerulonefrită acută, IRC în stadiul uremic.

ISCHIURIA SAU RETENȚIA URINARĂ – reprezintă incapacitatea vezicii urinare de a-și evacua conținutul. Se datorează unui obstacol : stricturi cicatriceale, calculi inclavați în uretră, hipertrofia prostatei.

Se mai întâlnește în paralizii ale vezicii urinare, infecții grave, comă.

DISURIA – reprezintă eliminarea cu durere și dificultate. Este asociată unui calcul uretral, stricturi uretrale, tumori vezicale sau uretrale, adenom de prostată.

NICTURIA –reprezintă situația în care micțiunile se efectuează predominant nocturn.

O întâlnim în insuficiența cardiacă stângă, resorbția edemelor periferice, diabetul zaharat, adenomul de prostată.

POLAKIURIA – este atunci când micțiunile sunt frecvente și reduse cantitativ. O întâlnim în :

- cistite sau uretrite;
- tumori de căi urinare joase;

- adenom de prostată;
- calcul vezical;
- TBC vezical;
- prolaps vezical;
- tulburări nevrotice.

RETENȚIA TOTALĂ DE URINĂ – poate fi acută sau cronică, ducând la apariția globului vezical. O întâlnim în următoarele situații:

- comă;
- meningite;
- encefalite;
- traumatisme vertebrale;
- septicemii;
- stricturi uretrale;
- adenom de prostată.

INCONTINENȚA DE URINĂ - reprezintă lipsa de control a sfincterelor vezicale, astfel încât persoana pierde inconștient urina. Fiziologic o întâlnim până pe la 2-3 ani, patologic o întâlnim în :

- stările de beție;
- coma;
- accidenta vasculare;
- epilepsie;
- leziuni medulare;
- prolaps vezical accentuat.

O situație aparte este ENUREZISUL NOCTURN – întâlnită în :

- tulburări nevrotice;
- spina bifida;
- tulburări psihice grave;
- retard psiho – motor.

Printre modificările conținutului urinei, mai importante sunt:

IZOSTENURIA – atunci când densitatea urinei este egală cu cea a plasmei (în pielonefrită).

HIPOSTENURIA – atunci când densitatea urinei este mai mică decât a plasmei. O întâlnim în pielonefrite, diabet insipid, diabet zaharat, TBC, IRC.

HIPERSTENURIA – urinile sunt concentrate (densitatea urinei este mai mare decât a plasmei): în glomerulonefrită,

ALBUMINURIA – înseamnă pierderea proteinelor în urină; în GNF, sindroame nefrotice.

GLICOZURIA – reprezintă pierderea glucozei în urină, întâlnită în DZ.

HEMATURIA – reprezintă prezența sângelui în urină și apare în una din situațiile: calculi renali, tumori reno – vezicale, cistită hemoragică, TBC renal, GNF, sindrom nefrotic impur.

PIURIA – este prezența puroiului în urină. Este un semn caracteristic infecțiilor urinare.

Cantitatea de urină emisă în 24 ore este de 1500ml. Ea variază după cosumul de lichide, la emoții sau la frig. Regimul sec, munca fizică însoțită de transpirații abundente, scad volumul urinii. Ele se încadrează în limite fiziologice.

INTERVENȚIILE NURSEI:

- realizează zilnic bilanțul hidric;
- corectează balanța acido – bazică;
- recoltează urina;
- asigură igiena tegumentelor și mucoaselor;
- administrează tratamentul conform indicațiilor medicului;
- în caz de glob vezical: asigură igienă riguroasă, aplică căldură în regiunea pubiană, se stimulează micțiunea cu ajutorul jetului de apă, iar în caz de eșec, se execută sondajul vezical;
- în caz de incontinență urinară: se recomandă dispozitive absorbante, igienă riguroasă perineal, administrează local creme și uleiuri, evită consumul de lichide seara;
- reeducarea controlului sfincterian;
- exerciții de întărire a musculaturii perineale;
- efectuează sondaj vezical la indicația medicului;
- asigură o ambianță plăcută;
- învață pacientul că trebuie să existe o relație între nevoia de a bea , a mânca, a face exerciții fizice și a elimina, pentru a stabili propriul orar de ingestie și eliminare.

A DEFECA – este un act reflex prin care se realizează evacuarea materiilor fecale din ampula rectală la exterior, având o componentă voluntară și una involuntară.

Tulburările defecației :

INCONTINENȚA DE MATERII FECALĂ – constă în incapacitatea de a acumula materii fecale în ampula rectală, urmată de pierderea fecalelor, fără a avea control sfincterian.

Este întâlnită în :

- afecțiuni ale nevraxului;
- come profunde;
- sindromul cozii de cal;
- traumatisme ale sfincterului extern ;
- tumori ano – rectale.

TENESME RECTALE – reprezintă senzația de defecație insuficientă, urmată de contracții repetate, dureroase, fără eliminare adecvată. Însoțește de regulă tumorile rectale sau inflamația rectală.

PIERDEREA SIMȚULUI DISCRIMINATORIU PENTRU GAZE – constă în senzația de eliminare pentru gaze, urmată de eliminare de materii fecale. O întâlnim în colite, enterocolite, tumori ano – rectale.

În mod normal materiile fecale conțin 65% apă și 35% conținut solid (grăsimi, microorganisme moarte sau vii, enzime digestive, celuloză, săruri biliare, celule epiteliale descumate).

Caracteristicile materiilor fecale:

- culoarea variază între maro deschis și maro închis;
- au formă cilindrică;
- au aspect omogen, strălucitor, cu miros fad sau neplăcut;
- cantitatea este în medie de 200 – 400 g.

STĂRI PATOLOGICE:

DIAREE – constă în emisiuni frecvente de materii fecale neformate ce conțin resturi alimentare nedigerate sau incomplet digerate. Ea reprezintă insuficiența digestie sau absorbție intestinală.

Apare în :

- toxiinfecții alimentare;
- tulburări ale digestiei gastrice;
- diarei pancreatice;
- ileite ;
- colite;
- tumori digestive;
- iradiere;
- rectocolita ulcero-hemoragică;
- afecțiuni endocrine;
- stări alergice;
- cauze cardiace și renale.

ÎNTERVENȚIA NURSEI :

- măsoară greutatea bolnavului;
- realizează bilanțul hidric, calculează necesarul de lichide /24 ore;
- învață pacientul să-și facă toaleta regiunii anale după fiecare scaun, să aplice creme protectoare, eventual dezinfecție locală cu acid boric 2 – 3 %, să respecte normele de igienă generală (a efectelor personale, a salonului, aerisirea încăperii);
- repaus la pat pe perioada febrei și tratamentul stărilor febrile;
- asigură alimentația de cruțare a intestinului în primele 24 ore după diaree;
- recoltează probe biologice: VSH, examen coproparazitologic, coprocultura;
- menține pacientul într -un echilibru psihic;
- dă dovadă de înțelegere, menajând pudoarea pacientului;
- liniștește pacientul și îl încurajează în legătură cu starea sa;
- aplică tratamentul specific afecțiunii.

ABSENȚA TRANZITULUI – pentru materii fecale și gaze, se manifestă prin balonare intensă abdominală, bombarea abdomenului, vărsături, stare generală alterată. O întâlnim în ocluzii organice sau în ileusul paralytic.

CONSTIPAȚIILE – reprezintă scăderea motilității colonului și constau în eliminarea de materii fecale la un interval mai mare de 48 ore, sau evacuări zilnice, fracționate și insuficiente.

Le întâlnim în diferite afecțiuni;

- megacolon;

- periviscerită;
- formațiuni tumorale;
- deshidratare;
- UGD;
- colecistopatii;
- hipotiroidia;
- intoxicații cu plumb, opiu, morfină, nicotină.

INTERVENȚIA NURSEI :

- hidratare cu o cantitate mare de lichide;
- recomandă alimente bogate în fibre celulozice;
- unde este cazul recomandă laxative, clisma evacuatorie;
- stabilește un orar fix pentru a stimula reflex defecația;
- menține echilibru psihic al pacientului;
- învață pacientul să facă exerciții fizice și să-și mențină igiena locală și generală.

COLON IRITABIL – este acea situație în care apar tulburări funcționale motorii și secretorii ale intestinului gros, în absența leziunilor parietale colice.

Manifestările clinice constau în eliminări excesive de mucus.

Afecțiunea este întâlnită în dezechilibre neuro-vegetative, anxietate, depresii, traume psihice și suprasolicitări.

VĂRSĂTURILE – definiție – reprezintă evacuarea prin gură a conținutului stomacului.

Reprezintă un act reflex, cu centrul nervos în bulb.

Vărsăturile pot fi sau nu precedate de senzații de greață, vertij, cefalee, salivatie abundentă, în funcție de receptorii excitați (de origine centrală sau periferică).

Efactorii sunt reprezentați de fibrele musculare netede din peretele gastric.

Ele se vor diferenția de :

- regurgitație – sau reflux gastro-esofagian, care constă în întoarcerea conținutului gastric în gură;
- vomică – care se referă la eliminarea de secreții în cantitate mare (puroi, exudații) din arborele traheo-bronșic în gură.

INTERVENȚIA NURSEI :

- asigură poziția cea mai comodă pacientului : întotdeauna cu capul lateral, la marginea patului;
- învață pacientul să-și mențină igiena cavității bucale, a tegumentelor și efectelor pacientului;
- asigură ajutor în timpul actului de vărsătură;
- menține un echilibru psihic pacientului, insistă asupra exercițiilor de inspir profund, forțat care pot cuprinde senzația de vărsătură;
- menține echilibru hidro-electrolitic și acido-bazic;
- administrează medicația la indicația medicului;

- observă semnele de gravitate datorate deshidratării accentuate: plafonarea privirii, deprimarea fontanelii anterioare(la sugari)sau apariția crampelor, pe care le va aduce la cunoștință medicului;
- notează funcțiile vitale în FO.

ELIMINAREA MENSTRUALĂ – MENSTRUATIA – reprezintă activitatea fiziologică lunară, de eliminare a sângelui de proveniență genitală, la femeile aflate în perioadă fertilă.

Acest lucru se produce la sfârșitul fiecărui ciclu menstrual, dacă ovulul nu a fost fecundat.

Menstruația este o stare fiziologică reglată hormonal. Apare la 11-12 ani, lunar, la un interval de 28 de zile, durează 3 – 4 zile. Este moderat dureroasă , cu flux moderat, cu sânge roșu – închis la culoare și miros fad.

Putem întâlni manifestări patologice :

- amenoree – lipsa menstruației;
- dismenoree – dureri intense asociate menstruației;
- metroragii – hemoragii apărute extramenstrual;
- menoragii – menstruații prelungite;
- hipermenoree – cantitate crescută de sânge menstrual;
- hipomenoree – cantitate redusă de sânge menstrual;
- polimenoree – menstruații care survin la intervale mai mici de 28 de zile;
- oligomenoree – menstruații care survin la intervale mai lungi de 28 de zile.

SECREȚIILE VAGINALE – sunt produse de către glandele situate la nivelul colului uterin, cu rol în lubrefiere și reproducere. Leucoreea fiziologică este translucidă și se instalează odată cu pubertatea.

INTERVENȚIA NURSEI :

- observarea și notarea tipului de hemoragie (momentul apariției, cât durează, cum arată, ce semne de însoțire sunt);
- pacienta va sta la pat, în decubit;
- se vor asigura condițiile de igienă personală;
- va executa tehnicile de recoltare a secrețiilor vaginale și spălătura vaginală în scop terapeutic sau profilactic;
- efectuează tratamentul specific;
- menține starea de echilibru psihic, prin liniștire, tehnici de relaxare, dă explicații despre boală și procedurile de investigație.

DIAFOREZA – reprezintă transpirația în cantitate mare, între 1 și 10 litri/24 ore.

Apare în:

- temperaturi mari ale mediului ambiant;
- efort fizic mare;
- stress accentuat;
- efort intelectual;

- ingestie de lichide mare;
- neoplasme;
- activitate redusă a rinichilor.

INTERVENȚIA NURSEI :

- asigură hidratare adecvată , cu soluții saline pe cale orală, când este posibil;
- igiena tegumentelor;
- schimbarea lenjeriei;
- îmbrăcăminte adecvată;
- aplică tratamentele specifice;
- dă explicații despre afecțiune și cauze;
- descrie modul în care se poate îngriji singură sau cu ajutorul familiei;
- aplică tratamentele specifice afecțiunii ;
- menține echilibru psihic al pacientei, inclusiv exprimarea sentimentelor.

EXPECTORAȚIE – este eliminarea în exterior, prin tuse, a secrețiilor din căile respiratorii .

În condiții fiziologice, celulele mucipare din epiteliul mucoasei bronșice secretă o substanță proteică, numită mucus, cu scopul de a umecta mucoasa.

În anumite afecțiuni, sputa își modifică caracteristicile:

- hemoptizie – sputa de culoare roșie și aerată;
- sputa hemoptoică – conține striuri sanguinolente;
- sputa ruginie – întâlnită în pneumonii;
- roșie-brună – întâlnită în TBC pulmonar;
- roșie-gelatinosă – întâlnită în cancerul bronho – pulmonar;
- rozată-aerată – întâlnită în edemul pulmonar;
- sputa cu miros fetid – întâlnită în TBC pulmonar.

INTERVENȚIA NURSEI :

- educație sanitară : pacientul va fi educat cum să folosească batista, să tușească cu gura închisă, să nu înghită sputa;
- învață pacientul modalitatea de a colecta sputa, să nu folosească scuipătoarele în alte scopuri, să le spele și să le dezinfecteze cu soluție de fenol 3%;
- asigură așezarea pacientului în diferite poziții în pat, pentru a evita staza bronșică.

XIV . NEVOIA DE A RESPIRA ȘI A AVEA O BUNĂ CIRCULAȚIE

A RESPIRA – reprezintă funcția organismului prin care se primește oxigenul atmosferic și se elimină bioxidul de carbon din organism (respirație pulmonară) și se cedează bioxidul de carbon, rezultat în urma arderilor tisulare.

A AVEA O BUNĂ CIRCULAȚIE – se referă la asigurarea unei circulații sanguine adecvate, prin contractilitatea inimii.

Sângele este transportorul pentru gazele sanguine (oxigen și bioxid de carbon), pentru substanțe nutritive și pentru diferiții produși biologici, necesari organismului.

Primul ajutor care se acordă unui pacient, va asigura , preferențial, respirația și circulația.

Aparatul respirator cuprinde căile respiratorii și plămâni. Căile respiratorii sunt reprezentate de cavitatea nazală, faringe, laringe, trahee și bronhii.

Respirația se desfășoară în trei etape:

- pulmonară – respirație externă;
- sanguină – transportorul gazelor;
- tisulară – respirația internă. Aceasta este adevărata respirație a celulelor corpului. Au loc reacții de oxido-reducere, în cursul cărora hidrogenul se combină cu oxigenul, dând apa și energia chimică ce stă la baza vieții celulare.

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU TULBURĂRI RESPIRATORII

Simptome cheie:

- **TUSEA** – este un simptom comun afecțiunilor respiratorii, un răspuns la iritarea căii traheo – bronșice, iritare determinată de corpi străini, agenți inflamatori sau mucus.
- **SPUTA** – sistemul pulmonar adult produce zilnic 100 ml mucus, care este expectorat sub forma de spută.
- **HEMOPTIZIE** – este hemoragia din tractul respirator, evidențiată cu ocazia tusei, cu expectorarea unei spute cu sânge.
- **DUREREA TORACICĂ** – este produsă printr-o inflamație.
- **DISPNEEA** – dificultate în respirație sau o respirație laborioasă.
- **MODIFICAREA VOCHII** – care ne îndrumă spre anumite afecțiuni.

Îngrijirile acordate pacienților cu afecțiuni respiratorii constau în:

- aplicarea terapiei medicamentoase specifice;
- respectarea principalelor obiective: corectarea hipoxiei, scăderea retenției dioxidului de carbon, corectarea factorilor favorizanți sau agravanți, facilitarea mobilizării secrețiilor, prevenirea infecțiilor, reducerea anxietății;
- intervenții non-farmacologice: oxigeno-terapie, evitarea fumatului, asigurarea unei alimentații corespunzătoare și a unui echilibru psihic, asigurarea unui sprijin psihologic adecvat.

CIRCULAȚIA – este asigurată de inimă și vase.

Inima este organul central al aparatului cardio-vascular, are o singură funcție, aceea de pompă ritmică. Începând din luna a IV- a vieții uterine, inima bate neîncetat, până la sfârșitul vieții.

Arborele vascular este format din artere (vase prin care sângele încărcat cu oxigen și substanțe nutritive circulă dinspre inimă spre țesuturi și organe), capilare (vase cu calibru foarte mic, interpusse între artere și vene, la nivelul cărora se fac schimburile între sânge și diferitele țesuturi) și din vene (prin care sângele încărcat cu bioxid de carbon este readus la inimă).

Simptome cheie în afecțiunile cardio-vasculare:

- **DURERA TORACICĂ** – descrisă ca o arsură, indigestie, junghi violent. Important este durata durerii, iradierea durerii, factorii agravanți și eventuale simptome asociate.
- **DISPNEEA** – constă într-o respirație realizată cu dificultate.
- **SINCOPA** – este o pierdere temporară a stării de conștiență (produsă prin scăderea fluxului sanguin la nivel cerebral, pentru o perioadă de timp)

XIV. NEVOIA DE A FI OCUPAT PENTRU A FI UTIL

Se referă la realizarea individului prin studiu, apoi prin muncă. Ea depinde de satisfacerea celorlalte nevoi și de capacitatea fizică și intelectuală a fiecărui individului.

Pentru individ lipsa activității productive este similară cu sărăcia, cu imposibilitatea de a-și întreține familia sau de a-și realiza un viitor. Este afectată nevoia de siguranță socială ceea ce deteriorează echilibrul bio-psiho-social și creează premiza bolii.

Boala este generatoare la rândul ei de discontinuități în producție sau de incapacitate totală de muncă.

Manifestări patologice

- devalorizarea – reprezintă percepția negativă pe care individul o poate avea față de valoarea personală și competența sa;
- dificultatea de a-și asuma anumite roluri sociale;
- dificultatea de a se realiza;
- neputința – este percepția individului asupra lipsei de control a evenimentelor într-o anumită situație.

Intervenția nursei:

- identifică posibilitățile intelectuale și fizice ale individului;
- află dorințele și plăcerile acestuia;
- orientează persoana asupra activității corespunzătoare capacităților sale de realizare;
- asigură o mare varietate de activități psihice, pe care le face atunci când este bolnav;
- susține bolnavul pentru a obține performanța, satisfacția sau senzația de utilitate;
- susține bolnavul în perioada de recuperare pentru a se întoarce la activitatea sa;
- cooperează cu alți specialiști și urmărește capacitatea biologică de adaptare și reintegrare a pacientului;
- ajută pacientul să-și planifice ziua, îl încurajează în orice fel de activitate care îl interesează;
- îi creează condiții pentru a-l atrage într-o activitate productivă.

NEVOILE UMANE ALE ASISTENTULUI MEDICAL

Pentru a furniza pacienților o îngrijire eficientă, asistentul medical trebuie să-și îndeplinească și el nevoile fiziologice.

Astfel, este știut faptul că cei cu probleme de sănătate, sau probleme familiare nu pot îngriji eficient pacienții.

Asistenții medicali au nevoie de a se proteja de infecții, de a-și desfășura activitatea în spații corespunzătoare. Vor stabili comunicări reciproce cu ceilalți membri ai echipei, își asigură protecția psihologică, își asigură încrederea celorlalți membri și își creează astfel un sentiment de siguranță.

Nevoia de a fi iubit și de apartenență, sunt satisfăcute în cadrul familiei și prin întreținerea prietenilor.

Îndeplinirea sarcinilor în nursing, creează asistentului medical sentimentul de stimă față de sine.

Accentul se pune pe pregătirea continuă a asistenților medicali, ajutându-i să-și îndeplinească nevoia de a cunoaște și de a înțelege.

Arta, muzica și frumosul, pot ajuta asistentul medical să depășească aspectele triste ale profesiei.

Cei mai eficienți asistenți medicali sunt aceia care conștientizează propriile nevoi și încearcă o dezvoltare pe plan profesional dar și personal.

Ei trebuie să reflecte la satisfacerea acestor nevoi, pentru ca pacienții să nu fie victime ale frustrării și ale mecanismelor inadecvate, prin care nevoile asistentului medical nu sunt satisfăcute.

O forță adaptativă este o forță care menține sau restaurează homeostazia.

Mai clar, îngrijirea de bază este o aplicare a forțelor adaptative cu scopul de a recupera pacientul.

Asistentul medical reprezintă o forță adaptativă pentru pacienți prin furnizarea îngrijirii care corespunde unor nevoi și care menține homeostazia, și anume:

- baia pacientului pentru a combate bacteriile;
- administrează medicamente pentru a ameliora durerea;
- hidratează pacientul pentru a preveni dezechilibrele balanței hidre – electrolitice;
- comunică cu pacientul pentru a-l ajuta să depășească singurătatea și stressul.

SEM . II

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

Procesul de îngrijire este o metodă organizată și sistemică ce permite acordarea de îngrijiri individualizate.

Este un proces centrat pe reacțiile particulare ale fiecărui individ la orice modificare reală sau potențială de sănătate.

Procesul de îngrijire reprezintă aplicarea modului științific de rezolvare a problemelor pentru a răspunde nevoilor fizice, psihosociale ale persoanei pentru a renunța la administrarea îngrijirilor stereotipe și de rutină. Este deasemenea un mod de a gândi logic, care permite intervenția conștientă, planificată a îngrijirilor, cu scopul protejării și promovării sănătății individului.

SCOPURILE PROCESULUI NURSING

După parcurgerea acestui capitol studenții vor fi capabili să execute următoarele operațiuni:

- să definească procesul de îngrijire;
- să enumere etapele procesului de îngrijire;
- să prezinte etapele procesului de îngrijire;
- să cunoască categoriile de informație, sursele de informații și mijloacele de informație;
- să prezinte etapa de analiză și interpretarea datelor;
- să poată departaja manifestările de dependență și de independență;
- să definească diagnosticul de îngrijire și componentele lui;
- să enumere criteriile care permit stabilirea unor priorități între problemele de dependență;
- să prezinte etapa de implementare, definiția planificării și planul de intervenție;
- să prezinte etapa de implementare, relația dintre planificare și implementare și fazele implementării;
- să poată prezenta situații sau reacții ale pacienților în timpul acordării îngrijirilor;
- să prezinte etapa de evaluare;
- să descrie avantajele folosirii procesului de nursing pentru studenți și pentru pacient.

Termenul de „concept de îngrijire” este sinonim cu:

- model nursing;
- cadru conceptual;
- model conceptual;

Un model conceptual pentru o profesie reprezintă o imagine mentală a profesiei, o concepție a ceea ce ar putea sau ar trebui să fie.

Componentele esențiale ale unui model conceptual sunt:

- postulatele;
- valorile sau credințele;

- elementele;

POSTULATELE - sunt enunțuri în cadrul procesului nursing care nu trebuie să fie demonstrate.

Exemplu – orice ființă umană tinde spre independență și o dorește, sau, individul formează un tot unitar caracterizat prin nevoi fundamentale.

VALORI SAU CREDINȚE – modelul VIRGINIEI HENDERSON se bazează pe trei valori:

- asistenta medicală posedă funcții care sunt proprii;
- în cazul în care asistenta medicală preia din funcțiile medicului, ea va ceda din funcțiile ei unui alt personal necalificat;
- serviciul dat de asistentele medicale societății nu poate să-l dea nici un alt personal.

ELEMENTE – sunt în număr de șase:

- 1. scopul profesiei – exemplu-care constă în a ajuta pacientul să-și conserve sau să-și restabilească independența sa, în așa fel încât, pacientul, să poată să-și satisfacă nevoile prin el însuși, sau în a favoriza vindecarea, sau în a asista muribundul spre un sfârșit demn;
- 2. obiectivul activității profesionale – este reprezentat de persoana sau grupul de persoane spre care este îndreptată activitatea;
- 3. rolul profesiei – este reprezentat de rolul asistentei medicale de suplینire a dependenței, în așa fel, încât, persoana să-și satisfacă cerințele mai ușor și fără handicap;
- 4. sursa de dificultate – la baza ei fiind o lipsă: de forță, de voință, de cunoștințe;
- 5. intervenția aplicată persoanei – care va fi orientată spre pacient în globalitatea sa și care constă în a crește independența persoanei;
- 6. consecințele – sunt reprezentate de rezultatele obținute la finalul procesului de îngrijire. Printre rezultate amintim: ameliorarea dependenței, câștigarea independenței sau atingerea scopului.

Se cunosc mai multe definiții despre nursing și toate au în comun faptul că nursingul reprezintă ideea de a ajuta persoanele care au nevoie de a fi ajutate și aceasta în modul cel mai eficient posibil.

Nevoile umane reprezintă originea îngrijirilor de bază în toate serviciile de sănătate.

Ideea de bază a nursingului este :”cei care sunt însărcinați cu îngrijirea sănătății pacienților ar trebui să fie mai mult orientați asupra pacientului decât asupra procesului bolii”.

Preocuparea primară a asistentului medical este menținerea unui mediu sănătos.

Nursa are anumite atribute în îngrijirile centrate pe persoană:

- va aprecia fiecare persoană ca fiind un produs unic al eredității, al mediului și al culturii;
- va avea convingerea că persoana se străduiește să atingă potențialul cel mai înalt;
- va respecta valoarea fiecărui individ și va aprecia potențialul fiecărei persoane, indiferent cât de împovărată sau cât de bolnavă este aceasta;
- va recunoaște propria umanitate;
- se va purta în mod autentic, original;
- va permite pacientului să fie el însuși;
- va recunoaște că pacienții au nevoi de bază și sunt motivați să-și îndeplinească aceste nevoi;

- deoarece toate comportamentele au sens, asistentele medicale ar trebui să aprecieze acțiunile unei persoane ca fiind modalități de transmitere a mesajelor în legătură cu sentimentele ei, cu convingerile sau cu starea sănătății sale.

La început nursingul a fost arta de a îngriji, bazată pe intuiție, pe dezvoltarea dexterității manuale mai mult decât pe știință.

Ulterior, Florence Nightingal (prima nursă, om de știință și teoreticiană), a identificat îngrijirile de bază ca o disciplină științifică, separată de medicină.

A fost creată astfel prima școală de nursing și o dată cu ea premisele abordării nursingului ca nouă știință și artă.

Asistenții medicali au patru responsabilități esențiale:

- să promoveze păstrarea sănătății;
- să prevină îmbolnăvirile;
- restaurarea sănătății;
- înlăturarea suferinței.

Responsabilitatea primordială a asistentului medical constă în a acorda îngrijiri persoanelor care au nevoie în această privință. El trebuie să creeze o ambianță în cadrul căreia valorile, obiceiurile, religia și credința individului să fie respectate.

Asistentul medical este legat prin secretul profesional și totodată analizează îndeaproape informațiile personale deținute despre bolnav în ce măsură și cui să le comunice, în mod conștient și fără riscuri.

Avantajele procesului de nursing sunt și pentru asistenta medicală dar și pentru pacient.

Avantajele pentru asistenta medicală:

- permite luarea deciziilor pentru rezolvarea problemelor pacientului;
- evidențiază legalitatea acțiunilor;
- crește profesionalismul;
- crește responsabilitatea;
- dă satisfacție muncii.

Avantaje pentru pacient:

- beneficiază de îngrijiri de calitate în funcție de nevoi;
- are asigurată continuitatea îngrijirilor – planul fiind accesibil echipei de sănătate care are nevoie de un reper de informații pentru fiecare problemă;
- determină pacientul să participe la îngrijiri și să se preocupe de obținerea unei mai bune stări de sănătate.

Cunoștințe necesare pentru asigurarea procesului de îngrijire:

- nevoile bio-fiziologice, psihologice, socio-culturale și spirituale ale individului;
- etiologia diferitelor probleme;
- semnele caracteristice problemelor de sănătate;
- factorii de risc pentru problemele potențiale;
- valorile normale ale parametrilor de sănătate;

- resursele pentru implementarea strategiilor de nursing;
- tehnici de nursing, aparatură și instrumentar, mod de efectuare, accidente;
- criteriile de evaluare;
- drepturile pacientului.

Procesul de nursing se desfășoară în cinci etape:

- culegerea de date;
- analiza și interpretarea datelor (probleme, diagnostic de îngrijire);
- planificarea îngrijirilor (obiective);
- realizarea intervențiilor (aplicarea lor) – implementarea;
- evaluarea.

I. CULEGEREA DE DATE

Este primul pas de culegere a informațiilor despre pacient. Scopul acestei etape este acela de a aduce în atenție date despre starea de sănătate a pacientului, pe baza cărora nursele vor lua decizii importante în legătură cu diagnosticul de nursing. Datele pot fi subiective și obiective și ajută asistenta să ia decizii inteligente în ceea ce privește diagnosticul nursing.

Culegerea de date se desfășoară conform unui plan care constă în:

- colectarea de informații obiective sau subiective despre pacient;
- verificarea datelor obținute;
- comunicarea tuturor informațiilor obținute cu ocazia culegerii de date.

Identificarea problemelor de îngrijire a pacientului se bazează în principal pe cunoașterea pacientului, mai exact pe:

- cunoașterea deficiențelor pacientului;
- cunoașterea propriilor resurse pentru a face față nevoilor de sănătate;
- cunoașterea așteptării acestuia în ce privește procesul de îngrijire medicală de care va beneficia;
- informații despre sănătatea sa sau spitalizarea sa.

Informațiile culese pot fi :

- stabile: exemplu: nume, vârstă, sex, carte de identitate;
- variabile: exemplu: temperatura, TA, durere, infecții, date care se află într-un continuu proces de schimbare.

Sursele de informații pot fi:

- directe – exemplu: pacientul;
- indirecte – exemplu: familia , anturajul, membrii echipei de sănătate, dosarul medical, anumite scheme de referință.

Mijloace pentru culegerea datelor – cele mai importante sunt:

- observarea pacientului;
- interviul pacientului;
- prin împărtășirea spontană de către pacient a acuzelor și simptomele sale subiective, ca de exemplu: palpitații, durere, frica, amețeala.
- consultarea surselor secundare.

Trebuie căutate semnele obiective care corespund manifestărilor subiective descrise de bolnav.

Scopul culegerii de date este acela de a furniza o bază pentru interpretarea și definirea problemei.

1. Observarea pacientului presupune o capacitate intelectuală deosebită de a sesiza prin intermediul simțurilor detaliile lumii exterioare. Este considerat un proces mintal activ.

Asistenta medicală va trebui să se ferească de:

- subiectivism;
- judecăți preconcepute;
- rutină și superficialitate;
- lipsa de concentrare și continuitate.

2. Interviul este un instrument de cunoaștere a personalității. Interviul este eficient dacă se ține cont de anumiți factori. Este important de știut momentul oportun pentru pacient atunci când va fi supus interviului, cu respectarea orei de odihnă, a orei de servire a mesei sau a momentelor de oboseală.

Interviul presupune capacitatea asistentei medicale de a manifesta un comportament care să reflecte:

- o atitudine de acceptare;
- o capacitate de ascultare;
- o capacitate de empatie;
- o atitudine de respect.

În cazul în care interviul inițial nu poate fi finalizat se va reveni obligatoriu, nu înainte de a fi menționat acest lucru și pacientului.

II ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

Este a doua etapă a procesului de îngrijire și reprezintă identificarea nevoilor de sănătate actuale sau potențiale, dar și a problemelor bazate pe culegerea de date.

Analiza este procesul de interpretare a datelor pentru a elabora o definiție a problemei.

Etapa de analiză și interpretare a datelor se desfășoară după un plan, și anume:

- interpretarea datelor, care se referă la validarea datelor și implicit la ordonarea datelor obținute;
- colectarea datelor adiționale (suplimentare) după caz;
- identificarea și comunicarea diagnosticului de nursing;
- determinarea congruențelor între nevoile pacientului și aptitudinile membrilor echipei sanitare de a îndeplini aceste nevoi.

Analiza datelor se face prin:

- examinarea datelor;

- clasificarea datelor: de independență (care permit satisfacerea nevoilor autonome) și de dependență;
- stabilirea problemelor de îngrijire și recunoașterea lor.

Interpretarea datelor încearcă să dea un sens sau să explice originea sau cauza problemei de dependență a pacientului. Mai exact, interpretarea datelor va defini sursele de dificultate.

Pentru o bună desfășurare a analizei și a interpretării datelor, asistenta medicală are nevoie de cunoștințe de fiziologie, fiziopatologie, anatomie, etc.

Cel mai important este faptul că această etapă a procesului de îngrijire va conduce asistenta medicală la stabilirea diagnosticului nursing.

În această etapă dificultatea sau complexitatea poate fi întâlnită și s-ar datora unui număr mare de date culese (exprimat la cele 14 nevoi), varietății surselor de informații (pacient, familie, dosare medicale, etc.), subiectivitatea persoanei care culege informația, sau caracterul adesea grav și urgent al situației.

Important este faptul că cele două etape, culegerea de date și analiza și interpretarea datelor, au ca scop final identificarea nevoii care nu a fost satisfăcută și care este obstacolul în satisfacerea nevoii.

II. PLANIFICAREA ÎNGRIJIRILOR

Este a treia etapă a procesului de îngrijire care începe cu fixarea obiectivelor pentru îngrijirea pacientului și determinarea strategiilor necesare pentru îndeplinirea acestor obiective. Înseamnă stabilirea unui plan de intervenție, prevederea etapelor, a mijloacelor de desfășurare ca și a precauțiilor ce trebuie luate.

Planul de intervenție ține cont de prescripțiile medicale și cuprinde :

- obiectivele de îngrijire;
- intervențiile.

De reținut este faptul că planul de îngrijire se stabilește pornind de la nevoile și capacitățile pacientului, fapt pentru care el are dreptul de a participa la deciziile privind intervențiile ce pot duce la atingerea obiectivului principal:”de a aduce persoana la un grad optim de independență în satisfacerea nevoilor proprii”.

Obiectivele de îngrijire - vor arăta clar și precis care sunt rezultatele pe care pacientul, familia, colectivul și asistenta medicală speră să le obțină, dar și care sunt intervențiile întreprinse de asistentă și pacient pentru a atinge scopul dinainte fixat.

Obiectivele de îngrijire vor avea următoarele caracteristici:

- specificitate – aparțin deci unui singur subiect;
- performanță;
- implicarea persoanei;
- realism;
- observabilitatea.

Obiectivele sunt de fapt rezultatele obținute care trebuie să fie: realiste, măsurabile și realizabile.

Intervenția – reprezintă acțiunea asistentei medicale de a suplini sau de a completa ceea ce pacientul nu poate face singur, cu scopul atingerii unui grad optim de independență a pacientului. Permite asistentei medicale să-și aleagă modul de acțiune în scopul corectării problemei de dependență a pacientului.

Intervențiile pot fi:

- inovatoare;
- personalizate;
- observabile;
- măsurabile;
- evaluabile.

Intervențiile vor fi planificate pe zi, oră, continuitate și pe durata pe care se desfășoară.

Planificarea îngrijirilor se face în etape:

- locul luării deciziei și desemnarea celor ce vor participa la îngrijire;
- întoarcerea la normalitate;
- valabilitatea resurselor, sociale sau comunitare pentru atingerea obiectivelor fixate;
- prognoza în ceea ce privește rezolvarea problemelor;
- colaborarea cu membrii echipei sanitare;
- date suplimentare;
- planul de îngrijire să se adreseze în mod evident atât diagnosticului medical cât și celui nursing;
- rezultatele intervențiilor.

În desfășurarea etapei de planificare trebuie să se respecte un plan:

1. Determinarea obiectivelor pentru îngrijire: exemplu: implicarea pacientului, a familiei, a membrilor echipei; stabilirea obiectivelor prioritare; anticiparea nevoilor și problemelor bazate pe prioritățile stabilite.
2. Dezvoltarea sau modificarea planului: exemplu: implicarea pacientului în desemnarea strategiilor, includerea tuturor informațiilor necesare îngrijirii pacientului (vârstă, sex, cultură, etnie, religie); planifică confortul pacientului; selectarea măsurilor necesare îngrijirii pacientului.
3. Colaborarea cu ceilalți membri ai echipei sanitare, cu: identificarea resurselor de sănătate și a celor sociale, valabile pentru pacient; coordonarea îngrijirilor spre beneficiul pacientului; delegarea acțiunilor.
4. Formularea rezultatelor scontate în urma intervențiilor de îngrijire.

IV APLICAREA ÎNGRIJIRILOR

Este a patra etapă a procesului de îngrijire nursing. În realizarea acestei etape sunt implicați: pacientul, asistenta medicală, echipa de îngrijire și familia.

Aplicarea îngrijirilor are scopul de a ajuta pacientul să-și mențină sau să-și recapete independența, sau, un oarecare grad de independență.

Planificarea îngrijirilor (a treia etapă a procesului nursing) și executarea îngrijirilor (a patra etapă a procesului nursing) sunt strâns legate. Ceea ce se decide în planificarea îngrijirilor trebuie să se execute în etapa de aplicare a îngrijirilor.

Cele două etape vor fi consemnate o singură dată într-o rubrică de intervenții, rubrică care va cuprinde:

- cui se adresează acțiunea;
- orarul;
- natura acțiunii;
- semnătura asistentei medicale care răspunde.

De reținut:

- nu se efectuează niciodată acte de îngrijire fără a se cunoaște efectul așteptat;
- se verifică dacă intervențiile prevăzute sunt întotdeauna potrivite;
- se vor observa atent reacțiile pacientului;
- se vor modifica intervențiile ineficace;
- pe lângă pacient va fi implicată și familia sa;
- se va pregăti mediul înconjurător terapeutic.

În timpul îngrijirilor pot să apară diverse reacții:

- anxietatea – care este un sentiment de inconfort și tensiune;
- frica – este un sentiment pe care îl resimte persoana față de un pericol fizic sau psihologic;
- durerea – este o senzație neplăcută percepută în diverse părți ale organismului; ea poate fi însoțită de anxietate, depresie, frică;
- singurătatea;
- înstrăinarea;
- sentimentul de neputință;
- modificarea schemei corporale;
- pierderea unei ființe dragi sau al unui statut social;
- doliul – este o pierdere cu repercursiuni importante asupra persoanei.

Aceste situații pot fi atenuate de asistenta medicală dacă ea dă dovadă de prezență umană și căldură, fiind gata oricând să ajute pacientul.

Plan de îngrijire pag.72.

V. Evaluarea îngrijirilor

Este ultima etapă a procesului nursing și reprezintă o reapreciere completă a întregului plan de îngrijire nursing.

Evaluarea începe în etapele precedente și anume:

- în etapa de culegere a datelor și interpretarea lor, asistenta medicală realizează o evaluare pentru a verifica starea sănătății de ”astăzi”a pacientului și pentru a observa dacă are toate informațiile despre pacient;
- în etapa de analiză și diagnostic, evaluarea se face cu scopul asigurării asupra faptului că lista de diagnostice de îngrijire este completă și exactă;
- în etapa de planificare se verifică dacă obiectivele și intervențiile au fost corespunzătoare și cât de bine au fost îndeplinite obiectivele propuse;
- în etapa de implementare se determină dacă planul a fost implementat așa cum a fost recomandat și se vor identifica atât factorii care frânează cât și factorii care ajută progresul.

Etapele evaluării:

-1. Comparația rezultatelor actuale cu rezultatele așteptate ale terapiei.

În această etapă se face evaluarea răspunsului(așteptat și neașteptat) cu scopul determinării gradelor succesului intervențiilor nursing și determinarea nevoilor de modificare a obiectivelor, a mediului, a echipamentului ori a terapiei.

-2. Evaluarea acceptării, a complianței cu terapia prescrisă. Este etapa în care :

- se determină impactul acțiunilor asupra pacientului, familiei și a celorlalți membrii ai echipei de îngrijire;
- se verifică dacă testele și investigațiile s-au executat într-un mod corect;
- se verifică dacă pacientul, familia și membrii echipei au înțeles informațiile furnizate.

-3. Etapa în care se notează și se vor descrie exact răspunsurile pacientului la terapie sau la planul de îngrijire.

-4. Este etapa în care se modifică planul atunci când este indicat și când se restabilesc prioritățile.

Evaluarea – ca ultimă etapă a procesului de nursing – ne ajută să răspundem la următoarele întrebări:

- a fost eficient planul aplicat sau nu și din ce cauze;
- dacă am reușit să ajungem până la sfârșitul etapei, în conformitate cu planul stabilit;
- dacă am făcut totul sau trebuia mai mult;
- în cazul unui eșec încercăm să aflăm unde s-a greșit.

Evaluarea cuprinde:

- stabilirea criteriilor de evaluare;
- evaluarea atingerii obiectivelor;
- identificarea datelor care afectează atingerea obiectivelor.

Pentru evaluare, asistenta medicală culege date subiective și obiective, ce pot evalua obiectivele propuse, după care le interpretează.

Exemplu: frecvența respiratorie a crescut de la 12 bătăi pe minut la 16 bătăi pe minut. Datele colectate sunt comparate cu criteriile stabilite. În urma comparației pot fi trei posibilități:

- obiectivele să fie atinse în totalitate;
- obiectivele să fie atinse parțial;
- obiectivele să nu fie atinse.

Atunci când obiectivele nu au fost atinse, asistenta medicală va reanaliza planul nursing, punându-și următoarele întrebări:

- am cules date suficiente;
- am identificat corect diagnosticul de nursing;
- am stabilit corect obiectivele;
- am ales corect intervenții specifice obiectivelor.

În planul de nursing, evaluarea este consemnată enunțând progresele pe care le-a făcut pacientul în funcție de obiectivele propuse. Exemplu: pacientul nu prezintă escare de decubit.

În concluzie, evaluarea :

- apreciază modul de atingere a obiectivelor;
- este un proces organizat;
- determină reexaminarea planului de nursing;
- duce printre altele și la evaluarea calității intervențiilor.

În cazul în care acțiunile asistentei medicale nu au avut impactul dorit, procesul de îngrijire se reia de la prima etapă, cu reformularea diagnosticului.

Evaluarea permite reajustarea obiectivelor și chiar modificarea intervențiilor.

DIAGNOSTICUL DE ÎNGRIJIRE

Diagnosticul de îngrijire pornește de la informațiile culese și de la departajarea manifestărilor de dependență.

Începutul în definirea diagnosticelor de îngrijire l-a făcut Florence Nightingale, în anii 1854-1855.

Se cunosc mai multe definiții ale diagnosticului de îngrijire:

1. Diagnosticul de îngrijire este o formă simplă și prescrisă care descrie reacția persoanei la o problemă de sănătate;
2. Diagnosticul de îngrijire este un enunț concis actual sau potențial al manifestărilor de dependență ale persoanei;
3. Diagnosticul de îngrijire este o problemă de sănătate reală sau potențială, pentru care nursele sunt capabile prin pregătirea lor să acorde îngrijire;
4. Diagnosticul de îngrijire este enunțul care descrie răspunsul uman al unui individ sau grup, și pe care asistentele pot să-l identifice legal;
5. În anul 1990 ANADI (Asociația Nord Americană De Diagnostic De Îngrijire) a adoptat oficial definiția diagnosticului de îngrijire: „ diagnosticul nursing este enunțul unei judecăți clinice asupra reacțiilor la problemele de sănătate prezente sau potențiale, la evenimentele de viață ale unei persoane, ale unei familii sau colectivități”.

Pe baza diagnosticelor de îngrijire se aleg intervențiile de îngrijire, vizând atingerea rezultatelor pentru care asistenta medicală este responsabilă.

Utilizarea termenului de nursing încurajează asistenta în vederea inițierii de intervenții independente, în vederea efectuării de cercetări asupra activității care urmează să fie implementată în funcție de diagnosticul nursing.

Procesul de elaborare a diagnosticului de nursing

Procesul de diagnostic este unul de analiză și sinteză, care necesită din partea asistentei medicale abilități cognitive, obiectivitate, putere de decizie și neimplicarea valorilor și credințelor lor.

Procesul de diagnostic presupune:

1. Analiza și interpretarea datelor, prelucrarea lor;
2. Identificarea problemelor de sănătate ale pacientului;
3. Enunțul diagnosticului nursing.

1. Prelucrarea datelor – este un act de interpretare a datelor culese, validate și organizate în prima etapă a procesului de nursing.

Interpretarea datelor – depinde de cunoștințele teoretice despre conceptul de nursing, de experiența asistentei și de abilitățile ei cognitive.

2. Identificarea problemelor – reprezintă acea etapă în care asistenta și pacientul identifică punctele forte ale acestuia.

Exemple de puncte forte ce pot ajuta pacientul pot fi:

- că nu este fumător;
- că are o familie care îi acordă suport psihic;
- că nu este alergic;
- că respectă regimul igienico-dietetic prescris.

Punctele forte îl pot ajuta pe suferind să facă față unei situații de criză sau stress.

Problemele de sănătate ale pacientului sunt identificate pe baza manifestărilor clinice – semne și simptome și pe reacțiile și comportamentul acestuia.

3. Enunțul diagnosticului de nursing – este etapa în care asistenta medicală face conexiuni între problemele de sănătate ale pacientului și factorii conecși, factori care determină schimbări în starea lui de sănătate.

Factorii etiologici pot fi: factori de mediu, psihici, bio-fiziologici, sociologici, spirituali și culturali.

Prin includerea factorilor cauzali în diagnosticul nursing, asistenta medicală poate stabili strategii de îngrijire pentru pacient.

Pentru formularea unui diagnostic, asistenta medicală se poate ghida după o listă de diagnostice acceptată, din care poate selecta categoria necesară.

În situația în care, în informațiile culese, nu apar factori cauzali, asistenta medicală trebuie să pună un diagnostic pe baza cunoștințelor teoretice și a experienței clinice.

Diagnosticul nursing trebuie să denote clar o problemă de sănătate actuală sau potențială a pacientului, care poate fi rezolvată prin intervenții independente sau dependente.

Componenetele diagnosticului de nursing:

1. Problema (P) – exprimă un comportament, o reacție, o atitudine, o dificultate a pacientului față de satisfacerea nevoilor de sănătate, din punct de vedere biofiziologic, psihologic, socio-cultural și spiritual.

Termenii utilizați pentru enunțul problemei sunt: alterarea, diminuare, dificultate, deficit, refuz, incapacitate.

Exemplu: alterarea integrității tegumentelor; incapacitatea de a se deplasa; refuzul de a se alimenta – hidrata; diminuarea mobilității fizice.

După culegerea datelor, asistenta medicală poate să tragă o concluzie, poate să explice clar situația și poate defini problemele.

Exemplu:

- alterarea integrității psihice;
- alterarea integrității fizice;
- alterarea stării de conștiență;
- alterarea eliminării intestinale.

2. Etiologia (E) – cuprinde factorii cauzali, adică acei factori care constituie obstacole în calea satisfacerii nevoilor de sănătate. Ei pot fi:

- de ordin fizic, factori intrinseci (exemplu: probleme metabolice, infecții) și factori extrinseci (agenți externi, care în contact cu organismul împiedică funcționarea normală – exemplu: imobilizare în aparat gipsat sau prin pansament compresiv);
- de ordin psihologic – sentimente, emoții, tulburări cognitive care influențează satisfacerea nevoilor(anxietate, stress, situații de criză);
- de ordin sociologic – exemplu: interacțiunea cu familia, colegii de muncă, cu prietenii;
- de ordin cultural și spiritual – probleme de adaptare la o cultură sau insatisfacții;
- factori legați de necunoaștere a modului de promovare a unei bune stări de sănătate.

3. Semne de dependență (S) – sunt semne observabile ale incapacității de menținere a sănătății, de satisfacere a nevoilor fundamentale.

Diagnosticul de îngrijire este format deci din trei părți și utilizează formula P.E.S.

Exemplu:

- P – alterarea eliminării intestinale(constipația);
- E – din cauza imobilității;
- S – se manifestă prin scaune rare cu senzații de presiune la nivelul rectului și însoțite de dureri abdominale.

TIPURI DE DIAGNOSTIC DE NURSING

1. Diagnosticul actual – cuprinde două elemente: problema actuală și factorii etiologici. Legătura dintre cele două elemente se realizează prin intermediul expresiei „legat de” sau „datorită”.

Tipuri de diagnostic actual:

- disconfort legat de durere;
- perturbarea imaginii corporale legată de pierderea unui membru;
- anxietate legată de iminența unei intervenții chirurgicale.

2. Diagnostic potențial – poate fi enunțat pe baza istoricului stării de sănătate a pacientului, pe cunoașterea complicațiilor bolii, pe experiența asistentei medicale.

Exemplu: un pacient care fumează 40 de țigări pe zi, poate avea un diagnostic potențial postoperator, și anume:”potențial de alterare a respirației legată de fumatul excesiv”.

3. Diagnostic posibil – poate fi utilizat pentru a evidenția un răspuns incert al pacientului sau legat de factori necunoscuți.

Erori în formularea diagnosticului de nursing

În formularea diagnosticului de nursing se pot produce erori prin următoarele modalități:

- utilizarea terminologiei medicale în defavoarea terminologiei specifice nursingului;
- utilizarea unui singur semn sau simptom ca răspuns al pacientului la o problemă de sănătate;
- plasarea factorilor cauzali înaintea răspunsului pacientului la o problemă de sănătate;
- plasarea factorilor cauzali înaintea răspunsului pacientului;
- implicarea valorilor și credințelor proprii.

Acuratețea diagnosticului de nursing depinde de obținerea de informații complete și de prelucrarea obiectivă a acestor date.

Dacă sunt omise date, diagnosticul de nursing poate fi un eșec, iar dacă datele sunt prelucrate necorespunzător, diagnosticul de nursing este incorect.

Caracteristicile diagnosticului de nursing:

- este un enunț clar și concis al problemei pacientului;
- este specific unui pacient;
- se bazează pe datele obținute în prima etapă a procesului de nursing;
- se schimbă în funcție de modificările răspunsului pacientului la problemele de sănătate;
- ține cont de factorii cauzali ai problemelor de sănătate;
- orientează asistenta spre intervenții specifice problemelor pacientului;
- promovează planificarea intervențiilor independente;
- facilitează comunicarea asistentei cu ceilalți membrii din echipa de sănătate.

Exemple de diagnostic de nursing preluate din lista NANDA, elaborată în anul 1986, utilizată și în prezent:

- incapacitate de menținere a sănătății;
- risc de accident;
- risc de infecție;
- alterarea mucoasei bucale, etc;
- alterarea integrității tegumentelor;
- perturbarea somnului;
- intoleranță la efort;
- durere;

Exemple de factori etiologici:

- atrofie musculară;
- deficit auditiv, vizual;
- scăderea tonusului muscular;
- oboseala,
- proces inflamator sau infecțios;
- sedentarism;
- alcoolism;
- singurătatea;
- șoc emoțional;

- situație de criză;
- condiții de muncă inadecvate;
- mediu necunoscut;
- lipsa intimității;
- spitalizare.

Concluzii:

- un diagnostic de nursing este o problemă de sănătate actuală sau potențială care conduce la intervenții autonome;
- procesul de nursing este analiza și sinteza datelor;
- abilitățile cognitive pentru stabilirea diagnosticului sunt: obiectivitate, gândire critică, putere de decizie;
- un diagnostic nursing trebuie formulat clar, concis, centrat pe pacient, legat de o problemă și bazat pe date reale;
- diagnosticul nursing este baza planificării intervențiilor independente.

SĂNĂTATEA COPILULUI. DIAGNOSTICE ȘI INTERVENȚII DE NURSING GENERAL

Sindromul febril – reprezintă un simptom frecvent întâlnit în patologia infantilă. Măsurarea febrei se face după un repaus de o jumătate de oră și cu un termometru verificat. Se face deasemenea de două ori pe zi, dimineața și seara.

Asistenta medicală va nota: aspectul curbei termice (ondulantă, oscilantă, în platou); intensitatea febrei (crescută- peste 38,5 C, moderată, sub 38,5 C); simptome asociate (anorexie, oboseală, frison, cefalee, tuse, dispnee, tiraj, cianoză, scaune diareice, vărsături).

La copil, cauzele cele mai frecvente ale febrei sunt: adenoidita acută, infecția urinară și infecția tuberculoasă.

Tratamentul care se impune constă în:

- repaus la pat;
- temperatura camerei de 18- 20 C;
- alimentație corespunzătoare vârstei și greutății;
- aport lichidian suplimentar;
- combaterea febrei prin: baie progresiv răcită, împachetări generale cu apă caldă, administrare de paracetamol 10-15mg/kg per zi. În caz de agitație se administrează Fenobarbital 0,5- 2mg, repetat la 6 ore;

- administrarea antibioticelor va fi recomandată de medic.

Convulsiile febrile sunt definite ca și atacuri ce apar la sugar și copil. Febra responsabilă de apariția convulsiilor febrile este mai frecvent determinată de rinofaringita acută, otită medie, pneumonii, gripă, infecții urinare, boli eruptive.

Investigațiile paraclinice ce se impun sunt: puncția lombară (obligatorie la copilul sub 18 luni); hemoculturi repetate; ionograma sanguină; glicemia; coprocultura; amonimia; EEG; CT și rezonanța magnetică – sunt necesare atunci când există deteriorări ale stării neurologice.

Tratamentul are ca obiectiv scoaterea acestuia din criză. Se administrează Diazepam 0,3mg pe kg i.v. sau intrarectal (Desitin). Doza se repetă la nevoie.

În cazul CF simple asistenta medicală va liniști familia și va urmări copilul 24-48 de ore.

În cazul CF severe se recomandă : spitalizare, puncție lombară, hemocultură, ionogramă sanguină și glicemie, urmat de EEG, CT sau RMN.

Sindromul adenomegalic – ganglionii limfatici sunt organe limfopoetice în număr de 500-700, de formă rotundă sau ovalară, cu diametrul de 5-6 mm, situați pe traiectul circulației limfatice. La nou-născut, ganglionii limfatici sunt nepalpabili, cresc în mărime până la pubertate și regresează în perioada de adult.

Diagnosticul se pune pe:

- anamneză: vârsta copilului, data apariției adenomegaliei, condițiile în care apar(infecții locale sau generale, prezența febrei, inapetenței, disfagie, echimoze, dureri articulare);
- examenul clinic: se va aprecia numărul, volumul, sensibilitatea adenopatiilor, aderența la planurile profunde sau superficiale, evoluția;
- investigațiile paraclinice: hemoleucogramă completă, proteină C reactivă; VSH, IDR cu PPD cu 2 u, radiografie pulmonară și scheletică, test ELISA, examen ecografic abdominal, puncție medulară și biopsie ganglionară.

Sindromul icteric – în momentul apariției icterului, nivelul bilirubinei a depășit 1,5-2,5mg% la sugar și copil și 8-9 mg% la nou-născut.

Trebuie diferențiat icterul de colorația galbenă determinată de: carotinemie (alimentație excesivă cu morcovi), unde colorația galbenă nu interesează sclerele și de tratamentul cu mepacrină în infestații parazitare.

Orice bolnav cu icter trebuie trimis la investigații. Ca și situații de urgență:

- hepatita toxică – debut brutal al simptomatologiei, anamneza sugestivă (intoxicația cu acetaminofen și cu ciuperci cu perioadă lungă de incubație);
- sindrom Reye – context de infecție respiratorie virală, tratament cu aspirină, alterarea stării generale cu hepatomegalie, encefalopatie acută;
- hepatite virale cu debut supraacut – icter rapid instalat, hepatomegalie, urini hipercrome, reacții vasculare, fenomene dispeptice.

Sindrom edematos – se caracterizează prin infiltrația seroasă a țesutului celular subcutanat, la care în funcție de etiologie se asociază manifestări clinice variate(febră, dispnee, HTA, oligoanurie, hematurie, tulburări trofice).

Edemele trebuie diferențiate de:

- celulite – în care tegumentele sunt ușor tumefiate, eritematoase, sensibile la palpare;
- emfizemul subcutanat, care la palpare dă o senzație de pernă de aer;
- obezitate, în care aspectul bolnavului este caracteristic, iar stratul de grăsime nu este depresibil.

Edemele sunt:

- generalizate, difuze, prezente în insuficiența cardiacă congestivă, în afecțiuni renale, stări de denutriție, boli endocrine (insuficiența tiroidiană), reacții alergice, administrarea de corticoizi;
- localizate, prezente în procese inflamatorii profunde sau superficiale(edemul Quincke);
- edeme albe moi, pufoase, mai accentuate dimineața, prezente în GNF, sindroame nefrotice, hepatite cronice, stări carentiale, hipotiroidism;
- edeme cianotice, violacee, mai accentuate seara, prezente în insuficiența cardiacă, tromboflebite, compresie venoasă;
- edeme rozate, produse de inflamații superficiale, urticarie.

Edemele de origine cardiacă debutează în regiunile declive și se generalizează, accentuându-se în ortostatism și după eforturi fizice; edemele sunt cianotice și reci, ferme la palpare.

Echivalentul edemelor la sugar este creșterea bruscă și neexplicată în greutate.

Edemele de origine renală din GNF sunt localizate periorbital sau la extremități, mai accentuate dimineața. Sunt albe, moi, pufoase și lasă godeu. Asociat întâlnim hematurie, oligoanurie, HTA, proteinurie.

Edemele carentiale sunt prezente în sindroamele de malnutriție, de malabsorbție, de maldigestie, fiind determinate de hipoproteinemie. Tegumentele sunt uscate, pigmentate, părul este rar, subțire, depigmentat.

Edemele endocrine, mai frecvent, mixedemul din hipotiroidismul congenital, se observă în jurul ochilor, pe fețele dorsale ale mâinilor și în regiunea inghinală. Edemul este palid, rece, dur, nu lasă godeu.

Epistaxisul – este datorat structurii mucoasei pituitare, care este subțire, fragilă și bogat vascularizată.

Cauzele epistaxisului:

- traumatisme;
- infecții și inflamații;
- tumori, diateze hemoragice.

Tratamentul epistaxisului este local și general.

Tratamentul local constă în compresia digitală a părților moi ale nasului, între index și degetul mare. Copilul va fi ținut pe pat sau pe scaun, cu trunchiul ridicat, cu capul împins înainte, pentru a se evita scurgerea sângelui în faringe și pentru a scădea presiunea sanguină și congestia venoasă la nivelul nasului.

Dacă sângerarea este abundentă, copilul va fi așezat cu fața în jos. Dacă sângerarea s-a oprit se aplică câteva zile local unguente cu vaselină sau antibiotice.

Dacă sângerarea nu se oprește prin compresie, se poate încerca aplicarea unui tampon de vată sub buza superioară care va comprima artera labială. Se pot aplica deasemenea vasoconstrictoare locale ca

fenilefrina, cu sau fără trombină. Atunci când sângerarea persistă, copilul va fi internat și i se va face tamponament nazal, cu examenele paraclinice de rigoare.

Sinuzitele – sunt caracterizate prin infecția sinusurilor paranazale, ocluzia orificiilor de comunicare sinusale și inflamația mucoasei nazale și sinusale.

Sinuzita este considerată acută când manifestările au o durată de sub trei săptămâni și cronică dacă manifestările clinice depășesc 6 săptămâni.

Semne și simptome:

- tuse tenace, cu recrudescență matinală;
- secreții nazale purulente;
- cefalee, dureri faciale;
- febră;

Examenul radiologic se impune ca și ecografia și rinoscopia.

Tratamentul se face inițial cu amoxicilină 30-50 mg pe kg corp zi, iar în formele severe se vor administra antibiotice i.v. Drenajul sinusal se indică în prezența complicațiilor SNC, a osteomielitei. Intervenția chirurgicală se aplică în condițiile eșecului terapiei medicale în sinuzitele cronice sau recidivante.

Stridorul – este un sunet aspru, produs de turbulența coloanei de aer ce trece printr-o zonă cu obstrucție parțială, în laringe sau trahee, realizând un complex de vibrații în țesuturile din jur.

Un stridor care se accentuează rapid și se însoțește de tulburări de deglutiție impune internarea copilului.

Cauzele stridorului acut sunt:

- laringotraheobronșita acută;
- epiglotita;
- laringita striduloasă;
- edemul laringian;
- corpi străini laringieni;
- abces amigdalian;
- abces retroesofagian.

Cauzele stridorului cronic sunt:

- mase supraglotice (vegetații adenoide, tumori);
- stenoze traheale;
- laringospasm;
- noduli de corzi vocale.

Astmul bronșic – se manifestă prin paroxisme de dispnee expiratorie față de stimulii exogeni și endogeni, prin creșterea reactivității sistemului bronșic.

Criza de astm bronșic este un paroxism de dispnee expiratorie reversibil, ce răspunde favorabil la tratamentul cu bronhodilatatoare.

Tratamentul într-o criză ușoară constă în:

- liniștirea copilului și a părinților;
- adoptarea poziției șezând;

- administrarea de lichide pe cale orală;
- administrarea de bronhodilatatoare: Salbutamol, Bricanyl, Teofilină;
- se vor administra antihistaminice și în caz de infecții, antibiotice.

Tratamentul unei crize severe:

- la domiciliu se administrează un bronhodilatator cu acțiune rapidă, s.c., cu internarea copilului;
- în spital se administrează bronhodilatatoare i.v., Teofilină, corticoterapie, oxigenoterapie, antibiotice, fluidificante ale secrețiilor bronșice și antihistaminice.

Starea de rău astmatic este o urgență medicală, reprezentată de un paroxism de dispnee expiratorie de o mare severitate, având toate caracteristicile insuficienței respiratorii acute.

Se impune internarea de urgență și: oxigenoterapie, corticoterapie, antibiotice, combaterea acidozei, administrarea de diazepam și ventilație asistată.

Sindromul de vărsătură - constituie o cauză frecventă de adresabilitate.

Principalele cauze de vărsături:

- la nou-născut: sindrom ocluziv, reflux gastro-esofagian, enterocolită ulceronecrotică;
- la sugar: gastroenterite, infecții urinare, infecții ORL, intoleranță la proteinele laptelui de vacă, boli metabolice, invaginația intestinală;
- la copil: toxiinfecții alimentare, dispepsii (atenție la parazitoze intestinale), abdomen acut chirurgical (apendicită acută);
- la toate vârstele: vărsături psihogene.

Boala diareică acută – se definește ca o malabsorbție temporară a apei, a electroliților și a unor principii alimentare, însoțită de o accelerare a tranzitului intestinal.

Etiologia bolii diareice:

- greșeli alimentare, cantitative sau calitative;
- infecții: enterale (virale, bacteriene, fungice, parazitare);
- antibiotice;
- alergice;
- malnutriția.

Semne de gravitate sunt reprezentate de:

- vârsta sugarului sub 3 luni;
- scăderea ponderală importantă, peste 10%;
- extremități reci cu puls periferic slab perceptibil ;
- polipnee;
- alterarea stării de conștiență;
- oligurie;
- distrofie asociată.

Investigațiile paraclinice care se impun:

- hemoleucograma, ionograma sanguină, coproculturi repetate, examen de urină, uroculturi repetate, examen ORL, examen coproparazitologic.

Tratamentul este:

- regimul dietetic – în prima fază se administrează gesol sau soluție glucoză 5% timp de 12-24 ore, urmat în faza a doua de administrarea de mucilagiu de orez 5% la sugarul peste 3 luni, decoct de orez, supă de morcovi 30% la sugarul sub 2 luni și peste 50% la sugarul peste 2 luni și în faza a treia, se face realimentarea progresivă, cu introducerea treptată a alimentelor corespunzătoare vârstei. Introducerea va fi de 10, 20, 30 ml aliment pe masă, fără a depăși 120-150 ml pe zi;
- medicamentos – în formele ușoare de administrează Saprozan 10 mg pe kg corp zi, Smecta 1 plic pe zi; în formele medii și grave de boală de etiologie necunoscută se indică Biseptol 6-10 mg kg pe zi în două prize și Furazolidon 5-7 mg kg corp zi în 3-4 prize, timp de 4-6 zile.

Sindromul de deshidratare reprezintă o urgență, motiv pentru care se instituie urgent:

- umplerea rapidă a patului vascular cu Dextran 10-20 mg kg, albumină umană desodată 5% sau ser fiziologic 20 ml kg, administrat rapid i.v. în 15 minute;
- corecția acidozei cu soluție de bicarbonat de sodiu 8,4% 3-5 mEq pe kg.

Durerea abdominală acută – poate avea următoarele cauze:

- chirurgicale – orice durere abdominală puternică, care persistă peste 6 ore, la un copil, necesită de obicei tratament chirurgical: traumatisme, ruptură de viscer, sindrom ocluziv, apendicită acută, invaginație, torsiune de ovar, hernie ștrangulată, pancreatită;
- medicale – angine acute, infecții enterale, urinare, purpură reumatoidă, menarha la fete, dismenoreele.

Hematuria – se definește prin prezența unor cantități anormale de sânge în urină.

Copilul cu hematurie se internează obligatoriu în spital pentru investigații.

Enurezisul – reprezintă emisia involuntară de urină (nocturnă, diurnă sau mixtă), la un copil cu vârsta peste 4 ani. El poate fi primar și secundar.

Enurezisul primar – caracteristici:

- debut precoce cu absența intervalului liber;
- predispoziție genetică;
- vârsta de elecție peste 5 ani;
- etiologie necunoscută;
- este forma cea mai frecventă;
- capacitate vezicală redusă;
- se asociază cu tulburări psihologice secundare.

Enurezisul secundar funcțional – caracteristici:

- stări psihoreactive;
- enurezis nocturn nevrotic;
- apariție izolată a enurezisului;
- se asociază cu tulburări de comportament;
- frecvența redusă a micțiunilor involuntare;
- absența unor date care să sugereze o cauză organică;
- absența anomaliilor de tip iritativ;
- tratamentul sedativ și psihoterapia sunt eficiente.

Enurezisul secundar organic – se datorează unor:

- anomalii ale tractului urinar, cu sau fără infecții urinare;
- infecții de tract urinar;
- insuficiența renală cronică;
- boli endocrine și metabolice (diabet zaharat, diabet insipid, sindrom de pierdere de sare);
- boli ale SNC.

Tratamentul se instituie după vârsta de 5-6 ani și cuprinde:

- tratamentul tulburărilor de comportament;
- tratamentul medical: antidepresoare, anticolinergice, psihoterapia și terapia igieno-dietetică (eliminarea din dietă a unor alimente, interdicția aportului de lichide după ora 18).

Comele – coma este o stare de inhibiție encefalică, caracterizată prin perturbarea profundă și de durată a conștienței, tulburarea funcțiilor vegetative, reducerea motilității voluntare, reflectivității și sensibilității.

Investigațiile ce se impun: ionograma sanguină completă, glicemia, ureea sanguină, parametrii echilibrului acido-bazic, leucograma completă, examen toxicologic, examen LCR, fund de ochi, EEG, tomografie.

Tratamentul de urgență începe la domiciliu, dispensar sau ambulanță:

- adoptarea unei poziții de securitate, decubit lateral cu capul decliv față de corp și drenaj postural;
- întreruperea alimentației orale;
- aspirarea secrețiilor din căile respiratorii superioare și aplicarea unei canule în cazul căderii posterioare a limbii;
- umidifierea aerului inhalat de bolnav;
- combaterea tendinței la colaps prin umplerea rapidă a patului vascular (20 ml pe kg ser fiziologic);
- menținerea echilibrului electrolitic și acido-bazic prin perfuzie endovenoasă;
- combaterea edemului cerebral cu Manitol, Furosemid, corticoterapie;
- combaterea hipotermiei;
- tratament etiologic,
- evitarea suprainfecției;
- evitarea ulcerelor corneene și a escarelor de decubit, prin toaleta tegumentelor și modificarea repetată a poziției.

Hipocalcemia – se definește prin valori ale calciului seric total egale sau mai mici de 7,5 mg% și valori ale calciului ionizat sub 2,5 mg%.

La sugar și copil se urmărește prezența unor semne caracteristice hipocalcemiei: iritabilitate, tremor, laringospasm, convulsii, spasm carpedal, semnul Chvostek pozitiv.

Factorii favorizanți ai rahitismului sunt: malnutriția, bolile cronice (renale, hepatice), utilizarea frecventă a unor medicamente (anticonvulsivante, steroizi), cazuri familiale similare.

Tratamentul constă în administrarea de calciu.

Hipoglicemia – cuprinde manifestări clinice polimorfe, predominant neuropsihice, induse de scăderea concentrației sanguine a glucozei sub limita fiziologică.

Hipoglicemiile reprezintă o urgență majoră datorită evoluției rapide și a sechelelor neurologice care se instalează în absența unui tratament.

Manifestări clinice:

- manifestări adrenergice: tremurături, agitație, foame, transpirații, palpitații, tahicardie, tahipnee;
- manifestări neurologice: cefalee, confuzie mentală, spasme musculare, hipertonie, stare de slăbiciune, convulsii, comă.

Etiologia hipoglicemiilor:

- la nou-născut: dismaturitate, prematuritate, asfixia la naștere, hemoragii intracraniene, septicemie;
- la sugar și copilul mic: tumori celulare, hiperplazia celulelor beta, deficiențe enzimatice hepatice.

Tratamentul se aplică imediat la suspiciunea de hipoglicemie, răspunsul la tratament reprezintă o probă de diagnostic certă. Se administrează:

- 1mg glucagon i.m.;
- glucoză hipertona, soluție 30% i.v., 0,5 gpe kg corp, rapid cu seringă.

Diagnosticul diferențial între coma hipoglicemică și cea hiperglicemică

Coma hipoglicemică:

- apare în : diabet zaharat tratat cu insulină în doze mari, aport alimentar scăzut, efort fizic, vărsături și limitarea aportului;
- debutul este brusc;
- manifestări: foame, tremurături, transpirații, tulburări vizuale, confuzie mentală;
- aspectul tegumentelor: umede, reci, pliu cutanat elastic;
- extremități reci;
- TA normală sau scăzută;
- midriază;
- ROT vii;
- manifestări piramidale prezente;
- convulsii;
- glicemie sub 40 mg%.

Coma hiperglicemică:

- apare în diabet zaharat neglijat, infecții intercurrente, traumatisme, stress;
- debut progresiv;
- manifestări: anorexie, vărsături, polipnee, obnubilare, somnolență;
- tegumente: uscate, pliu cutanat persistent;
- extremități reci, cianotice;
- TA scăzută;

- ROT diminuate;
- manifestări piramidale absente;
- acidoză metabolică;
- glicemie crescută, glicozurie prezentă, cetonemie, acidoză metabolică.

Intoxicațiile – reprezintă o urgență pediatrică, care se pot produce accidental sau voluntar.

Atitudinea practică pentru diagnostic și orientarea tratamentului:

- scoaterea bolnavului din mediul toxic;
- evaluarea neurologică și a funcțiilor vitale: semne neurologice, respiratorii, semne cardiocirculatorii;
- manifestări digestive(dureri abdominale, vărsături și diaree);
- manifestări cutanate (colorația tegumentelor, temperatura extremităților, prezența unor leziuni).

Intoxicațiile mai frecvente sunt cu monoxid de carbon, cu substanțe corozive, cu ciuperci otrăvitoare, cu pesticide organofosforice, cu alcool etilic.

Conduită terapeutică generală:

- atitudinea generală nespecifică: dezobstrucție orofaringiană, oxigenoterapie, protecție termică, abord venos periferic, sondă gastrică, combaterea colapsului, intubație și ventilație mecanică;
- atitudine generală specifică: prevenirea absorbției toxicului – scoaterea din mediul toxic, spălături ale tegumentelor contaminate, ale conjunctivelor, provocare de vărsături în cazul toxicelor înghițite și spălături gastrice.

TEHNICI DE ÎNGRIJIRE A NOU-NĂSCUTULUI ȘI SUGARULUI

Primele îngrijiri ce se acordă nou-născutului sunt: permeabilizarea căilor respiratorii superioare, legarea, secționarea și pansarea cordonului ombilical, aprecierea stării fătului la naștere, profilaxia oftalmiei gonococice, observarea aspectului, comportamentului și eventualelor malformații, stabilirea sexului, măsurarea și cântărirea, stabilirea identității, îngrijirea tegumentelor, înfășurarea.

Toate aceste tehnici au următorii timpi de execuție:

- aspirarea secrețiilor din nas și din gură: se introduce o sondă Nelaton nr.12-14, cu balonaș și se aspiră secrețiile buco-faringiene, înainte de instalarea primei respirații;
- pensarea și secționarea cordonului ombilical: se aplică două pense hemostatice, prima la 10-15 cm de la inserția abdominală a ombilicului, a doua, spre vulva parturientei; se secționează cordonul ombilical, se ligaturează cordonul cu fir la 2 cm deasupra inserției abdominale a cordonului, tamponând bontul ombilical cu tinctură de iod;
- pansamentul cordonului ombilical: se aplică pe bontul ombilical comprese sterile din tifon, stropite cu alcool 70%, se aplică un strat de vată după care se trage o fașă. Pansamentul va fi controlat frecvent în primele 24 ore, pentru a depista o eventuală hemoragie;
- aprecierea stării fătului la naștere: se vor urmări cele cinci simptome ale scorului APGAR, notându-se cu zero, unu sau două puncte: ritmul cardiac, respirația, tonicitatea musculară,

reflexele de iritație, colorația tegumentelor. Nou – născutul cu scorul sub 7, necesită măsuri de reanimare;

- prevenirea oftalmiei gonococice se îndepărtează secrețiile palpebrale și oculare după care se instilează în fundurile de sac conjunctivale, picături de soluție proaspătă de nitrat de argint 1%, după care se șterg ochii cu ser fiziologic;
- examinarea sumară a nou-născutului: se stabilește sexul, se cercetează integritatea organismului;
- determinarea datelor antropometrice: se măsoară cu pediometrul (lungimea copilului), cu banda metrică (circumferința capului, toracelui, abdomenului), se cântărește nou-născutul;
- stabilirea identității: se fixează nou-născutului o brățară ca mijloc de identificare, pe care se înscriu datele măsurătorilor;
- îngrijirea tegumentelor: se usucă tegumentele prin tamponare într-un scutec cald, se înfășoară în scutece sterile, încălzite;
- transportul de la sala de nașteri: se face cu blândețe, în condiții de protecție termică.

La salon:

- asigurarea condițiilor de mediu în scopul prevenirii infecțiilor, a stimulării creșterii și dezvoltării, prevenirii complicațiilor determinate de aspirarea secrețiilor nazo-faringiene sau a vărsăturilor;
- depistarea unor deficiențe funcționale: la nivelul aparatului respirator, cardiovascular, digestiv, nervos;
- măsurarea funcțiilor vitale și vegetative;
- recunoașterea modificărilor fiziologice tranzitorii: scăderea fiziologică în greutate, icterul fiziologic, criza hormonală; descuamația fiziologică;
- recunoașterea unor boli specifice perioadei neonatale (adinamie, geamăt, țipăt cerebral, crize de agitație, prezența semnelor de greutate în respirație, apariția icterului);
- îngrijirea tegumentelor nou-născutului: înainte de căderea cordonului ombilical tegumentele se vor curăța atent cu comprese de tifon steril, se face zilnic toaleta insistându-se în regiunea fesieră, genitală, a plicilor inghinale, evitându-se zona ombilicală. După căderea cordonului se face baie la 2-3 zile. Cordonul ombilical se mumifică la 6-8 zile după naștere iar cicatrizarea plăgii survine în decurs de 12-15 zile. În caz de infecții putem avea: blenoragie, granulom, omfalite.

TEHNICI DE ÎNGRIJIRE A COPILULUI MIC

Scopul – aprecierea gradului de dezvoltare motorie și psihică a copilului, în concordanță cu vârsta.

Astfel:

- la o lună: va fi apreciată dezvoltarea motorie, asistenta va observa dacă copilul își ridică capul pentru o perioadă scurtă de timp și dacă degetele sunt flectate sau deflectate pe pumn;

supraveghează deasemenea dacă copilul are reacții la stimuli luminoși, termici, tactili sau zgomote;

- la două luni: apreciază dacă copilul își ridică capul pentru câteva secunde și se urmăresc mișcările globilor oculari ai copilului la mișcarea unui obiect viu colorat;
- la trei luni: se susține copilul în poziție verticală și se observă capul, care trebuie să fie susținut vertical 3-4 minute; se oferă copilului obiecte, observând dacă acesta le prinde cu mâna;
- la patru luni: se observă întoarcerea copilului de pe spate pe abdomen; se observă dacă copilul prinde jucăriile și dacă reacționează la anumiți stimuli;
- la cinci luni: se așează copilul în poziție șezândă între perne; se ridică copilul din axile sprijinindu-i plantele pe un plan dur și se observă îmbogățirea vocabularului copilului (prin emiterea de sunete);
- la șase luni se observă coloana vertebrală a copilului în poziție șezândă, cum prinde lingurița și cum articulează silabe izolate;
- la șapte luni: se urmărește dacă sugarul se ridică singur în șezut și dacă emite silabe stereotipe;
- la opt luni: sugarul poate să stea în picioare și tendința lui de a face pași;
- la nouă luni: sugarul merge cu ușurință dacă are sprijin și participă la joc cu plăcere;
- la zece luni: copilul se ridică singur în picioare sprijinindu-se de marginea patului; repetă și reține cuvintele simple;
- la unsprezece luni: copilul merge dacă are un sprijin mobil, prinde cu două degete obiectele, înțelege și execută ceea ce i se spune;
- la douăsprezece luni: se solicită copilului să meargă, să arate cu degetul anumite obiecte sau părți ale corpului;
- între 15 și 36 luni, copilul își perfecționează mișcările generale și pe cele de finețe, limbajul se îmbogățește permanent, făcând progrese în ceea ce privește exprimarea.

Administrarea medicamentelor la copil – se întâmpină greutăți datorită reacțiilor de apărare și a lipsei de colaborare.

Administrarea orală a medicamentelor:

- asistenta medicală se spală pe mâini;
- pregătește lingurițe adecvate;
- pisează tabletele și drajeurile la indicația medicului;
- corectează gustul neplăcut prin adaos de zahăr, miere;
- asigură poziția corespunzătoare, șezândă (pentru copilul mic) și decubit dorsal cu trunchiul ușor ridicat pentru sugari;
- asigură imobilizarea copilului cu blândețe;
- se ia lingurița cu medicamentul pregătit;
- asigură deschiderea cavității bucale;
- introduce lingurița aproape de baza limbii și varsă conținutul acesteia pe cale digestivă.

În caz de aspirare accidentală a medicamentelor, se întoarce copilul în decubit ventral susținut pe mâna stângă și i se aplică tapotări repetate în zona occipitală și toracică posterioară.

Administrarea medicamentelor prin injecții intramusculare:

- pregătirea psihică a copilului;
- alegerea locului injecției;
- imobilizarea copilului cu ajutor;
- injecțiile se fac în masa musculară fesieră cadranul supero-extern sau pe fața anterioară a coapsei, treimea mijlocie, pentru imunizări.

Administrarea supozitoarelor:

- asigurarea igienei zonei perianale;
- pregătirea supozitorului;
- se așează copilul în poziție de decubit lateral;
- se depărtează ușor cu mâna stângă fesele copilului;
- se introduce cu mâna dreaptă supozitorul în orificiul anal;
- strânge apoi fesele între police și degetele mâinii drepte circa un minut.

Administrarea intravenoasă a medicamentelor:

- asistenta medicală se spală pe mâini;
- alege regiunea cea mai favorabilă puncției venoase, inspectând cu atenție regiunea vaselor epicraniene, plica cotului, fața dorsală a pumnului sau a piciorului, vena jugulară;

Nu se administrează medicamente care prezintă modificări de transparență, culoare, miros, gust, cu deteriorări ale ambalajului.

Medicamentele vor fi păstrate în dulap cu sertare.

Asistenta medicală va verifica doza prescrisă de medic, intervalul recomandat pentru administrare, efectuează personal tratamentul fiecărui bolnav, supraveghează clinic bolnavul și observă apariția reacțiilor alergice sau de intoleranță, anunță imediat medicul în cazul apariției unor simptome și cel mai important, înregistrează în caietul de pe secție numele medicamentului, doza, ora și reacția bolnavului.

Medicamentele nu vor fi lăsate la îndemâna copiilor.

SĂNĂTATEA ADOLESCENTULUI

Adolescența a fost definită ca perioada din viața omului când el nu mai este copil, dar nici nu este încă adult. Creșterea fizică și dezvoltarea este însoțită de maturizarea sexuală care duce adeseori la relații intime. Tot în această perioadă se dezvoltă gândirea abstractă și critică a indivizilor, iar societatea așteaptă o maturizare emoțională.

Adolescența începe cu apariția caracterelor sexuale secundare (pubertatea) până la maturitate sexuală și a reproducerii; dezvoltarea proceselor mentale și a identității de adult; tranziția de la o dependență socio-economică și emoțională totală la o independență relativă.

OMS definește adolescenții ca indivizi aparținând grupului de vârstă 10-19 ani, iar tinerii ca indivizi aparținând grupului de vârstă 15-24 ani.

Adolescența este împărțită uneori în perioada timpurie, de mijloc și târzie, cu vârstele cuprinse în grupele 10-14 ani, 15-17 ani și 18-19 ani.

Adolescența timpurie:

- apar caracterele sexuale secundare;
- se accelerează creșterea ;
- gândirea este corectă;
- este preocupat de imaginea corpului, de creșterea fizică rapidă;
- în cadrul familiei definește limitele independenței sau dependenței;
- în cadrul sexualității recurge la autoexplorare și evaluare;

Adolescența mijlocie:

- se întăresc caracterele sexuale secundare;
- se atinge aproximativ 95% din statura adolescentului;
- gândirea adolescentului este abstractă;
- în familie conflictele scapă de sub control;
- adolescentul își testează abilitățile de a atrage sexul opus;

Adolescența târzie:

- maturitatea fizică;
- gândire abstractă bine definită;
- orientare spre viitor;
- în familie transpune relația copil-părinte în relație adult-adult și face planuri de viitor.

Clasificarea bolilor și comportamentelor care influențează sănătatea la persoanele tinere:

- tulburări ale dezvoltării sexuale secundare;
- dificultăți ale dezvoltării psiho-sociale;
- ritm de creștere insuficientă a adolescentului;
- boli mentale;
- TBC;
- BTS (inclusiv HIV);
- reumatism cardiac;
- afecțiuni dentare;
- gastroenterite;
- infecții respiratorii acute.

Comportamente:

- consumul de alcool, tutun, droguri;
- alimentație deficitară; lipsa exercițiilor fizice;
- practici sexuale cu risc crescut;
- accidente.

Problemele de sănătate stabilite în perioada adolescenței:

- rănirea neintenționată – în special accidente rutiere, constituie cauza majoră de deces în rândul tinerilor;
- violența interpersonală;
- consecințele sexului neprotejat: o sarcină nedorită, infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV;

- sănătatea mentală - tinerii sunt vulnerabili față de factorii de stress, schimbările de dispoziție, depresia și schizofrenia, sunt afecțiuni care dacă sunt recunoscute timpuriu și dacă sunt tratate pot duce la o vindecare de lungă durată. Sinuciderea este una din cele trei cauze de deces la tineri. Statisticile arată că anual, 90 000 de sinucideri sunt întâlnite la adolescenți;
- nutriția – problemele nutriționale apărute la adolescenți pot fi corectate;
- boli cronice și endemice – datele arată că malaria și TBC-ul sunt printre cele 10 cauze majore de deces la adolescenți. Condițiile cronice includ boli precum: astmul bronșic, epilepsia, diabetul juvenil, hemoglobinopatiile, precum talasemia.

Prioritățile medicale ale tinerilor stabilite de realizatorii de programe pentru tineri:

- BTS;
- răni;
- probleme psihiatrice;
- sarcini prea timpurii;

Prioritățile tinerilor:

- relații; aspect fizic, intimidarea, stress (datorat școlii, examenelor, șomajului);
- accesul la contracepție;
- sarcina.

Adulții care interacționează cu adolescenții (părinți, alți membrii ai familie, profesorii, liderii tineri și liderii religioși) constituie o sursă valoroasă pentru a fi consultați și implicați.

În lume se insistă tot mai mult pe investirea în sănătatea și dezvoltarea adolescenților. Scopul este acela de a reduce rata mortalității și a sănătății precare a acestui grup de vârstă. Un adolescent sănătos și bine pregătit profesional va fi un câștig pentru societate.

Principiul fundamental al lucrului cu adolescenții este „ plasarea lor în centru”, mai exact personalul medical care lucrează cu adolescenții trebuie :

- să considere adolescenții ca fiind ființe umane și nu doar cazuri medicale;
- să înțeleagă nevoile specifice ale fiecărui adolescent;
- să recunoască punctele de vedere și perspectivele adolescentului;
- să ia cea mai bună decizie pentru adolescent;
- să respecte drepturile adolescenților, să țină cont și de drepturile și responsabilitățile părinților;
- să împiedice atitudinile, preferințele și convingerile personale de a influența evaluarea profesională.

Sănătatea sexualității și a reproducerii la adolescenți

OMS definește sănătatea reproducerii ca o stare completă de bine fizic, mental și social, nu doar absența bolii sau infirmității, în toate aspectele sistemului de reproducere, ale funcțiilor și proceselor sale.

Pubertatea anunță trecerea de la starea de adolescent la cea de adult. Creșterea și dezvoltarea fizică se accentuează brusc apărând modificări marcate ale dimensiunii și formei corpului. Se accentuează diferențele dintre fete și băieți, fetelor le cresc sânii și coapsele, în timp ce la băieți se dezvoltă musculatura de tip masculin. Apare părul pubian, axilar, atât la fete cât și la băieți, schimbarea vocii și apariția părului facial la băieți. Organele sexuale se maturizează rapid, instalarea menstruației la fete și inițierea producerii spermatozoizilor la băieți reprezintă momente majore.

Fetele intră mai repede la pubertate decât băieții, de la vârsta de 8 până la 13 ani, iar băieții între 9 și 14 ani.

Pe măsură ce corpul se schimbă și se maturizează, mulți adolescenți devin interesați de sex.

Consecințele relațiilor sexuale neprotejate:

- infecțiile cu transmitere sexuală;
- sarcina timpurie;
- avortul nesigur;
- riscuri medicale la nou-născuți – o mamă adolescentă, ea însăși un copil, nu are abilitățile necesare creșterii unui copil;
- costurile sociale ale sarcinii unei mame adolescente;
- costul pentru comunitate.

Promovarea sănătății sexuale și reproductive a adolescenților implică anumite acțiuni:

- informațiile – care ajută adolescenții să înțeleagă mai bine cum funcționează corpul lor și care sunt consecințele acțiunilor lor;
- dacă sunt activi sociali ei trebuie să știe cum să folosească prezervativel sau cum să negocieze practicarea sexului protejat;
- consilierea și serviciile medicale îi ajută pe adolescenți să se mențină sănătoși , iar pe cei bolnavi, să se însănătoșească;
- adolescenții au nevoie de un mediu familial și social în care să se simtă ocrotiți și sprijiniți.

Personalul medical este o sursă valoroasă de informații corecte pentru adolescenți.

Infecțiile cu transmitere sexuală la adolescenți.

ITS sunt acele infecții transmise de la o persoană la alta, în primul rând prin contact sexual.

ITS au efecte negative medicale și psiho-sociale asupra individului infectat și în cazul femeilor însărcinate - există riscul infectării fătului și îmbolnăvirii fătului.

ITS, în special cele cu ulcerații genitale, facilitează transmiterea HIV între partenerii sexuali.

Cele mai des întâlnite ITS sunt: infecția cu clamidia, gonoreea, sifilis și trichomonas.

Aceste ITS pot fi prevenite și vindecate dacă se administrează antibiotice corespunzătoare.

Consecințele ITS pentru adolescenți:

- boala inflamatorie pelvină, care pot lăsa sechele, precum infertilitatea;
- sifilisul terțiar: infecția cu sifilis netratată provoacă afecțiuni cardiologice sau ale creierului;
- cancer de col uterin;
- cicatricile și problemele asociate cu ITS pot deteriora dezvoltarea psihologică și atitudinea față de sexualitate mai târziu.

SĂNĂTATEA ADULTULUI

Îngrijirea adultului presupune identificarea mai multor tipuri de diagnostice nursing și totodată de îngrijiri aferente acestora.

Unele diagnostice nursing se concentrează asupra nevoilor fiziologice actuale ale pacientului, pe când altele se concentrează pe problemele psihologice și psihosociale ale adulților.

Formularea diagnosticelor nursing presupune realizarea de către asistenta medicală a unei evaluări de nursing completă și atentă. Pentru acest lucru, ea se va folosi de etapele procesului nursing formulând în final un diagnostic nursing. Va elabora apoi un plan de îngrijire nursing adecvat fiecărui pacient, prin care să asigure o îngrijire cuprinzătoare, individualizată și corespunzătoare momentului.

În concluzie nursingul general reprezintă îngrijirea acordată pentru diagnosticul nursing enunțat, indiferent de boala pe care o are pacientul.

Atitudinea asistentei medicale în fața celor mai frecvente afecțiuni ale adultului

AFEȚIUNI ÎN SFERA O.R.L – bolnavii cu astfel de afecțiuni, prezintă unele particularități în ceea ce privește îngrijirea lor.

Saloanele vor fi bine aerisite, liniștite(cei cu afecțiuni otice suportă mai greu zgomotele) iar organele interesate vor fi bine îngrijite, cu respectarea riguroasă a igienei.

În cazul în care pavilionul urechii este interesat, asistenta medicală îl va șterge cu tampon sterile de vată uscate sau înmuiate în alcool sau în apă oxigenată. Nu se va folosi în niciun caz tinctura de iod.

În cazul prezenței cerumenului, acesta va fi îndepărtat prin spălătură auriculară.

Atunci când sunt prezente secreții purulente la nivelul urechii, asistenta medicală va face recotări pentru frotiuri și medii de cultură, în vederea identificării germenilor cauzali și a antibiogramelor.

Se vor aplica comprese locale cu scop antiinflamator și analgezic.

Îmbolnăvirile urechii interne sunt însoțite adesea de sindroame vertiginose, caracterizate prin apariția de grețuri, vărsături, transpirații, tulburări de mers și hipotensiune arterială.

La indicația medicului asistenta medicală va efectua tratament cu tranchilizante, sedative, depletive, diuretice, antialergice, neuroleptice, antiinflamatorii și antiemetice, sub formă injectabilă, de supozitoare sau perfuzii.

În sfera O.R.L întâlnim frecvent traumatismele și cel mai des hemoragia nazală(epistaxisul). În fața unui astfel de pacient, asistenta medicală va acționa astfel:

- aduce pacientul în poziție șezândă;
- descheie cămașa pacientului în jurul gâtului;
- îi solicită să sufle nasul ușor, nară cu nară pentru a elimina astfel eventualele cheaguri de sânge formate;
- apleacă capul bolnavului ușor înainte și cu pulpa degetului de la mână corespunzătoare exercită o compresiune până când acesta vine în contact cu septul nazal; compresiunea va dura 15 minute;
- în cazul hemoragiilor mari se face tamponamentul anterior sau posterior al foselor nazale și chiar cauterizarea vasului care sângerează.

AFEȚIUNI ALE OCHIULUI – ochiul este segmentul periferic, receptor al analizorului vizual, care împreună cu ceilalți analizori pune organismul în legătură cu lumea înconjurătoare.

Îngrijirea acestor bolnavi este foarte importantă și de aceea rolul asistentei medicale se rezumă la efectuarea tratamentului curent, la supravegherea pacienților, la urmărirea evoluției lor și la munca de educație sanitară.

Asistenta medicală va trebui să cunoască tehnica aplicării medicației în ochi și a pansamentelor oculare dar și a recoltării secrețiilor prezente la acest nivel.

În cazul pacienților ce au suferit intervenții chirurgicale, asistenta medicală îi va pune în saloane semiobscur, în poziție semișezândă, cu capul rezemat comod chiar și atunci când dorm.

AFECȚIUNI RESPIRATORII

IACRS – rolul asistentei medicale constă în:

- supravegherea atentă a curbei febrile;
- supravegherea tulburărilor de respirație;
- monitorizarea frecvenței, a amplitudinii, a ritmicității și a caracterului respirației;
- notează intensitatea și orarul tusei;
- asigură hidratarea acestor bolnavi cu scopul fluidificării secrețiilor pulmonare.

CRIZA DE ASTM BRONȘIC – este o stare de urgență medicală, caracterizată prin dispnee expiratorie, zgomotoasă, însoțită de o tuse rebelă și de cianoză.

Intervenția asistentei medicale constă în:

- aduce bolnavul în poziție de ortopnee;
- asigură oxigenoterapia;
- încurajează bolnavul să elibereze căile respiratorii prin eforturi de tuse și expectorație;
- la indicația medicului va administra miofilina intravenos lent;
- continuă cu perfuzie cu hemisuccinat de hidrocortizon;
- în caz de eșec, se face intubație sau traheostomie, în vederea dezobstruării și asigurării ventilației pulmonare.

PNEUMONIILE – sunt îmbolnăviri ale aparatului respirator cu repercursiuni negative asupra suprafeței respiratorii dar și asupra funcției aparatului cardiovascular.

Pneumoniile au un caracter infecțios, motiv pentru care se impun sarcini în plus personalului sanitar.

Prin deficitul de oxigenare, pneumoniile generează multiple tulburări psihice, de care va trebui să se țină cont în procesul nursing aplicat pacienților.

Intervenția asistentei medicale constă în:

- va așeza bolnavul în poziție semișezândă, în vederea ușurării respirației;
- îi va spăla cu alcool mentolat, în vederea înviorării circulației periferice;
- va recomanda o alimentație mai mult lichidă și bogată în vitamine;
- va insista pe educație sanitară, în special pe efectul dăunător al fumatului în bolile bronho-pulmonare.

Asistenta medicală care lucrează în astfel de servicii este bine să petreacă mai mult timp liber în aer curat și să se prezinte regulat la controale periodice.

BPCO – este numele generic dat unui grup de afecțiuni, anatomic și clinic diferite, care au însă ca element comun un sindrom obstructiv bronhic.

BPCO apare la vârste mai înaintate, între 50 și 65 de ani, cu manifestări severe chiar de la început.

Printre cauze întâlnim:

- fumatul – pe primul loc;
- factori infecțioși;
- factori toxici;
- factori chimici;
- factori genetici.

Bolnavii acuză tuse cu expectorație, dispnee, wheezing și prezintă tegumente pigmentate cu extremități cianotice și calde.

În stadiu ultim apar semnele de insuficiență cardiacă globală, când bolnavul stă adesea sprijinit pe membrele superioare pentru a ușura acțiunea mușchilor respiratori.

Prognosticul bolii este sever și are tendința spre agravare.

BPCO este invalidantă cu compromiterea capacității de muncă.

BOLILE CARDIO/VASCULARE

HTA - este un sindrom clinic caracterizat printr-o creștere a tensiunii arteriale sistolice, diastolice sau sistolo-diastolice, peste valorile considerate normale, de 140 per 90 mmHg.

Netratată, afecțiunea duce la complicații, cum ar fi: infarctul de miocard, hemoragia cerebrală sau insuficiența cardiacă și renală.

Intervenția asistentei medicale:

- determină presiunea arterială corect prin metoda auscultatorie;
- TA va fi măsurată la ambele brațe, în clinostatism dar și în ortostatism, dacă este posibil după repaus fizic și intelectual;
- va cântări pacientul zilnic;
- va administra tratamentul medicamentos la indicația medicului;
- va asocia un regim alimentar hiposodat și hipocaloric.

Apariția unor simptome ca: cefalee intensă, tulburări de vedere, amețeli, grețuri, tulburări de conștiință sau angină pectorală trebuie să ne atragă atenția apariției unei urgențe hipertensive.

STOPUL CARDIO-RESPIRATOR

Tablou clinic:

- pierderea conștiinței;
- absența pulsului la arterele mari(carotidă, femurală);
- apnee sau respirație agonică;
- midriază areactivă la lumină;
- abolirea zgomotelor cardiace;
- culoarea gri-cianotică a tegumentelor.

În asemenea cazuri se face resuscitarea cardio-vasculară după regula ABCD:

A. airways – eliberarea căilor aeriene:

- îndepărtarea corpurilor străini buco-faringieni;
- extensia capului și tragerea mandibulei înainte și în sus(manevra Esmarch).

B. breath – respirația artificială:

- gură-la-gură;
- gură-la-nas;
- gură-la-tub;
- respirație artificială cu mască cu oxigen 100%;
- intubație, iar unde nu este posibil, se practică puncție traheală.

Eficacitatea respirației artificiale este demonstrată de mișcările respiratorii, de regresia cianozei și de apariția murmurului vezicular bilateral.

Inițial se practică două respirații artificiale rapide, apoi se fac alternativ masaj cardiac și respirație artificială în raport de 15:2, în cazul unui singur reanimator, sau de 5:1, în cazul a 2 reanimatori. Frecvența respirației artificiale este de 20 pe minut.

C. Circulation – circulația :

- în orice stop cardiac primul gest trebuie să fie o lovitură de pumn în zona precordială, urmat de masaj cardiac;
- masajul cardiac extern se aplică pacientului așezat în decubit dorsal pe un plan dur, punctul de compresie fiind în treimea inferioară a sternului la adulți sau la jumătatea sternului la copii;
- frecvența masajului cardiac: 80 pe minut la adulți, 90 pe minut la copii și 120 pe minut la sugari;
- raportul compresie-decompresie trebuie să fie peste 50%.

D. Drugs – terapia medicamentoasă :

- stabilirea unei căi venoase de acces (de preferat cateter venos central);
- administrarea de adrenalină 0,5-1 mg diluată cu 9 ml soluție NaCl 0,9%, fracționat intravenos sau în doză triplă pe sonda esotraheală, repetat la 3-5 min;
- atropină 0,5-1 mg intravenos în bradicardie sau bloc atrio-ventricular grad III;
- lidocaină 100 mg intravenos sau endobronșic în bolus, ulterior 2-4 mg pe kg corp pe oră în PEV, în fibrilație sau flutter ventricular.

AFECȚIUNI ABDOMINALE

Abdomenul acut – în care simptomul principal este durerea abdominală, cu debut brusc, însoțit sau nu de alte tulburări cum ar fi: inapetență, ercutații, vărsături, tulburări de tranzit.

Caracterul durerii poate fi:

- continuă progresivă – în apendicite, colecistite, pancreatite, ulcer penetrant;
- colicativă, cu perioade nedureroase – în colică litiazică biliară sau renală;
- durerea din perforație – cu debut supraacut, însoțită de semne de peritonită;
- durerea ischemică intestinală, cu debut supraacut, apoi cu o ameliorare a durerii, ulterior asociindu-se cu semne de peritonită;

Sediul durerii ne poate ajuta la localizarea leziunii, astfel:

- în epigastu – stomac, duoden, căi biliare, pancreas, colon;
- în hipocondrul drept – căi biliare, ficat, duoden, pancreas;
- în hipocondrul stâng – stomac, pancreas, splină;

- în fosa iliacă dreaptă – apendice, cec, mezenter, anexa dreaptă;
- în fosa iliacă stângă – tract urinar stâng, anexa stângă, colon descendent;
- regiunea ombilicală – duoden, jejun, ileon;
- hipogastru – intestin subțire, stomac, vezică urinară;

Durerea poate iradia în :

- spate – întâlnită în pancreatită, sau anevrism de aortă abdominală;
- umărul drept – în colecistite și sarcină extrauterină;
- în scrot sau labii – în litiaza ureterală.

Durerea poate prezenta o anumită ritmicitate sau periodicitate, ca cea din ulcerul gastroduodenal.

Durerea poate fi calmată de mâncare (în ulcerul gastroduodenal), de vărsătură(în stenoza pilorică), prin administrarea de medicamente sau prin anumite poziții antalgice.

Bolnavul cu abdomen acut va fi examinat atent, complet și riguros, i se vor face examene de laborator și examene paraclinice, toate stând la baza elaborării corecte a diagnosticului și a măsurilor terapeutice ce se impun.

Rezultatele depind de precocitatea cu care se pune diagnosticul și de intervalul de timp în care bolnavul primește ajutorul necesar.

Dispepsiile – sunt tulburări digestive, care fără a fi grave, crează un disconfort neplăcut pentru bolnavi, care pot acuza:

- grețuri;
- vărsături;
- pirozis;
- anorexie;
- tulburări de tranzit.

Se produce o acumulare de gaze în stomac sau în intestine, care produc balonări greu de suportat și emisiuni de gaze prin gură(eructații) sau anal(flatulență).

Aceste gaze se acumulează în stomac fie prin aerofagie, fie prin ingestia de lichide carbogazoase.

Gazele mai sunt prezente și în anumite afecțiuni, cum ar fi: ulcerul gastroduodenal, gastrita cronică sau neoplasmul.

În cadrul sindroamelor dispeptice funcționale, etiologia ne se cunoaște, ea atribuindu-se consumului de: alimente acide, condimente, tutun, alcool sau stressului.

Acestor bolnavi li se recomandă mese regulate, cu evitarea alimentelor responsabile de suferința produsă, în unele cazuri chiar psihoterapie.

Colonul iritabil - este o afecțiune funcțională, fără substrat organic, caracterizată prin crize dureroase(colici), prin distensie abdominală și scaune variabile, perioadele de constipație alternând cu cele de diaree, totul evoluând în cadrul unei dezordini nevrotice.

Intervenția asistentei medicale:

- supraveghează pofta de mâncare sau inapetența, cantitățile de alimente consumate, modul masticăție al alimentelor, prezența grețurilor și a vărsăturilor, eventualele dureri abdominale, prezența meteorismului, a flatulenței, a diareei sau a constipației;

- va adapta alimentația după afecțiunea pacientului, dar în toate cazurile alimentația va fi fracționată în cantități mici și administrate des;
- recomandă alimente ușor digerabile și bogate în vitamine;
- va urmări personal felul scaunelor și conținutul lor, putând decela prezența de produse patologice, cum ar fi: puroi, mucozități și paraziți;
- pregătește pacientul pentru explorări radiologice, endoscopice sau pentru biopsia mucoasei digestive;
- acolo unde se impune va recolta probe din suc gastric sau din materiile fecale;
- asigură permanentizarea toaletei anale la pacienții cu incontinență intestinală;
- administrează medicația indicată de medic, punctual, respectând orarul față de alimentație;
- va semnala medicului orice semn secundar apărut în evoluția pacientului, cum ar fi: pirozis, eructații, tulburări de vedere.

Intervenția asistentei medicale în bolile hepato-biliare:

- în perioada acută a bolii, internarea este inevitabilă, bolnavii vor fi amplasați în saloane mici, liniștite, evitând efortul fizic și psihic;
- bolnavii vor sta în decubit dorsal, în scopul asigurării unei irigații optime a ficatului;
- alimentația trebuie să fie fracționată în doze mici, de mai multe ori pe zi;
- în perioada acută a hepatitelor, bolnavii primesc un regim de cruțare a ficatului, asigurându-se un aport bogat în hidrați de carbon și vitamine;
- sunt interzise: băuturile alcoolice, alimentele prăjite și condimentele;
- în cazul cirozelor regimul va fi hiposodat;
- va urmări : culoarea sclerelor și a tegumentelor, prezența pruritului, culoarea scaunelor, apariția foetorului hepatic, aportul hidric și de lichide, culoarea urinei, greutatea corporală, apariția sau dispariția edemelor, eventualele modificări de comportament;
- va monitoriza : temperatura, pulsul, TA, respirația, diureza;
- apariția febrei, melenei, hematemezei și a convulsiilor se vor raporta imediat medicului;
- va recolta probe din : sânge, urină, fecale, sucuri digestive;
- pregătește sondaje exploratoare și terapeutice;
- asigură transportul bolnavilor pentru examenul radiologic;
- în caz de ascită voluminoasă, va pregăti bolnavul și instrumentele pentru puncție evacuatoare.

Sunt cazuri în care bolile hepato-biliare pot fi de etiologie infecțioasă. În aceste cazuri se impune să se țină cont de normele de securitate și protecția muncii, cu scopul de a preveni infecțiile intraspitalicești.

Hepatitele acute virale, hepatitele cronice alcoolice și cirozele hepatice, evoluează de cele mai multe ori spre insuficiență hepatică acută.

Apare astfel icterul, foetorul hepatic și tulburările neuro-psiuhice (de la somnolență, dezorientare temporo-spațială și agitație psiho-motorie, până la convulsii și comă profundă). Se pot instala hemoragii fatale.

Acești bolnavi vor fi izolați în rezerve bine încălzite.

Igiena corporală se va face numai la pat.

Alimentația se face i.v cu soluții de glucoză 10-20% iar aportul caloric va fi de 2500-3000 cal/24 ore.

În cazul instalării comei se va asigura oxigenoterapia și permeabilitatea căilor respiratorii.

Intervenția asistentei medicale în bolile renale :

- va urmări tulburările de emisie urinară;
- notează cantitatea de urină pe 24 ore, densitatea și caracterele calitative ale acesteia;
- notează zilnic cantitatea de lichide consumate, cantitățile eliminate și greutatea corporală;
- notează mirosul urinos al respirației, prezența pruritului, eventualele tulburări de conștiență, de respirație sau convulsii;
- va semnala apariția sau dispariția edemelor;
- va recunoaște faza precoce a edemului pulmonar și ia măsurile necesare până la sosirea medicului;
- va face educația sanitară pacienților în convalescență privind regimul dietetic și tratamentul extraspitalicesc;
- pacienții trebuie să știe că în cazul apariției unuia din simptomele: diaree, greață, vărsătură, trebuie să se adreseze medicului.

PROBLEMATICA ALCOOLISMULUI, TABAGISMULUI ȘI A DROGURILOR

Alcoolismul este acea stare în care individul și-a pierdut libertatea de a se abține de la consumul de alcool. Vârsta la care s-a constatat cel mai mare consum de alcool este cuprinsă între 25-30 ani, semnalizându-se o creștere îngrijorătoare la adolescenți.

Consumul de alcool reprezintă cel mai mare risc în apariția afecțiunilor somatice, a bolilor cardio-vasculare și hepatice. Se produce degradarea personalității, demență alcoolică dar și cele mai mari costuri medicale și sociale.

Statistic s-a constatat o incidență crescută a neoplasmului bronhopulmonar la fumători față de nefumători.

Având în vedere efectele negative ale tutunului , se impun măsuri de prevenție primară și secundară. Psihoterapia este importantă ca și măsurile de igienă de viață, măsurile dietetice și măsuri de susținere a unei discipline fizice, prin desfășurarea de activități sportive.

Drogul este o substanță capabilă să modifice dispoziția afectivă, conștiința de sine și raportarea individului față de lume.

Ca și alcoolicul, toxicomanul nu va declara niciodată doza reală consumată sau eventualele asocieri de alte substanțe.

Acestor pacienți li se va explica riscul la care se expun, în special prin utilizarea substanțelor injectabile: hepatita de tip B, C și HIV.

POLITRAUMATISMELE

Îngrijirea bolnavilor traumatizați începe de la locul accidentului, măsurile de reanimare continuându-se și în timpul transportului până la spital.

Intervenția asistentei medicale:

- instalează aparatul de perfuzie, inclusiv sângele, acolo unde se impune;
- dezobstruează căile respiratorii;
- asigură oxigenoterapia;
- supraveghează atent pulsul arterial și capilar, respirația, TA, rezerva alcalină, ph-ul, ionograma sanguină și diureza;
- o atenție sporită o va acorda venelor abordate, existând riscul apariției tromboflebitei(de-a lungul venei pielea devine aprinsă, roșie, caldă, cu tumefierea zonelor învecinate). Se impune de urgență mutarea canulei.

SĂNĂTATEA VÂRSTNICULUI

Intervenții de nursing general

Îmbătrânirea este un proces comun pentru toți indivizii, dar fiecare persoană îmbătrânește diferit, în funcție de mai mulți factori: genetici, de nutriție, de mediu, de stress, mod de viață sau de cultură.

Sunt cercetători care susțin „teoria acumulării lezionale” în procesul de îmbătrânire, teorie care se bazează pe acumularea de proteine cu structură modificată, rezultate din procesul de catabolism. Acestea scad capacitatea organismului de a menține echilibrul fiziologic, ducând astfel la îmbătrânire.

Există o etapizare a procesului de îmbătrânire, și anume:

- vârstnicii: între 60-75 de ani;
- bătrânii: între 75-85 ani;
- longevivii: peste 85 ani.

Persoanele vârstnice sunt considerate persoane cu risc, sunt persoane cu nevoi speciale, care necesită ajutor și protecție pentru a putea trăi în condiții decente și pentru a se integra cât mai mult în familie și societate.

Persoanele vârstnice sunt persoane vulnerabile și devin astfel categoria din populație cu cele mai mari consumuri de servicii și prestații medicale.

O caracteristică a acestor persoane este polipatologia . S-a constatat deasemenea faptul că bolile au evoluții mai severe, răspund greu la tratament, se cronicizează frecvent, comparativ cu alte categorii de vârstă.

Afecțiunile cele mai frecvente sunt în sfera cardio-vasculară, neurovasculară și psihiatrică.

Infirmitățile, invaliditățile și handicapurile apar frecvent la persoanele vârstnice, ceea ce le fac uneori dependente de îngrijiri permanente.

Datorită acestor situații, uneori, personalul medical are tendința de a avea stereotipuri negative față de pacienți, pe care îi consideră pacienți urâți și fără șanse de vindecare.

Nu trebuie să uităm că persoanele vârstnice au :

- dreptul la îngrijire;

- dreptul la alegerea locului unde să fie îngrijiți (în instituții sau la domiciliu);
- dreptul de a i se respecta demnitatea, dorințele;
- dreptul de a fi informat;
- dreptul la consimțământ și confidențialitate;
- dreptul de a primi îngrijiri până în ultima clipă a vieții.

Asistenta medicală are obligația să identifice și să evalueze nevoile acestor pacienți și să acorde îngrijiri astfel încât să obțină redobândirea independenței acestora, creșterea calității vieții, ameliorarea sau vindecarea bolii.

Planul de îngrijire trebuie modelat după caracteristicile personale ale individului, după cunoștințele sale și după experiența sa de viață.

SENESCENȚA este acea perioadă din viața omului în care se constată o regresie a tuturor structurilor și funcțiilor organismului.

Morfologic se constată atrofierea și scleroza diferitelor organe și țesuturi, iar funcțional, se constată scăderea capacității de adaptare a organelor și sistemelor organismului.

Aceste transformări atrag după sine diferite modificări patologice, și anume:

- la nivelul SNC se produce distrugerea celulelor nervoase;
- în cazul pierderii totale a neuronilor piramidali necorticali se produce atrofia cerebrală, caracterizată prin apraxie, afazie și demență senilă;
- vasele coronare prezintă un traiect sinuos, sunt îndurate și prezintă calcificări;
- aorta prezintă fibre de colagen(ce înlocuiesc fibrele elastice), fiind zone vulnerabile și de elecție pentru dezvoltarea anevrismelor;
- venele sunt ectaziate, rigide, valvulele devenind în timp incompetente;
- la nivel cardiovascular asistăm la încetinirea pulsului, la creșterea tensiunii sistolice cu scăderea diastolice, la scăderea mișcărilor toracice urmată de reducerea capacității vitale;
- dacă sunt afectați centrii hipotalamici sau corticali, asistăm la scăderea senzație de foame și de sete, la scăderea adaptării la variațiile de temperatură și la diminuarea capacității de concentrare, de memorare, de gândire sau atenție;
- tulburările de somn sunt frecvente și are loc o inversare a ritmului circadian;
- constantele biologice se modifică: VSH-ul, hematocritul, numărul eritrocitelor, hemoglobina și cratinina;
- scade numărul glomerulilor renali, urmată de scăderea filtrării glomerulare, începând din decada a IV –a de viață;
- mucoasa gastrică se atrofiază, apărând mai des leziuni de metaplazie;
- scade secreția salivară, scade secreția acidă și enzimatică stomacală (producându-se mai ușor colonizarea stomacului cu *Helicobacter pylori*);
- la nivelul colonului, datorită involuției musculaturii apar diverticuli;
- constipația este favorizată de dieta săracă în celuloză și din cauza sedentarismului;
- greutatea ficatului se reduce dar își păstrează arhitectura;
- vezicula biliară are pereții îngroșați și suferă un proces de ptoză și atonie;

- la nivelul ochiului apar modificări: corneea devine mai groasă, cristalinul trece printr-un proces de scleroză, acuitatea vizuală se reduce, apare frecvent cataracta, glaucomul sau degenerescența maculară;
- la nivelul urechii: se constată o scădere a acuității auditive, în special pentru sunetele de frecvență înaltă;
- îmbătrânirea fiziologică a sistemului osteoarticular și muscular se manifestă prin: scăderea forței musculare și a toleranței la efort, mersul care devine mai încet cu pași mici și limitarea mișcării articulațiilor;
- coloana vertebrală suferă și ea modificări: se accentuează curburile fiziologice, discurile vertebrale se tasează, mai frecvent la nivelul coloanei cervicale și lombare;
- fenomenele articulare sunt precoce și au în general caracter evolutiv lent; apar tablouri specifice de artroză (gonartroză, coxartroză);
- la femei apare procesul de involuție a aparatului genital, caracterizat prin: dispariția foliculilor ovarieni și prin atrofia epiteliului genital, uterin și al trompelor. Aceste modificări duc la instalarea menopauzei;
- țesutul celular subcutanat suferă și el anumite modificări ce duc la scăderea turgorului, lucru apreciat prin: persistența pliului cutanat dorsal al mâinii și prin evidențierea pliurilor mentoriene și ale feței anterioare a gâtului.

Consecințele procesului de îmbătrânire sunt:

- scăderea capacității de adaptare la orice tip de schimbări;
- scăderea rezistenței organismului la îmbolnăviri, agresiuni sau stress;
- apariția îmbolnăvirilor frecvente și concomitente (așa zisa polipatologie);
- pierderea autonomiei individului;
- dependența parțială sau totală a individului;
- mortalitatea crescută.

Procesul bătrâneții este considerat un proces biologic natural, caracteristic ooricărei ființe vii.

Sunt însă situații în care se constată intervenția anumitor factori specifici din mediu social și psihologic care, fără a determina îmbătrânirea, pot favoriza accelerarea și adâncirea procesului de îmbătrânire, printre care amintim:

- pensionarea – cu pierderea relațiilor sociale și cu diminuarea veniturilor;
- însingurarea – prin plecarea copiilor sau prin pierderea partenerului de viață;
- îmbolnăviri și accidente – cu apariția anumitor boli specifice ce duc la handicapuri (motorii, surditate sau orbire);
- dependența – reprezintă necesitatea individului de a fi îngrijit de către o altă persoană;
- excluderea socială – caracterizată prin pierderea de roluri și statute;
- tendința de a ignora drepturile și libertățile individului;
- tendința de a ne respecta demnitatea fiecărui individ.

Caracteristicile îmbolnăvirilor persoanelor vârstnice:

- dezvoltă boli specifice;

- dezvoltă concomitent mai multe boli;
- bolile au tendința de a evolua spre cronicizare și complicații;
- bolile organice se împletesc cu cele psihice;
- bolile au tendința de a se agrava , având risc mare de mortalitate;
- bolile se însoțesc frecvent de anumite infirmități, ducând astfel la dependență și la imobilizări;
- apar mai frecvent escarele, incontinențele și demențele;
- bolile duc la stări grave, fără tendință de vindecare, stări care necesită un volum mare de îngrijiri și totodată cheltuieli mari.

Dintre afecțiuni amintim: arterioscleroza, boala Alzheimer, HTA geriatrică, cardiopatia ischemică, hipertrofia benignă de prostată, incontinența de urină, diabetul zaharat și tulburările psihice.

Îngrijirile acordate acestor pacienți vor fi bine adaptate fiecărui individ și afecțiune în parte, cu respectarea satisfacerii nevoilor fundamentale, în scopul obținerii independenței lui.

Dacă nu se poate obține vindecarea în totalitate, obiectivul asistentei medicale este acela de a identifica acele probleme care necesită asistență de specialitate.

Este cunoscut faptul că mulți vârstnici locuiesc singuri, că activitatea productivă s-a prelungit (a crescut vârsta de pensionare). Pentru aceste persoane îngrijirile geriatrice ar fi de preferat să se bazeze pe activități profilactice.

Intervențiile trebuie să stimuleze pacientul să-și îmbunătățească stilul de viață, să se mute într-un mediu mai sănătos, să mănânce mai sănătos, sau să apeleze la nevoie la serviciile sociale.

Sunt din păcate anumite situații, când din punct de vedere al unui tratament curativ nu mai este nimic de făcut.

Aceste stări sunt denumite stări terminale, și sunt definite de majoritatea autorilor ,ca stări ce preced orice fel de moarte, indiferent de vârstă și diagnostic, cu excepția morților subite sau prin accidente.

Diagnosticul de stare terminală revine medicului, el va hotărî momentul preluării pacientului în îngrijiri paliative.

Îngrijirile paliative sunt definite ca un complex de măsuri cu scopul ameliorării suferințelor bolnavilor incurabili.

Îngrijirile paliative se acordă în echipă:

- asistentă medicală;
- asistentă socială;
- psiholog;
- infirmieră.

Acest tip de îngrijiri se pot acorda într-o instituție (spital, cămin-spital) sau la domiciliu (aici se includ în echipă membrii familiei, vecini și voluntari).

Îngrijirile paliative includ:

- îngrijiri infirmiere – hrănire, hidratare, menținerea igienei, schimbarea lenjeriei;
- igiena cavității bucale;
- schimbarea poziției bolnavului cât mai des posibil, evitând astfel pe cât posibil apariția escarelor și a pneumoniei;
- schimbarea sondelor urinare sau folosirea materialelor absorbante în incontinențele urinare;

- combaterea durerii: cu analgezice obișnuite sau opioide(când sunt prescrise de medicul specialist);
- tratamentul simptomelor: grețuri, vărsături, dispnee, constipație, etc,
- însoțirea permanentă a pacienților avuți în îngrijire;
- comunicarea permanentă cu pacienții, care le poate oferi un anumit suport moral.

În toată această perioadă este important felul în care este susținută familia, în așa fel încât ea să poate depăși aceste momente dureroase.

t