

CHES

Sub redacția
Lucretia TÎRÎCĂ

TEHNICI DE EVALUARE ȘI ÎNGRIJIRI ACORDATE DE ASISTENȚII MEDICALI

NR 11



Editura VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNĂSĂ

	b. desfășurarea interviului – asistenta pune întrebări deschise sau închise, ale căror răspunsuri vor forma „profilul” pacientului – pe parcursul interviului asistenta și pacientul devin, rând pe rând, emițător și receptor Ex.: Pacientul: „Pentru ce este sursa de oxigen pe peretele deasupra patului meu? Asta înseamnă că sunt grav bolnav?” Asistenta: „Nu, nu înseamnă asta. Toate saloanele din această secție sunt prevăzute cu surse de oxigen. Spi-talul are un sistem central de distribuire a oxigenului și dacă un pacient are nevoie putem să i-l administram ra-pid. Acesta este motivul pentru care ați fost neliniștit?” Pacientul: „Nu, eram doar curios.” Asistenta: „În această situație, aveți alte probleme care vă neliniștesc?” Pacientul: „Da.” – este de preferat să se semnaleze apropierea sfârșitului interviului Ex.: „Am să vă mai pun două întrebări” sau „Vom termina în două minute”. c. concluzia interviului – la sfârșitul interviului, asistenta va trage concluziile asupra interviului Ex.: „Vă mulțumesc că mi-ați răspuns la aceste întrebări.” „Am înțeles care vă sunt problemele” „Răspunsurile date de dv. mă vor ajuta să vă planific îngrijirile.”
--	--

PROFILUL PACIENTULUI

Este constituit din informațiile culese prin interviu și cuprinde ca elemente de bază următoarele:

Informații generale	– nume, prenume – sex – stare civilă – ocupație – religie – surse de susținere
Antecedente medicale	– bolile copilăriei, vaccinări – traumatisme – spitalizări (experiența pacientului cu ocazia spitalizărilor anterioare) – intervenții chirurgicale

	– alergii medicamentoase – utilizarea tratamentelor empirice
Antecedente familiale	– boli cronice, afecțiuni mentale ale membrilor de familie
Mod de viață, obișnuințe	– utilizarea de alcool, tutun, droguri – obiceiuri de muncă, somn, alimentație – practicarea exercițiilor fizice
Probleme de sănătate actuală	– apariția simptomelor: – natura lor – caracteristici (localizare, durată, intensitate etc.) – factori declanșatori (trig, umezeală, efort etc.) – măsuri luate pentru a le ușura și efectul acestora – cunoștințe despre sănătate
Mediul ambiental	– factori de risc (poluanți, zgomete, trepidatii) – securitatea fizică (respectarea măsurilor de protecția muncii)
Profilul psiho-social și cultural	– limba vorbită, etnie – capacități cognitive – emoții, sentimente, stări sufletești, care pot influența satisfacerea nevoilor – probleme generate în raport cu familia, anturajul

NOTĂ:

În culegerea datelor, pe lângă profilul pacientului, va fi inclus și examenul sistemelor și aparatelor:

- examenul fizic
- investigații radiologice și endoscopice
- explorări funcționale
- examene de laborator

GHID ORIENTATIV DE CULEGERE A DATELOR PENTRU CELE 14 NEVOI FUNDAMENTALE, ÎN VEDEREA EVALUĂRII ȘI SATISFACERII NEVOILOR

A RESPIRA, A AVEA O BUNĂ CIRCULAȚIE

Repere stabile	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Respirație	– frecvență, ritm, amplitudine – simetria mișcărilor – tipul respirator – aspectul toracelui

Prezența unor semne și simptome în afecțiunile respiratorii	– tiraj: – tip – tuse: – când a apărut? – cât de frecventă este? – este sau nu urmată de expectorație? – apare în anumite poziții? – accesele survin ziua, sau noaptea? – expectorație: – culoare, miros, aspect, cantitate – prezența sângelui (temporară sau permanentă) – dispnee: – tipul dispneei – apare în repaus, la efort sau în condiții de stres? – ce poziție o ameliorează? – când apare: ziua sau noaptea? – durere toracică: – intensitate, localizare, iradiere, durată – este exagerată de tuse și respirație profundă? – poziția corpului: – ortopnee – antalgică
Afecțiunile respiratorii în antecedente	– frecvența și durata acestora: cum au fost tratate?
Puls	– frecvență, ritm, amplitudine
T.A.	– T.A. sistolică și T.A. diastolică
Prezența unor semne și simptome în afecțiunile cardio-vasculare	– durere precordială – localizare, intensitate, iradiere – factori declanșatori – factori de ameliorare – palpitații – când apar? la efort? după abuz de alcool, cafea, tutun? după medicamente? în condiții de stres? – cianoza – localizare, intensitate – paloare – turgescența venelor jugulare – oboseala la mers – durerea cu sediul în gambă – este continuă sau intermitentă? – apare la efort? – este calmată de repaus? – este însoțită de impotență funcțională? – edem la nivelul membrilor
Factori de risc	– fumat – de când? cât?

	– alți membri ai familiei fumează? – sedentarism – efectuați o muncă sedentară? – mergeți pe jos la serviciu? – practicați vreun sport? – stați timp îndelungat în picioare? – mediu – lucrați sau locuiți în mediu poluat? (praf, pulberi etc.) – stres, anxietate – alimentația – în exces, dezechilibrată
--	--

A BEA, A MÂNCĂ

Repere stabile	<i>Informații de obținut, întrebări ajutoare</i>
Obșnuințe alimentare	– orarul meselor – alimente preferate – aversiune față de anumite alimente – mod de preparare a alimentelor – lichide consumate: – cât? când? ce fel? – restricții alimentare impuse de dietă, religie, cultură – ingestie de alimente și lichide interzise – folosirea mâncării ca recompensă sau reconfort – refuz de a se alimenta – utilizarea de vitamine și săruri minerale – apetit – factori care determină anumite comportamente
Experiințe anterioare	– alergii alimentare – alimente care au cauzat vărsături, diaree, constipație
Cunoștințele pacientului	– care sunt alimentele pe care le consideră benefice pentru sănătate – dacă necesitățile organismului de hrană și lichide îi sunt cunoscute – cum consideră modul său de alimentație: echilibrat, dezechilibrat – dacă îi sunt cunoscute noțiuni de gastrotehnice
Greutatea corporală	– actuală și anterioară – modul în care pacientul percepe valorile obținute, raportate și la înălțime
Starea de nutriție	– semne și simptome caracteristice în: – obezitate

NEVOIA DE A TE MIȘCA ȘI A AVEA O POSTURĂ BUNĂ

	– casexie – deshidratare
Difficultăți în alimentare	– incapacitate de a tăia alimentele, de a bea, de a duce alimentele sau lichidele la gură – deglutiție dificilă – masticăție inadecvată – factori care determină aceste dificultăți

NEVOIA DE A ELIMINA

Repere stabile	<i>Informații de obținut, întrebări ajutoare</i>
Mod de eliminare	– urina: – micțiuni (număr, ritm) – cantitate, caracteristici – materii fecale: – defecație (frecvență, orar) – cantitate, caracteristici – transpirație: – caracteristici – menstră: – ritm, durată, evoluție – caracteristici – tulburări prezente și factori care le determină
Greutate corporală	– valoarea actuală raportată la cea anterioară, pentru a sesiza diferența
Motilitate gastro-intestinală	– zgornote intestinale – meteorism abdominal – flatulență – tenesme
Semne și simptome prezente	– dureri abdominale – semne de deshidratare – vărsături – evacuare involuntară de urină și scaun – glob vezical
Atitudinea pacientului	– necesitatea intimității – neadaptare la utilizarea echipamentului sanitar (ploscă, urinar, bazine)

Repere stabile	<i>Informații de obținut, întrebări ajutoare</i>
Sistemul osteoarticular și muscular	– integritate – amplitudinea mișcărilor – mobilitate articulară – forță musculară
Mersul	– mod de deplasare: – singur – cu mijloace auxiliare (baston, câră, cadru)
Echilibrul	– gradul de stabilitate în timpul deplasării sau al mișcărilor
Poziția corpului și membrilor	– atitudini în funcție de vicile de conformație și de mișcările efectuate
Mobilizare	– capacitate de a se transfera de pe o suprafață pe alta – dificultăți în adoptarea unor poziții (dureri, rigiditate, oboseală, slăbiciune)
Efectele imobilizării	a. fizice: – musculo-scheletice – gastro-intestinale – respiratorii – urinare b. psiho-sociale: – depresia – modificări de comportament

NEVOIA DE A DORMI, A TE ODIHNI

Repere stabile	<i>Informații de obținut, întrebări ajutoare</i>
Obșnuințe de somn	– durata somnului în 24 de ore – mod de alternare a ritmului somn-veghe – capacitate de adormire, eventuale „ritmuri” folosite – calitatea somnului – dacă pacientul cunoaște necesitățile de somn ale organismului
Manifestări ale tulburărilor de somn	– treziri frecvente – coșmaruri – atipii în timpul zilei – oboseală

	- dificultate de concentrare în timpul zilei - irascibilitate - ochi încercânați - tremurături ale mâinilor - scăderea memoriei
Factori care pot influența somnul	- suprasolicitare senzorială - mediu necunoscut - durere - efort fizic - stres emoțional - medicamente
Măsuri de ameliorare	- metode utilizate: - masaj - relaxare - medicamente - efectul avut

NEVOIA DE A TE ÎMBRĂȚA ȘI DEZBRĂȚA

Repere stabilite	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Capacitatea de a se îmbrăca/dezbrăca	- este capabil să o facă singur - o face parțial - necesită ajutor - refuză să se îmbrace/dezbrace
Atitudinea față de ținuta vestimentară	- semnificația vestimentației - gusturi - alegerea vestimentației în funcție de circumstanțe - aspectul ținutei - interes pentru o ținută curată, adecvată - factori care influențează un anumit comportament

NEVOIA DE A MENTINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE

Repere stabilite	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Temperatura corpului	- valoarea temperaturii dimineața și seara - interpretarea curbei termice
Adaptarea comportamentului	- la temperaturi scăzute: - se îmbracă bine - se refugiază în mediu cald

	- crește activitatea musculară - bea lichide calde - la temperaturi ridicate: - încetează activitatea - utilizează ventilație - baie, dus cu apă mai rece - refugiu în loc mai răcoros - bea lichide reci
Semne și simptome	a. hipertermie: - cefalee - convulsii - deshidratare - oboseală - frisoane - diaforeză - tahicardie - tahipnee b. hipotermie: - piele rece - bradicardie - bradipnee - confuzie - paloare - oligurie

NEVOIA DE A MENTINE TEGUMENTELE CURATE ȘI INTEGRE

Repere stabilite	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Pielea	- colorație - turgor - umiditate - integritate: - fără leziuni - leziuni prezente (tip, caracteristici) - prurit - mod de îngrijire (baie, dus, utilizarea de creme, emoliente e
Cavitatea bucală	- igiena cavității bucale: - când? cum? cu ce?
Părul	- aspect - modificările pilozițiilor - mod de îngrijire
Unghii	- formă - consistență

	- culoare - mod de îngrijire
Atitudine față de îngrijirile igienice	- preocupare - expresia dezinteresului față de îngrijirile igienice - neglijență în efectuarea îngrijirilor igienice - exces de pudoare - îngrijiri repetate și nejustificate - refuz de a se îngrijii
Difficultăți în efectuarea îngrijirilor igienice	- mod de manifestare (incapacitate sau dificultate de a-și spăla tegumentele, de a-și tăia unghiile, de a-și spăla părul, de a-și rade barba etc.) - factori care determină aceste dificultăți
Cunoștințele pacientului	- dacă cunoaște scopul îngrijirilor igienice și importanța lor pentru menținerea sănătății

NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE

Repere stabile	<i>Informații de obținut, întrebări ajutoare</i>
Aprecierea riscului de accidentare	- stadiul de dezvoltare al pacientului - mod de viață: - lumină necorespunzătoare - dezordine la domiciliu și loc de muncă - mediu poluat - condus mașina cu viteză excesivă - lipsă de somn - alimentație necorespunzătoare - percepția senzorială: - deficiențe de auz, văz - alterarea simțului olfactiv, gustativ, tactil - mobilitate - durere - stare emoțională - grad de conștiență - lipsa de cunoștințe despre securitate: - cunoașterea modului de prevenire a accidentelor casnice - cunoașterea regulilor de circulație - cunoașterea măsurilor de protecția muncii - în mediul spitalicesc: - intervenții (nerespectarea dozei, a căii de administrare a medicamentelor) - nerespectarea măsurilor de asepse - nesupravegherea pacientului după o tehnică - nesupravegherea pacientului după o tehnică

Atitudinea pacientului	- neglijență în satisfacerea nevoilor și menținerea sănătății - neutilizarea serviciilor de sănătate - refuzul tratamentului - neutilizarea mijloacelor de securitate - violența
-------------------------------	--

NEVOIA DE A COMUNICA CU SEMENII

Repere stabile	<i>Informații de obținut, întrebări ajutoare</i>
Capacitate senzorială	- integritatea, diminuarea sau absența reacțiilor senzoriale (văz, auz, gust, miros, pipăit) - utilizarea protezelor auditive: - permanent sau cu intermitență? - corectarea viciilor de refracție cu ochelari: - acceptul sau refuzul de a purta ochelari
Comunicare verbală	- limba vorbită - mod de exprimare: - limbaj adecvat - coerență - ritm - intonație (dacă e în concordanță cu semnificația mesajului) - obstacole în dezvoltarea limbajului (diminuare de stimul) - scris: - posibil sau nu - inteligibil, neinteligibil
Comunicare nonverbală	- expresii faciale: - ce exprimă: teamă, dezgust, bucurie, mânie, durere - gesturi: - sunt sau nu în concordanță cu mesajul verbal
Dorința de a comunica	- modul în care pacientul comunică cu membrii familiei, anturajul, echipa de îngrijire - exprimarea sentimentelor și emoțiilor - atitudinea de receptivitate
Percepția mesajului	- măsura în care este în concordanță cu realitatea
Starea mentală	- orientare în timp și spațiu: "Știi unde vă aflați?" "Știi ce zi este astăzi?" - capacitate de concentrare - memorie - Vă amintiți când vi s-a efectuat ultimul examen oftalmologic?

NEVOIA DE A ACȚIONA CONFORM PROPRIILOR CREDINȚE ȘI VALORI

Repere stabile	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Comportamente și atitudini	– participarea la serviciul religios – citirea cărților religioase – respectarea restricțiilor impuse de religie – exprimarea conflictului între credința sa și practica medicală – solicitarea asistenței spirituale în anumite momente – autoacuzatii – perceperea bolii ca pe o pedeapsă
Implicații asupra îngrijirilor determinate de:	– refuzul asistenței medicale calificate – neacceptarea unor proceduri

NEVOIA DE A FI OCUPAT ȘI REALIZARE

Repere stabile	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Performanța rolului	– rolul asumat în familie, societate, profesie și importanța lui pentru pacient – modul în care este capabil să-l îndeplinească – factori care influențează performanța rolului
Atitudinea pacientului	– solicitarea și acceptarea ajutorului – recunoașterea progreselor – participarea la îngrijiri – comportament (agresiv) – capacitate de a lua decizii – exprimarea dificultății de a îndeplini un rol (apatie, tristețe, descurajare etc.) – exprimarea unui conflict între percepția unui rol și exigențele celorlalți (frustrare în raport cu obligațiile impuse de rol)

NEVOIA DE A SE RECREA

Repere stabile	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Obiceiuri de a se recrea	– tipul activităților – frecvența

Reacțiile pacientului față de activități recreative	– mod de organizare – efectul activităților: – destindere – satisfacție – plăcere – incapacitate de a efectua activități recreative – interes – dezinteres – indiferență – factori care determină aceste atitudini
--	---

NEVOIA DE A ÎNVĂȚA SĂ-ȘI PĂSTREZE SĂNĂTATEA

Repere stabile	Informații de obținut, întrebări ajutoare
Nivelul actual de cunoștințe	– ce știe pacientul despre starea de sănătate actuală, tratament, consecințe
Volința de a învăța	– câmpul atenției – tendința de a pune întrebări, de a se informa – capacitate de concentrare când i se pun întrebări – factori care motivează învățarea: - Ex. „Doriți să aflați care sunt factorii de risc în afecțiunile respiratorii?” „Doriți să învățați modul de schimbare a setului pentru colostomie?” „Doriți să discutați cu pacienți care au o evoluție bună?” „Doriți să citiți reviste, un articol?” „Doriți să-mi puneți întrebări?” „Doriți să vă demonstrați...?”
Capacitatea de a învăța	– expresia înțelegerii informației – modul de dobândire a noi comportamente
Resurse de învățare	– dorința pacientului de a face familia să participe la programul educațional – resurse (financiare, materiale și material didactic) de care dispune pacientul la domiciliu
Factori care influențează învățarea	– mediu – prezența surselor de distragere a atenției – forța fizică, mișcările, coordonarea – prezența deficitelor senzoriale

TRANSPORTUL CU CĂRUCIORUL

Cărucioarele utilizate pentru transportul pacientului au în general înălțimea aselor de operație, pentru a se putea transporta ușor pacientul de pe cărucior pe asă și invers.

Așezarea pe cărucior	
– căruciorul se așază cu partea cefalică perpendicular pe capătul distal al patului (la picioarele patului) – roțile căruciorului trebuie blocate Pentru ridicarea pacientului, este nevoie de trei persoane care execută tehnica în următorii timpi: – cele trei persoane se așază lângă marginea patului; fiecare își plasează piciorul dinspre targă mai în față – toate trei își flexează genunchii introducând brațele sub pacient: – prima, sub ceafă și umeri – a două, sub regiunea lombară și șezut – a treia, sub coapse și gambe – apoi, cele trei persoane întorc pacientul înspre ele, îl apropie cât mai mult ca să-l poată strânge – își îndreaptă corpul, făcând un pas înapoi (cu piciorul aliat în față) și se îndreaptă spre targă – lângă cărucior își flexează ușor genunchii și așază pacientul pe cărucior, ținând brațele ca pacientul să fie așezat în decubit dorsal – cele trei persoane își retrag brațele	

■ IMPORTANT:

Ridicând pacientul, persoanele trebuie să-l țină strâns către ele și să-și folosească cât mai mult forța membrelor inferioare pentru a-și proteja propria lor coloană vertebrală.

■ OBSERVAȚII:

Transportul cu fotoliu rulant a fost descris la mobilizarea pacientului. Transportul cu patul rulant este forma ideală de transport; la cele patru picioare, paturile sunt prevăzute cu roți sau pot fi racordate la un dispozitiv cu roți, oricare pat poate deveni astfel rulant.

Prin utilizarea acestui sistem de transport, pacientul nu trebuie transpus mereu din pat în cărucior, de aici pe masa de operație sau la alte examinări, ci va fi transportat direct cu patul. Patul cu dispozitiv rulant așteaptă pacientul chiar la serviciul de primire. Această metodă nu poate fi aplicată la toate spitalele, căci ea necesită o dimensionare corespunzătoare a coridoarelor, ușilor, este necesar ca să nu existe praguri, iar deplasarea între etaje să se poată face cu ascensorul.

TRANSPORTUL ÎN AFARA SPITALULUI

Pregătirea pacientului	
– pacientul va fi pregătit din timp pentru transport – i se comunică mijlocul de transport – va fi îmbrăcat în mod corespunzător anotimpului, duratei drumului și mijloacelor de transport – i se oferă bazinetul și urinarul în vederea evacuării scaunului și urinei – i se asigură maximum de confort, poziția pacientului va fi cât mai comodă – pacientul transportat la alte servicii sau instituții sanitare va fi însoțit de asistentă, cu documentația necesară – asistența trebuie să fie înzestrată cu tot ceea ce i-ar trebui pe drum în acordarea primului ajutor. Ea supraveghează pacientul îndeaproape, pe tot timpul transportului – predarea pacientului se face de către asistență la medicul de gardă al instituției unde a fost transportat. Pentru liniștea pacientului, este bine ca ea să rămână lângă pacient până va fi amplasat în patul lui.	

■ Important

Mijlocul de transport va fi dezinfectat după transportul pacienților infecțioși.

5. Nevoia de a dormi și a se odihni

ROLUL ASISTENȚEI ÎN SATISFACEREA NEVOII DE ODIHNĂ A PACIENTULUI

Aprecierea gradului de adaptare a pacientului la mediul spitalicesc:

- activitatea din mediul spitalicesc poate avea ca efect modificarea obiceiurilor de somn și odihnă ale pacienților spitalizați
- importanța modificărilor depinde de starea fiziologică și psihică pacientului și de locul unde este plasat.

Asistența trebuie să cunoască nevoile fiziologice de somn ale pacienților, să supravegheze somnul din punct de vedere cantitativ și calitativ, să recunoască semnele care indică nesatisfacerea nevoii de odihnă, să depisteze cauzele și să îndeplinească.

Reducerea zgomotului în mediul spitalicesc:

- închiderea ușilor la saioane
- reducerea volumului unor aparate din apropierea saloanelor (telefoane, radio, T.V., compresoare etc.)

- purtarea pantofilor cu talpă de cauciuc, nu tocuri de metal
- evitarea discuțiilor cu voce tare, a trântitului ușilor
- manipularea cu grijă a cărucioarelor, truselor cu instrumente și a materialelor de curățenie (găleți)

Asigurarea confortului:

- diminuarea surselor de iritație fizică
- atenuarea durerii
- asigurarea unei bune igiene corporale
- asigurarea lenjeriei pe pat curată și uscată
- asigurarea unei temperaturi adecvate în salon
- adoptarea unei poziții comode, pe saltele confortabile
- diminuarea intervențiilor de îngrijire în perioadele de somn
- promovarea unei activități zilnice (ex. participarea la îngrijiri)
- crearea unui mediu de siguranță fizică și psihică (bare laterale la pat, lumină de veghe)
- sfătuiră pacientului să-și golească vezica urinară înainte de culcare

Favorizarea ritualurilor adormirii:

- aerisirea salonului
- exerciții de relaxare
- citit
- privit la televizor

Educația pacientului:

- stabilirea unui orar de somn și odihnă
- explicarea rolului somnului și odinnei pentru refacerea organismului
- necesitatea evitării factorilor care influențează somnul și odihna (oboseala, stresul, cafeaua, alcoolul, medul cu supraîncărcare de stimuli senzoriali)

EXERCITII DE RELAXARE

Exercițiile de relaxare pornesc de la un model holistic al stării de boală și înțeleg, model bazat pe presupunția că individul este o entitate psiho-biologică unitară.

Se pot utiliza diferite tipuri și tehnici de relaxare. Pacientul va fi întrebat mai întâi dacă vrea să învețe o anumită tehnică de relaxare, pe care apoi o va putea aplica singur. Dacă pacientul își manifestă dorința de a învăța, asistenta îi va prezenta o vedere generală asupra a ceea ce i se va cere să facă. I se va arăta cât de important este ca grupele mari de mușchi și articulațiile să nu fie încordate și în tensiune, în timpul aplicării tehnicii de relaxare, asistenta va folosi o voce calmă, liniștită.

● Pacientul va fi rugat:

- să se întindă foarte liniștit, astfel încât brațele, picioarele, spatetele și gâtul să fie într-o poziție confortabilă
- să-și amintească un moment sau o ocazie din viața lui când s-a simțit foarte liniștit și fericit
- să închidă ochii și să-și concentreze gândurile asupra acestei amintiri

● În continuare, pacientului i se recomandă:

- să inspire încet și profund, de cinci ori, expirând lent aerul printr buzete strânse
- să-și relaxeze pieptul și stomacul
- să-și încordeze mușchii (numărând în gând până la 8-10), apoi, să și-i relaxeze (pe aceeași durată); se începe de la labele picioarelor și se continuă cu tot corpul până la cap, în felul următor:

- se încordează puternic degetele de la picioare, apoi, se relaxează
- se încordează și se relaxează gleznele
- se continuă cu gamba-încordate-relaxate, imaginându-și că membrele au devenit foarte grele, iar salteaua le presează în sus
- se încordează și, apoi, se relaxează genunchiul.

Se continuă în acest fel, contractând fiecare mușchi și numărând până la zece, iar apoi se relaxează. Tehnica include și umerii: se ridică, apoi, se relaxează. De asemenea, se efectuează mișcări de flexie și extensie ale degetelor de la mâini. Din când în când, i se sugerează pacientului că salteaua îi presează spatetele, coatele sau o altă parte a corpului, acest lucru dându-i o senzație de plute.

Aplicarea tehnicii de relaxare prezentate mai sus necesită aproximativ 15 minute. Metoda este deosebit de eficace atunci când pacientul o utilizează singur, de patru ori pe zi: dimineața la trezire, înainte de prânz, înainte de cină și înainte de a merge la culcare.

Tehnica de relaxare, folosită în mod repetat, contribuie la scăderea nivelului de tensiune a pacientului în intervalele dintre exerciții.

Un alt exercițiu de relaxare este *meditația*.

MEDITAȚIA

EXERCITII PENTRU MEDITAȚIE

- Se stă în poziție sezând sau culcat, cu ochii închiși, și se încearcă relaxarea tuturor mușchilor, începând cu picioarele.
- Se inspiră, lent, pe nas (se poate număra până la patru); se expiră lent, printr buzze (se poate număra până la șase), în ritm natural.

- Se supraveghează corpul pentru zonele de tensiune și se relaxează conștient aceste zone; corpul să fie relaxat și odihnit.

- Se continuă respirația, așa cum este descrisă mai sus, conștientizându-se sentimentul de bine al corpului; această etapă poate fi continuată timp de 10-20 de minute sau, după cinci minute, se poate trece la punctul e).

- Se ascultă un sunet sau se vizualizează o imagine pentru relaxare, în timp ce se continuă exercițiile descrise.

- În acest moment, poate fi folosită autosugestia; de exemplu: „am controlul asupra întregului corp; atunci când sunt tensionat, mă pot opri, pentru a inspira tot aerul de care am nevoie și pentru a alunga tensiunea”.

- După autosugestia mentală, se continuă respirația lentă și se revine treptat la starea mentală normală.

- Meditația poate fi folosită în orice moment în care este necesară obținerea unei stări de relaxare (de exemplu, pentru a induce somnul).

6. Nevoia de a te îmbrăca și dezbrăca

ÎMBRĂCAREA ȘI DEZBRĂCAREA PACIENTULUI

Scop	– protejarea corpului și asigurarea intimității
Intervențiile asistentei	– alegerea lenjeriei în funcție de: – sex (cămașă de noapte sau pijama) – temperatura mediului – vârstă – talie și statură (să asigure lenjeritatea mișcării) – de integritate fizică și psihică a pacientului (comodă și cu mod simplu de încheiere) – pregătirea lenjeriei la îndemâna pacientului – explicarea tuturor gesturilor ce urmează a fi efectuate – încurajarea pacientului să participe, pe cât posibil, în funcție de capacitatea și limitele sale fizice – felicitarea pentru fiecare progres – ajutorarea pacientului în efectuarea tehnicii sau efectuarea integrală a tehnicii (la nevoie, se efectuează de către două asistente).

■ DE RETINUT:

- în cazul afecțiunilor la nivelul membrelor superioare, se începe cu dezbrăcarea membrului sănătos, îmbrăcarea începând cu membrul afectat.
- în cazul afecțiunilor la membrele inferioare, nu se recomandă pijama
- susținerea membrului paralizat
- acordarea de timp suficient pacientului pentru a efectua tehnica
- abordarea pacientului cu răbdare și calm

7. Nevoia de a menține temperatura constantă a corpului

MĂSURAREA TEMPERATURII

Scop	– evaluarea funcției de termoreglare și termogenează
Locuri de măsurare	– axilă, plica inghinală, cavitatea bucală, rect, vagin
Materiale necesare	– termometru maximal

- casoleță cuampoane de vată și comprese sterile
- recipient cu soluție dezinfectantă
- tavă medicală
- lubrifiant
- alcool medicinal
- ceas

Intervențiile asistentei

- pregătirea materialelor lângă pacient
- pregătirea psihică a pacientului
- spălarea pe mâini
- se scoate termometrul din soluția dezinfectantă, se clătește și se șterge cu o compresă, se scutură (fig. 50)
- se verifică dacă este în rezervor mercurul
- a) pentru măsurarea în axilă (fig. 51)

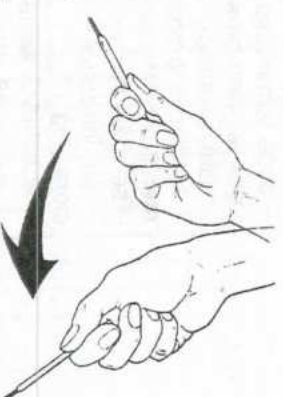


Fig. 50 – Scuturarea termometrului

- se așază pacientul în poziție de decubit dorsal sau în poziția sezând
- se ridică brațul pacientului
- se șterge axila prin tamponare cu prosopul pacientului
- se așază termometrul cu rezervorul de mercur în centrul axilei, paralel cu toracele
- se apropie brațul de trunchi, cu antebrațul flectat pe suprafața anterioară a toracelui
- dacă pacientul este slăbit, agitat, precum și la copii, brațul va fi menținut în această poziție de către asistentă
- termometrul se menține timp de 10 minute
- b) pentru măsurarea în cavitatea bucală (fig. 52):
- se introduce termometrul în cavitatea bucală sub limbă sau pe latura externă a arcadei dentare

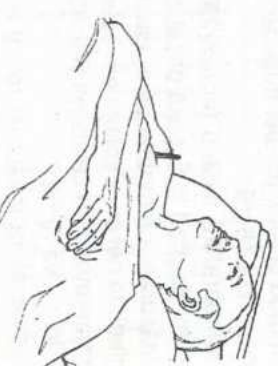


Fig. 51 – Măsurarea temperaturii în axilă

- pacientul este rugat să închidă gura și să respire pe nas
- se menține termometrul timp de 5 minute
- c) pentru măsurarea rectală:
- se lubrifică termometrul

10. Nevoia de a comunica

COMUNICAREA TERAPEUTICĂ

reacția pacientului la stres	- mediu necunoscut sau dezagreatibil din punct de vedere estetic - prezența unei aparaturi necunoscute - schimbări în gradul de intimitate
	- creșterea valorilor funcțiilor vitale (puls, tensiune arterială, respirație) - palme umede și reci - cefalee - modificări de apetit - micțiuni frecvente - nervozitate - modificarea obişnuințelor alimentare - modificarea somnului - diminuarea stimei de sine - scăderea atenției la detalii - pierderea interesului - lipsa motivației
Intervențiile asistentei	- identificarea agenților stresanți și ajutorarea pacientului să-i evalueze - încurajarea pacientului să formuleze propriile sale obiective - identificarea resurselor de adaptare ale pacientului și a modului cum pot fi ele utilizate - crearea de obişnuințe noi (în situațiile de stres, obiceiurile servesc la conservarea energiei) - evitarea schimbării (vor fi acceptate schimbările necesare și inevitabile; tensiunea creată prin mai multe schimbări crește riscul stresului) - acordarea timpului necesar pentru ca pacientul să se concentreze asupra agenților stresanți și să se adapteze - modificarea mediului (fără surse de stres; un mediu de siguranță) - educația pacientului: - utilizarea eficientă a timpului liber (o persoană care-și utilizează eficient timpul trăiește mai puțin stresul legat de activități sociale, familiale) - practicarea exercițiilor fizice (scade starea de tensiune și ușurează relaxarea) - alimentație rațională (obiceiurile alimentare nesănătoase pot exacerba reacția la stres) - odihnă suficientă (ajută la controlul stresului) - utilizarea tehnicilor de relaxare - încurajarea pacientului să dezvolte contacte sociale, să participe la activități recreative - ajutorarea pacientului în rezolvarea unei probleme de stres imediat, în sensul percepției realiste a evenimentului și a utilizării adecvate a mecanismelor de adaptare - explicarea tehnicilor ce urmează a fi efectuate - facilitarea vizitelor prietenilor, a familiei

Definiție	- componentă a relațiilor interpersonale asistentă – pacient - un act planificat, deliberat și profesionist
Scop	- stabilirea unei relații umane pozitive, care va permite atingerea obiectivelor de îngrijire - se realizează prin tehnici de comunicare terapeutică, ce au la bază comunicarea verbală și nonverbală
Condiții pentru o comunicare eficientă	- să se țină cont de factorii fiziologici și socio-culturali, care pot influența comunicarea - asigurarea unui confort psihic și fizic al pacientului - câștigarea încrederii pacientului - respectarea pacientului - mesajul transmis să fie scurt și clar - vocabularul utilizat să fie pe înțelesul pacientului - debitul verbal să fie potrivit - tonul adecvat - intonația să nu fie influențată de emoțiile sau de oboseala asistentei - să fie ales momentul potrivit - mimica, gesturile să accentueze cuvântul, să-l clarifice sau să ilustreze ideea - să se manifeste solitudine față de pacient - atingerea pacientului (de ex. prinderea mâinii unui pacient trist sau cu dureri) să fie utilizată în măsura în care acesta înțelege bine semnificația și o acceptă ca pe un mesaj de încurajare, tandrețe, susținere afectivă.
Tehnici de comunicare terapeutică și rolul asistentei	- ascultare activă: asistenta își mobilizează întreaga atenție pentru a înțelege mesajul pacientului, respectând următoarele reguli: - stă în fața pacientului când vorbește - îl privește în ochi, pentru a-i demonstra dorința de a-l asculta - adoptă o atitudine decontractată - nu face mișcări care ar putea distra interlocutorul - îl aprobă când spune lucruri importante - acceptarea: este voinea de a asculta mesajul unei persoane, fără a manifesta îndoială sau dezgust, chiar dacă sunt divergențe de idei - asistenta va manifesta toleranță față de pacient - îl va asculta fără să-l întrerupă - îi va da o retroacțiune verbală, pentru a arăta că înțelege ce-i spune

	– se va asigura că mesajele sale nonverbale corespund mesajelor verbale – întrebările: sunt un mijloc direct de comunicare și dau tonul unei interacțiuni verbale – vor fi legate de subiectul discutat – vor fi puse într-o ordine logică – asistența va fi atentă să epuizeze un subiect înainte de a trece la altul – asistența va alege întrebările în funcție de răspunsul pacientului – parafraza: redarea mesajului pacientului în cuvintele ei, pentru a se asigura de înțelegerea lui corectă – clarificarea: când intervine o neînțelegere, asistența poate întrerupe discuția, pentru a clarifica sensul mesajului – focalizarea: centrarea mesajului pe o anumită problemă de sănătate – asistența va ajuta pacientul să nu descrie în termeni vagi problemele sale – informarea pacientului: – informațiile vor fi date cu regularitate și la momentul oportun – vor fi transmise într-o manieră favorabilă de comunicare cu pacientul – nu se vor divulga date pe care medicul dorește să nu le cunoască pacientul – liniștea: va permite asistenței și pacientului să-și organizeze gândurile – asistența care asigură liniștea în comunicarea cu pacientul dovedește că este gata să asculte cu răbdare – recapitularea: este o revizuire a principalelor idei discutate – asistența începe o discuție rezumând-o pe precedentă, pentru a ajuta pacientul să-și amintească subiectele abordate
Stiluri de comunicare ineficace	– a-ți spune părerea: are următoarele consecințe: – inhibă personalitatea pacientului – întârzie rezolvarea problemei – nu-i dă pacientului posibilitatea de a lua decizii – a da asigurări false: – împiedică avansarea comunicării – a adopta o atitudine de apărare: – a răspunde criticilor printr-o atitudine defensivă înseamnă a-i nega dreptul pacientului la părerile proprii – a manifesta aprobarea sau dezaprobarea excesiv: – o aprobare excesivă presupune că acesta este singurul lucru acceptabil

- o dezaprobare excesivă poate face pacientul să se simtă respins și să evite interacțiunea
- a generaliza prin stereotipii:
 - orice persoană este unică și o generalizare ar nega această unicitate
- a schimba subiectul:
 - este o împoltelite
 - împiedică comunicarea terapeutică să progreseze
 - pacientul își pierde firul ideilor și spontaneitatea
 - mesajul poate deveni confuz

11. Nevoia de a acționa conform propriilor credințe și valori

ROLUL ASISTENȚEI ÎN SUSTINEREA SPIRITUALĂ A PACIENTULUI

Să aprecieze importanța credinței pentru fiecare pacient, în funcție de stadiul său de dezvoltare:

- *credința* influențează modul de viață, atitudinea, sentimentele pacientului față de boală și moarte
- *copilul mic* nu cunoaște sensul binelui sau al răului, credința spirituală, spun rugăciuni înainte de culcare, imitându-i pe părinți
- *preșcolarul* pune întrebări despre religie și începe să creadă într-o ființă super umană; dorește să afe semnificația sărbătorilor și ritualurile acestora
- *scolarul* și *adolescentul* învață despre religie, urmează practici religioase, decide dacă acceptă religia familiei sau se convertește în funcție de experiențe personale
- *adultul* dedică mai mult timp practicilor religioase.

Să sesizeze și să clarifice impactul credinței religioase asupra îngrijirilor de sănătate:

- restricții asupra dietei alimentare
- restricții la administrarea de medicamente, vaccinuri, sânge
- refuzul unei intervenții chirurgicale sau al altor proceduri terapeutice
- refuzul unui transplant
- neacceptarea avortului
- neacceptarea internării în spital și a tratamentului în timpul unor sărbători
- descurajarea eforturilor de prelungire a vieții
- dorința de a sta lângă pacientul muribund și a îndeplini anumite ritualuri.

Să identifice persoanele care au nevoie de asistență spirituală:

- pacienții singuri, care au puțini vizitatori
- cei care-și exprimă frica, anxietatea
- pacienții care vor fi supuși unor intervenții chirurgicale

Vă simțiți apreciați?

Care este idealul dumneavoastră?

Ce responsabilități aveți în familie? etc.

- va fi încurajat să-și exprime sentimentele
- va fi ajutat să descrie modul cum percepe el raporturile cu alții

c) ajutarea pacientului de a se adapta la rolul de bolnav

- îl încurajează să-și privească rana și să utilizeze aparatele auxiliare (baston, cârjă, cadru)

d) menținerea identității pacientului

- i se permite folosirea obiectelor și lucrurilor personale la care ține mult

e) ajutarea pacientului în regăsirea unui concept de sine pozitiv constă în:

- a-l învăța autoîngrijiri adaptate lui
- a-l încuraja să afirme „eu pot”
- a-l încita să aibă inițiativă în materie de autoîngrijiri și readaptare

- a-l încuraja în menținerea unui aspect fizic plăcut și îngrijit (să se coafeze, să se radă etc.)

- a face bilanțul progreselor sale făcând împreună evaluările

- a-i aprecia progresele făcute

- a-l încuraja să-și identifice resursele, pentru schimbarea comportamentului (interes pentru activități artistice, sportive, estetice, organizatorice etc.)

- a nu manifesta dezgust sau repulsie față de aspectul pacientului

- a nu-l judeca sau critica în timpul acordării îngrijirilor

- a-i respecta intimitatea

- a încuraja familia să-i acorde suportul de care are nevoie și să accepte schimbarea dinamicii familiale

- asigurarea unui climat de liniște și siguranță

■ DE ȘTIUT:

- este important să se planifice activități pe care pacientul să le poată îndeplini

- sarcinile nu trebuie să fie dificile, pentru că este de preferat un succes mic, decât riscul unui eșec într-o sarcină importantă

- sarcinile să aibă dificultăți progresive, pentru atingerea obiectivului

- schimbările să se facă gradat, pentru a da pacientului timp suficient să se adapteze și să evite compromiterea, din nou, a conceptului despre sine

- intervențiile trebuie să se bazeze pe principiul că pacientul trebuie mai întâi să ia cunoștință de problemele și agenții stresanți care-l asaltează și apoi să le

intervențiile asistentei trebuie să interacționeze cu pacientul și familia acestuia.

13. Nevoia de recreere

ASIGURAREA MILIOACELOR DE RECREERE A PACIENTULUI

Scop	- diminuarea anxietății - favorizarea repausului - ameliorarea condițiilor de spitalizare
Rolul asistentei	- alegerea mijloacelor de recreere (individualizate în funcție de vârstă, preferințele pacientului și starea lui fiziologică) - asigurarea condițiilor optime pentru aceste activități - supravegherea pacientului în timpul activităților de recreere, pentru a nu se produce agravări ale stării lui fizice și psihice - aprecierea impactului activităților lor recreative asupra pacientului

■ NOTĂ:

Intervențiile specifice sunt consemnate în „*Ghidul de nursing*” – **Lucreția Titircă**, Edit. *Viața medicală românească*, București, 1995 – la capitolul privind nevoia de a se recrea.

14. Nevoia de a învăța

ROLUL ASISTENTEI ÎN EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE

Definiția	- educația este un proces interactiv, care favorizează învățarea
Scop	- cuprinde acțiuni care au scopul de a promova sănătatea, de a preveni boala, de a ajuta persoana să dobândească mai multă autonomie, de a asigura continuitatea îngrijirilor din spital la domiciliu - crește stima de sine a unei persoane, pentru că-i permite să-și asume responsabilități mai mari față de propria-i sănătate
Caracteristicile procesului educațional	- se bazează pe aplicarea principiilor de comunicare interpersonală, care constau în a transmite mesaje semnificative unei persoane și de a primi de la ea o reacțiune - se desfășoară în domeniul cognitiv, afectiv și psihomotor, utilizând metode adecvate fiecărui domeniu

Administrarea medicamentelor

GENERALITĂȚI

Definiție	Medicamentele sunt produse de origine minerală, vegetală, animală sau chimică (de sinteză), transformate într-o formă de administrare (preparate solide sau soluții) prescrise de medic.
Scopul administrării	– prevenirea îmbolnăvirilor (ex. vaccinurile) – ameliorarea bolilor (ex. medicamentele analgetice) – vindecarea bolilor (ex. antibioticele), prin acțiunea lor locală sau generală
Căile de administrare	– calea digestivă - orală, sublinguală, gastrică, intestinală, rectală – local – pe tegumente și mucoase – respiratorie – urinară – parenterală - sub forma injecțiilor intradermice, subcutanate, intravenoase (executate de asistenta medicală) și injecții intraarteriale, intracardiac, intrahidrene, intraosoase (executate de medic) – calea de administrare este aleasă de medic, în funcție de scopul urmărit, capacitatea de absorbție a căii respective, acțiunea medicamentelor asupra mucoaselor, necesitatea unei acțiuni mai lente sau mai rapide, toleranța organismului față de medicament, particularitățile (anatomice, fiziologice ale organismului)
Locul de conservare a medicamentelor	– în farmacii – în dulap, la loc uscat, ferite de lumină, ordonate – în dulapul ce conține otrăvurile (închise) – toate medicamentele stupeficante – în frigider – seruri imune, insulină, antibiotice
Prescrierea medicamentelor	Este făcută de medic, în scris. Pentru pacienții ambulatori, prescrierea se face în rețetă, iar pentru pacienții internați în spital – în foaia de observație, în rubrica specială. Prescrierea cuprinde: – numele medicamentului (numele comercial) – doza – cantitatea și concentrația – calea de administrare – ora administrării și durata tratamentului – administrarea în raport cu alimentația – înainte, în timpul sau după masă
Circuitul medicamentelor în spital	– se completează condica de medicamente în triplu exemplar (data, numele pacientului, salonul, patul, numele medicamentului, doza pe 24 h în cifre și litere), forma de prezentare

Regulile de administrare a medicamentelor	– se predă condica de medicamente la farmacie – preluarea medicamentelor de către asistenta medicală car sarcina de a verifica – ambalajul propriu; etichetele (chen: bastru pentru medicamentele de uz intern și chenar roșu p medicamentele de uz extern, etichetă galbenă pentru si peruzabilă, eticheta neagră cu cap de mort și inscripția „Ot pentru toxice); mențiunile privind păstrarea medicamer „ferite de lumină”, „păstrat la rece” – depozitarea medicamentelor în secția de spital se fac dulapuri compartimentate sau în cutii pentru fiecare pat soluțiile perutzabile preparate de farmacie în frigider – administrarea medicamentelor la ora prescrisă
	Prin respectarea unor reguli, se evită greseliile care pot efecte nedorite asupra pacientului, uneori efecte mortale ● <i>asistenta</i> – respectă medicamentul prescris de medic – identifică medicamentul prescris după etichetă, forma de zenare, culoare, miros, consistență – verifică calitatea medicamentelor, observând integritatea loarea medicamentelor solide; sedimentarea, tulburz opalescența medicamentelor sub formă de soluție – respectă căile de administrare prescrise de medic – respectă orarul și ritmul de administrare a medicamentelor tru a se menține concentrația constantă în sânge, având ir dere timpul și căile de eliminare a medicamentelor – respectă doza de medicament - doza unică și doza/24 h – respectă somnul fiziologic al pacientului – organizează a nistrarea în afara orelor de somn (se trezește pacientul în c administrării antibioticelor, chimioterapicelor cu ore fixe administrare) – evită incompatibilitățile medicamentoase datorate asocic unor soluții medicamentoase în aceeași seringă, în același p – servește pacientul cu doza unică de medicament pentru a nistrarea pe cale orală – respectă următoarea succesiune în administrarea medicar telor: pe cale orală – solide, lichide, apoi injecții, după care a nistrează ovule vaginale, supozitoare – informează pacientul asupra medicamentelor prescrise în i ce privește efectul urmărit și efectele secundare – anunță imediat medicul privind greseliile produse în adr trarea medicamentelor legate de doză, calea și tehnica administrare – administrează imediat soluțiile injectabile aspirate din flacoane – respectă măsurile de asepsie, de igienă, pentru a pre infecțiile intraspitalicești

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ

Definiție	Calea orală este calea naturală de administrare a medicamentelor, acestea putându-se resorbi la nivelul mucoasei bucale și a intestinului subțire sau gros
Scop	Obținerea efectelor locale sau generale ale medicamentelor: – efecte locale: – favorizează cicatrizarea ulcerărilor mucoasei digestive – protejează mucoasa gastrointestinală – înlocuiește fermentii digestivi, secreția gastrică, în cazul lipsei acestora – dezinfectează tubul digestiv – efecte generale: – medicamentele administrate pe cale orală se resorb la nivelul mucoasei digestive, pătrund în sânge și apoi acționează asupra unor organe, sisteme, aparate (antibiotice, vasodilatatoare, cardiotonice, sedative)
Contraindicații	Administrarea medicamentelor pe cale orală: – medicamentul este inactivat de secrețiile digestive – medicamentul prezintă proprietăți iritante asupra mucoasei gastrice – pacientul refuză medicamentele – se impune o acțiune promptă a medicamentelor – medicamentul nu se resorbe pe cale digestivă – se impune evitarea circulației portale
Forme de prezentare a medicamentelor	● <i>lichide</i> – soluții, mixturi, infuzii, decocturi, tincturi, extracte, uleiuri, emulsii (cunoștințe din farmacologie) ● <i>solide</i> – pulberi, tablete, drageuri, granule, mucilagii
Pregătirea administrării medicamentelor	● <i>pacientul</i>: – este informat asupra efectelor urmărite prin administrarea medicamentului respectiv și a eventualelor efecte secundare – i se dă în poziție șezând, dacă starea lui permite ● <i>materiale</i>: – lingură, linguriță, pipetă, sticlă picurătoare, pahar gradat, ceașcă – apă, ceai, lapte
Administrația medicamentelor	● <i>lichidele</i>: – siropuri, uleiuri, ape minerale, emulsii – se măsoară doza unică cu paharul, ceașca de cafea – mixturile, soluțiile, emulsiile se măsoară cu lingura, lingurița

	– tincturile, extractele se dozează cu pipeta sau sticla picurătoare – Medicamentele lichide se pot dilua cu ceai, apă sau se administrează ca atare, apoi pacientul bea apă, ceai
Reorganizarea	● <i>solidele</i>: – tabletele, drageurile se așază pe limba pacientului și se înghin ca atare. Tabletele care se resorb la nivelul mucoasei sublinguale (nitroglicerina) se așază sub limbă – pulberile divizate în casete amilacee, sau capsule cerate – se înmoaie înainte cașeta în apă și se așază pe limbă pentru a înghiți – pulberile nedivizate – se dozează cu lingurița sau cu vârful de cuțit – granulele se măsoară cu lingurița – unele pulberi se dizolvă în apă, ceai și apoi se administrează sub formă de soluții (ex. purgativele salin) – instrumentele folosite – se dezinfectează, se spală

■ DE ȘTIUT:	– înainte de administrare se verifică medicamentul – cealurile medicinale (infuzii decocturi) se prepară înainte de administrare, pentru a nu se degrada substanțele active – mixturile se agită înainte de administrare – conținutul unor instrumente cu care se administrează medicamentele lichide: – 1 pahar de lichior 15 g ulei – o ceașcă de cafea 50 ml soluție apoasă – un pahar de apă 200 ml soluție apoasă – o linguriță 5 ml soluție apoasă – 4,5 ml ulei – 6,5 ml sirop – 3 lingurițe de apă – 1 g soluție apoasă – 1 g soluție alcoolică – 40-45 picături 1 g soluție uleioasă – conținutul unor instrumente cu care se administrează medicamentele sub formă de pulberi: – 1 linguriță rasă = 1,5-2,5 g – 1 linguriță cu vârf 2,5 - 5 g – 1 vârf cuțit = 0,5-1 g – gustul neplăcut al medicamentului se poate disimula prin diluare cu apă, ceai, sirop – la pacienții inconștienți, cu tulburări de deglutiție se introduc medicamentele prin sondă Einhorn, în stomac sau duoden, împreună cu alimentele
--------------------	---

■ DE EVITAT:	– manipularea comprimatelor direct cu mâna, după scoaterea din ambalajul lor – amestecarea unor medicamente sub formă de prafuri sau sub altă formă cu cărbune medicinal care absoarbe și medicamentele reducând de acțiunea lor – administrarea tabletelor, drageurilor ca atare la copii sub vârsta de 2 ani – atingerea dinților de către soluțiile acide și feruginoase pentru a atacă smalțul dentar (ei vor fi administrate prin aspiratoare, cu ajutorul unui tub de sticlă, pacientul ținând spălă dinți după fiecare administrare) – folosirea acelor pahare, linguri, lingurițe la mai mulți pacienți
---------------------	---

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RECTALĂ

Definiție	Calea rectală reprezintă una din căile digestive de administrare a medicamentelor
Indicații	– pacienții cu tulburări de deglutiție – pacienții operați pe tubul digestiv superior sau cu intoleranță digestivă (vărsături, grețuri, hemoragii) – pacienții la care se dorește evitarea circulației portale, trecerea medicamentelor prin ficat
Scop	Obținerea unor efecte locale și generale ale medicamentelor ● <i>efecte locale:</i> – golirea rectului – efect purgativ - supozitoare cu glicerină – calmarea durerilor – atenuarea peristaltismului intestinal – atenuarea proceselor inflamatoare locale ● <i>efecte generale:</i> – prin absorbția medicamentelor la nivelul mucoasei rectale pot acționa asupra unor organe sau sisteme (inimă-ex. supozitoare cu digitală, sistem nervos-ex. clisma cu cloral hidratat etc.)
Forme de administrare a medicamentelor	● <i>supozitoare</i> – forme solide conice sau ovale, cu o extremitate ascuțită, substanța activă fiind înglobată în unt de cacao, care sse topește la temperatura corpului ● <i>clisme medicamentatoase</i> – medicamentele se dizolvă în apă distilată pentru a obține concentratii cât mai apropiate de soluțiile izotone; se pot face microclisme (substanța medicamentoasă se dizolvă în 10-15 ml ser fiziologic, sau glucoză 5%, în mod excepțional 100-200 ml) și clisme picătură cu picătură, se pot administra 1-2 l sol. medicamentoasă în 24 h.
Pregătirea administrării supozitoarelor	● <i>materiale:</i> – mănuși de cauciuc, vaselină, tăviță renală, supozitoare – materiale pentru clisma evacuatoare (vezi clisme) ● <i>pacientul:</i> – pregătire psihică – este informat privitor la: calea de administrare, la poziția în care se face, la senzația de defecație resimțită la administrarea supozitoarelor, care va dispărea după topirea untului de cacao – pregătire fizică – efectuarea unei clisme evacuatoare, dacă pacientul nu a avut scaun și introducerea tubului de gaze în vederea pregătirii administrării supozitoarelor cu efect general

	– poziția decubit lateral cu membrele inferioare flectate pentru administrarea supozitoarelor
Administrarea supozitoarelor	– asistenta își spală mâinile, apoi îmbracă mănușile de cauciuc – despachetează supozitorul din ambalaj – unge cu vaselină sau ulei de vaselină supozitorul, sau îl menține într-o atmosferă caldă – depărtează fesele pacientului cu mâna stângă, pentru evidențierea orificiului anal, iar cu mâna dreaptă introduce supozitorul cu partea ascuțită înainte, în anus și îl împinge cu indexul sau inelarul, până când trece complet de sfîncterul intern al anusului
Administrarea clismelor medicamentoase	vezi cap. „clismele”
Reorganizare	– mănușile se dezinfectează, se spală, se pregătesc pentru sterilizare – deșeurile se îndepărtează

■ **DE ȘTIUT:**

– în timpul administrării climei medicamentatoase picătură cu picătură, se va menține constantă temperatura soluției (39-42°C) pentru a evita reflexul de defecație prin administrarea soluției cu temperatură redusă, ca urmare a răcirii

■ **DE EVITAT:**

– supraîncălzirea supozitorului care determină topirea lui și imposibilitatea de administrare

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RESPIRATORIE

Definiție	Calea respiratorie se pretează la administrarea medicamentelor având în vedere suprafața de peste 100 m ² a alveolelor pulmonare și vascularizația lor bogată
	– Se administrează: – gaze sau substanțe gazoase – lichide fin pulverizate sau sub formă de vapori; sau prin injecție intratraheală
Scop	– dezinfecția, decongestionarea mucoasei căilor respiratorii – îmbogățirea aerului inspirat în oxigen, pentru combaterea hipoxiei – fluidificarea sputei, expectorația

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE SUPRAFAȚA TEGUMENTELOR

Inhalatia	– reprezintă introducerea substanțelor medicamentoase în căile respiratorii, antrenate de vapori de apă
Indicații	– rinite; rinoфарингите – bronșite; astm bronșic
Pregătirea inhalatiei	● pacientul – pregătire psihică – este informat cu privire la scopul administrării medicamentelor – i se explică modul în care va respira: inspirație pe gură, expirație pe nas – pregătire fizică: – se așază în poziție șezând – se învață să-și sufle nasul – se așază un prosop în jurul gâtului – se ung buzele și tegumentele peri-bucale cu vaselină ● materiale – inhalator, prosop, vaselină, cort, apă clocotindă – substanța medicamentoasă: esențe aromatate, substanțe antiseptice, substanțe alcaloide
Executarea inhalatiei	● asistența – își spală mâinile – închide ferestrele camerei – introduce în vasul inhalatorului cu apă clocotindă o linguriță inhalant la 1-2 l apă – așază pacientul pregătit în fața pâlniei inhalatorului, îl acoperă cu cortul sau pelerina – menține distanța de 30-80 cm față de pâlnie – invită pacientul să inspire pe gură, să expire pe nas – supraveghează pacientul – durata unei ședințe: 5-20 minute
Îngrijirea ulterioară a pacientului	– se șterge fața pacientului cu un prosop moale – este ferit de curenții reci de aer – rămâne în încăperea 15-30 minute
Reorganizarea	– materialele se strâng, se spală – inhalatorul se dezinfectează
Oxigenoterapia	
Inhalarea de aerosoli	– au fost tratate la „nevoia de a respira”

■ **DE ȘTIUT:**

- inhalatorul poate deveni sursă de contaminare a căilor respiratorii, dacă nu este sterilizat în prealabil

■ **DE EVITAT:**

- inhalarea primilor vapori deoarece aceștia pot antrena picături de apă fierbinte

Scop	– pe suprafața tegumentelor, se aplică medicamentele care au efect local la acest nivel
Forma de prezentare a medicamentelor	– lichide – se administrează prin badjionare, compresă medicamentoasă – pudre – unguente, paste – mixturi – săpunuri medicinale – creioane caustice – băi medicinale
Pregătirea administrării	● materiale: – materiale pentru protecția patului - mușama, aleză – instrumentar și materiale sterile - pense porttampou, spatule, comprese, tamponare, mănuși de cauciuc – pudriere cu capac perforat – tăviță renală – prosop de baie ● pacientul: – se informează asupra efectelor medicamentelor – se așază într-o poziție care să permită aplicarea medicamentelor
Aplicarea medicamentelor	– asistenta alege instrumentele, în funcție de forma de prezentare a medicamentelor – badjionarea constă în înținderea unei soluții medicamentoase cu ajutorul unui tampon montat pe porttampou (ex. tinctură de iod, violet de gențiană, albastru de metil) – compresa medicamentoasă constă în îmbibarea soluției medicamentelor într-un strat textil mai gros, care apoi se aplică pe tegumentul bolnav. Are acțiune siccativă, dezinfectantă, anti-pruriginosă, antiinflamatoare (ex. sol. Burrow, Rivanol) – pudrajul reprezintă presărarea medicamentelor sub formă de pudră pe piele cu ajutorul tamponanelor sau cutiilor cu capac perforat. Acțiunea pudrelor poate fi de combatere a pruritului, de absorbție a grăsimilor, de uscare și răcorire a pielii (ex. pudră de talc, talc mentolat, oxid de zinc) – unguentele și pastele se aplică, cu ajutorul spatulelor, pe suprafața tegumentelor, într-un strat subțire (unguentele sunt preparate din substanță medicamentoasă, înglobată în vaselină lanolină; pastele conțin grăsimi și pudre)

	– <i>mixturile</i> se ținând cu ajutorul tamponelor montate pe port-tampon sau cu mâna îmbrăcată cu mănușă, în funcție de suprafața pielii. După aplicare pielea se lasă să se usuce – <i>săpunurile medicinale</i> sunt utilizate atât pentru spălarea pielii cât și pentru obținerea unui efect medicamentos. Săpunul este ținut pe piele, lăsat să se usuce și îndepărtat după câteva ore sau 1-2 zile – <i>creioanele caustice</i> sunt introduse în tuburi protectoare, ele au acțiune de distrugere a țesutului granular sau de favorizare a epitelizării unor suprafețe ulcerate (ex. creioane cu nitrat de argint, cu sulfat de cupru) – <i>băile medicinale</i> se utilizează pentru efectul calmant, dezinfectant, decongestiv, antipruriginos. Se pot face băi parțiale sau complete. Se folosesc substanțe medicamentatoase sau dezinfectante, infuzii de plante pregătite la temperatura corpului
Îngrijirea pacientului ulterior aplicării medicamentelor pe piele	– acoperirea regiunii cu comprese mari de tifon – urmărirea efectului local – sesizarea unor efecte secundare apărute (prurit, reacție alergică) – schimbarea periodică a compreselor medicamentatoase

■ DE ȘTIUT: – compresele medicamentatoase vor fi stocate pentru a preveni macerarea pielii – tamponele se ținbăd prin turnarea soluției și nu prin introducerea lor în borcanul cu soluție – mixturile se agită înainte de utilizare	■ DE EVITAT: – păstrarea unguentelor la temperaturi ridicate – folosirea aceluiași tampon pentru badionarea mai multor regiuni bolnave
---	--

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE SUPRAFAȚA MUCOASELOR

Se pot administra medicamentele pe mucoasa nazală, conjunctivală, bucală, în conductul auditiv extern, pe mucoasa vaginală.

Scop	– dezinfecția – decongestionarea mucoaselor
Forme de prezentare a medicamentelor	– soluții – unguente – puderi

INSTILAȚIA

Reprezintă tehnica de administrare a soluțiilor medicamentatoase pe o mucoasă sau un organ cavitat (nas, ureche, ochi, vezica urinară). Instilațiile nazală, oculară în conductul auditiv extern, sunt executate de asistentă.

Soluțiile se instilează cu ajutorul pipetei, sticlei picurător sau cu siringa (instila în vezica urinară).

Pregătirea instilației	● <i>materiale</i> – pipetă, tampon, comprese sterile – material de protecție – prosop – soluția medicamentată – tăviță renală ● <i>pacientul</i> – pregătire psihică: – se informează – este instruit cum să se comporte în timpul și după instilație – pregătire fizică: – se așază după cum urmează: – decubit dorsal, sau poziție șezând cu capul în hiperextensie, pentru instilația nazală și oculară – decubit lateral (pe partea sănătoasă), pentru instilații în conductul auditiv extern
Executarea instilației	● <i>asistența</i>: – își spală mâinile – evacuează secrețiile din cavitare (după caz, bolnavul suflă nasul, curăță cu un tampon de vată conductul auditiv extern sau șterge secrețiile oculare cu o compresă sterilă) – aspiră soluția medicamentată în pipetă – pune în evidență cavitatea: – conjunctivală: prin tracțiunea în jos a pleoapei inferioare, cu policele mâinii stângi – nazală – ridică ușor vârful nasului cu policele mâinii stângi – conductul auditiv extern – tracționând pavilionul urechii în sus și înapoi cu mâna stângă – instilează numărul de picături recomandate de medic – șterge cu o compresă sterilă excesul de soluție
Îngrijirea ulterioară a pacientului	– după instilația auriculară se introduce un tampon absorbant în conductul auditiv extern – după instilația nazală, pacientul rămâne nemișcat 30-40 de secunde, ca soluția să ajungă în faringe
Reorganizarea	– pipeta se spală, deșeurile se îndepărtează în tăvița renală

■ **DE ȘTIUT:**

- soluția utilizată pentru instilația auriculară trebuie să fie încălzită la baie de apă până la 37°C
- instilația pe mucoasa conjunctivală se face numai cu soluții izotone, după instilație pacientul mișcă globul ocular

■ **DE EVITAT:**

- aspirarea soluției medicamentoase instilată în fosa nazală, deoarece poate pătrunde în laringe provocând spasme, accese de tuse

ADMINISTRAREA UNGUENTELOR

Se pot aplica unguente în fundul de sac conjunctival, pe marginea pleoapelor, în vestibulul nazal, în conductul auditiv extern.

Pregătirea administrării	● materiale: - baghetă de sticlă lătită, acoperită cu un tampon de vată - tampon montat pe o sondă butonată, comprese sterile ● pacientul - se pregătește psihic și fizic, ca și pentru instilație
Execuție	- în sacul conjunctival, unguentul se pune cu bagheta de sticlă acoperită cu tampon - în fosa nazală unguentul se aplică cu ajutorul tamponului montat pe sonda butonată - unguentul poate fi aplicat pe mucoasele menționate și cu ajutorul prelungirii tubului în care se găsește, prin apăsare pe partea plină a tubului
Îngrijirea ulterioară a pacientului	- după aplicarea unguentului în sacul conjunctival, pacientul este invitat să închidă și să deschidă ochiul pentru a antrena medicamentul pe toată suprafața globului ocular - după aplicarea unguentului în vestibulul nazal, se închide narina, se apleacă capul pacientului ușor înainte și i se solicită să aspire medicamentul treptat

■ **DE ȘTIUT:**

- cantitatea de unguent aplicată nu trebuie să depășească mărimea unui bob de grâu
- se folosescampoane separate pentru fie-care ochi, ureche sau vestibul nazal

■ **DE EVITAT:**

- depășirea limitei de vizibilitate în conductul auditiv extern

ADMINISTRAREA PULBERILOR

- Pulberile medicamentoase se pot aplica în sacul conjunctival cu ajutorul unor

- Pacientul este pregătit ca și pentru instilație

- După aplicare, pacientul închide ochiul pentru a antrena pudra pe toată suprafața globului ocular

BADIJONAREA MUCOASEI BUCALE

- Badijonarea reprezintă întinderea unei soluții medicamentoase pe suprafața mucoasei bucale, total sau parțial, cu ajutorul unui tampon montat pe porttampon

Pregătirea badijonaării	● materiale: - pentru protecția lenjeriei pacientului - trusă cu pense hemostatice, spatulă linguală - sterile - casoleță cuampoane, comprese sterile - mănuși din cauciuc - tăviță renală - soluție medicamentoasă ● pacientul: - este informat asupra necesității tehnicii - se așază în poziție sezând, cu capul în hiperextensie - se protejează lenjeria cu un prosop în jurul gâtului
Executarea badijonaării	● asistența: - își spală mâinile, îmbracă mănușile - examinează cavitatea bucală, invitând pacientul să deschidă gura și folosind spatula individuală. Examinează fața dorsală a limbii, palatul dur, vâului palatin, pilierii anteriori, mucoasa obrazilor, arcadele dentare, fața internă a buzelor, lojiile amigdalene, pilierii posteriori, amigdalele, peretele posterior al faringelui - îmbibă tamponul fixat pe pensa hemostatică în soluție medicamentoasă - badijonează suprafața care prezintă leziuni sau întreaga mucoasă bucală dacă este cazul, în aceeași ordine în care s-a făcut examinarea
Reorganizarea	

■ **DE ȘTIUT:**

- soluția medicamentoasă se încălzește la temperatura corpului
- tamponul folosit nu se introduce în soluția medicamentoasă

■ **DE EVITAT:**

- folosirea aceluiași tampon pentru badijionarea mai multor zone ale mucoasei bucale

APLICAREA TAMPOANELOR VAGINALE

Soluțiile medicamentoase sau unguentele se aplică pe mucoasa vaginală sub forma tampoanelor vaginale. Tamponul este confecționat din vată presată, acoperită de tifon, care se prelungește cu 20-25 cm de la tampon.

Pregătirea aplicării tamponanelor vaginale	• <i>materiale:</i> – pentru protecția mesei de tratament – mușama, aleză – instrumentar steril – valve vaginale, pensă lungă porttampou, mănuși chirurgicale sterile • <i>pacienta:</i> – pregătirea psihică – se informează cu privire la scopul acestei forme de tratament – i se explică durata de menținere a tamponului – pregătirea fizică – se așază în poziție ginecologică	
Executarea tehnicii	• <i>asistenta I</i> – își spală mâinile, îmbracă mănușile	• <i>asistenta II</i> – introduce valvele vaginale – preia pensa porttampou în mâna dreaptă, menținând cu stânga valva vaginală – preia tamponul în pensa porttampou – introduce tamponul prin lumenul format de valve până în fundul de sac posterior al vaginului, lăsând să atârne capetele tifonului – îndepărtează valvele vaginale – servește pensa porttampou în condiții aseptice – servește tamponul – toarnă soluția medicamentelor
Îngrijirea ulterioară a pacientei	– La ora fixată de medic, tamponul se îndepărtează – ajută pacienta să coboare de pe masa ginecologică și să meargă la pat	
Reorganizarea		

ADMINISTRAREA GLOBULELOR VAGINALE

- Globulele (ovulele) vaginale sunt preparate solide, ovoidale sau sferice, produsul medicamentos fiind înglobat în substanțe care se topesc la temperatura vaginală
- Pregătirea ginecologice pentru administrarea globulelor constă în efectuarea unei spălturi vaginale înainte de administrare
- Administrarea globulelor se face cu mâna îmbrăcată în mănușă de cauciuc

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE PARENTERALĂ

Definiție	Calea parenterală, în înțelesul strict al cuvântului, reprezintă calea care ocolește tubul digestiv. Dat fiind faptul că în afara injecțiilor și alte căi ocolească tubul digestiv (ex. calea respiratorie), noțiunea de cale parenterală a fost reconsiderată, păstrând în sfera ei numai calea injectabilă de administrare a medicamentelor. Injecția constă în introducerea substanțelor medicamentoase lichide în organism, prin intermediul unor ace care traversează țesuturile, acul fiind adaptat la seringă.
Avantajele căii parenterale	– dozarea precisă a medicamentelor – obținerea unui efect rapid – posibilitatea administrării medicamentelor la pacientul inconștient, cu hemoragie digestivă, vărsături
Scopul injecțiilor	• <i>explorator</i> – care constă în testarea sensibilității organismului față de diferite substanțe • <i>terapeutic</i> – administrarea medicamentelor <i>Locul injecțiilor</i> (ca și scopul) îl constituie țesuturile în care se introduc medicamentele: – grosimea dermului – injecție intradermică – sub piele, în țesutul celular subcutanat – injecția subcutanată – țesutul muscular – injecția intramusculară – în vasele sanguine – injecția intravenoasă și injecția intraarterială – în inimă – injecția intracardiacă – în intervenția de urgență – în măduva roșie a oaselor – injecția intraosoasă – în spațiul subarahnoidian

Asistenta efectuează injecțiile intradermice, subcutanate, intramusculare și intravenoase

Alegerea căii de executare a injecției este făcută de către medic în funcție de:

scopul injecției, rapiditatea efectului urmărit și compatibilitatea țesuturilor cu substanța injectată

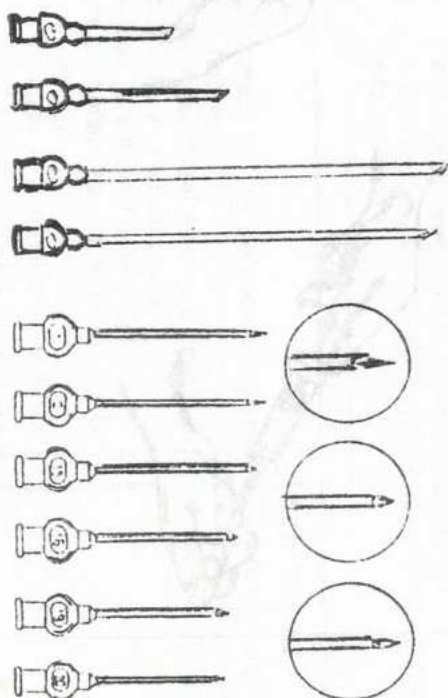
INECȚIILE

TIPUL	SCOPUL	LOCUL INECȚIEI	SOLUȚII ADMINISTRATE	REZORBȚIA
INECȚIA INTRA-ERMICĂ (i.d.)	EXPLORATOR: – intradermoreacții la tuberculină, la diverși alergeni TERAPEUTIC: – anestezie locală – desensibilizarea organismului în cazul alergiilor	REGIUNI LIPSITE DE FOLICULI PILOȘI. – fața anterioară a antebrațului; – fața externă a brațului și a coapsei; – orice regiune, în scop de anestezie	– izotone, ușor resorbabile, cu densitate mică	– foarte lentă
INECȚIA SUBCUTANATĂ (s.c.)	TERAPEUTIC	REGIUNI BOGATE ÎN ȚESUT CELULAR LAX, EXTENSIBIL: – fața externă a brațului; – fața superoexternă a coapsei; – fața supra și subspinoasă a omoplatului; – regiunea subclaviculară; – flancurile peretelui abdominal	– soluții izotone, nedureroase; – soluții cristaline: insulina, histamina, cofeina	– începe la 5-10 min. de la administrare; – durează în funcție de cantitatea administrată
INECȚIA INTRAMUSCULARĂ (i.m.)	TERAPEUTIC	MUȘCHI VOLUMINOȘI, LIPSIȚI DE TRUNCHIURI MARI DE VASE ȘI NERVI: – regiunea superoexternă a fesei; – fața externă a coapsei, în treimea mijlocie; – fața externă a brațului, în mușchiul deltoid	– soluții izotone; – soluții uleioase; – soluții coloidale, cu densitate mare	– începe imediat după administrare; – se termină în 3-5 min.; – mai lentă pentru soluțiile uleioase
INECȚIA INTRAVENOASĂ (i.v.)	EXPLORATOR: – se administrează substanțe de contrast radiologic TERAPEUTIC	– venele de la plica cotului; – venele antebrațului; – venele de pe fața dorsală a mâinii; – venele maleolare interne; – venele epicraniene	– soluții izotone; – soluții hipertone	– instantanee

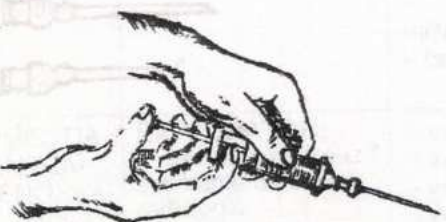
Pregătirea inecției

- **materiale**
 - seringi sterile, cu o capacitate în funcție de cantitatea de soluție medicamentoasă
 - pentru inecția intradermică, seringă de 0,5 ml, gradată în suimi de ml
 - pentru inecția intravenoasă, seringă cu amboul situat excentric
- Se preferă seringile de unică folosință, în ambalaj individual sterilizat care prezintă următoarele avantaje:
 - condiții maxime de sterilitate
 - risc de contaminare a pacientului redus la maxim
 - economie de timp
 - economie de personal (pentru pregătirea în vedere refolosirii)
 - manipulare ușoară
- acele se găsesc împreună cu seringă în același ambalaj sau ambalaje separate; se pregătește un ac cu diametrul mai mic pentru aspirarea soluțiilor și altul pentru inecție, după cum se arată în tabelul următor

Utilizarea acului	Diametrul – mm	Lungimea mm	Bizoul
– aspirarea soluției	1/1	38	lung
– inecție i.d.	5/10; 6/10	5-10	scurt
– inecție s.c.	6/10; 7/10	30-50	lung
– inecție i.m.	7/10; 8/10; 9/10	40-70	lung
– inecție i.v.	6/10; 7/10	25	scurt



	<i>Medicamentul prescris se poate prezenta:</i> a) ca medicament direct injectabil, în fiole sau flacoane cu doză unică sau mai multe doze, în seringă gata pregătită de întrebuintare b) ca medicamente indirect injectabile – pudre sau produse liofilizate în fiole sau flacoane cu dop de cauciuc, însoțite sau nu de solvent. Fiolele, flacoanele sunt etichetate, menționându-se numele medicamentului, calea de administrare, termenul de valabilitate – <i>alte materiale:</i> –ampoane sterile din vată și tifon, soluții dezinfectante (alcool), pile din metal pentru deschiderea fiolelor, lampă de spirt, tăviță renală, garou din cauciuc, perniță, mușama
Pregătirea pacientului pentru injecție	– <i>pregătire psihică:</i> – se informează privind scopul și locul injecției și eventualele reacții pe care le va prezenta în timpul injecției – <i>pregătire fizică:</i> – se așază în poziție confortabilă, în funcție de tipul și locul injecției
Încărcarea seringii	– se spală mâinile cu apă curentă, se verifică seringă și acele – capacitatea, termenul de valabilitate al sterilizării – se verifică integritatea fiolelor sau flacoanelor, eticheta, doza, termenul de valabilitate, aspectul soluției – se îndepărtează ambalajul seringii, se adaptează acul pentru aspirat soluția, acoperi cu protectorul și se așază pe o compresă sterilă a) <i>aspirarea conținutului fiolelor.</i> – se golește lichidul din vârful fiolei prin mișcări de rotație – se dezinfectează gâtul fiolei prin flambare sau prin ștergere cu tamponul umezit în alcool



	– se flambează pila de oțel și se taie gâtul fiolei – se deschide fiola astfel: se ține cu mâna stângă iar cu policele și indexul mâinii drepte protejate cu o compresă sterilă se deschide partea subțiată a fiolei – se trece gura fiolei deschise deasupra flacărei – se introduce acul în fiola deschisă, ținută între policele, indexu și degetul mijlociu al mâinii stângi, seringă fiind ținută în mână dreaptă – se aspiră soluția din fiolă, retrăgând pistonul cu indexul și policele mâinii drepte și având grijă ca bizonul acului să fie permanent acoperit cu soluția de aspirat; fiola se răstoarnă progresiv cu orificiul în jos – se îndepărtează aerul din seringă, fiind în poziție verticală cu acul îndreptat în sus, prin împingerea pistonului până la apariția primei picături de soluție prin ac (fig. 73). – se schimbă acul de aspirat cu cel folosit pentru injecția care se face b) <i>dizolvarea pulberilor</i> – se aspiră solventul în seringă – se îndepărtează căpăcelul metalic al flaconului se dezinfectează dopul de cauciuc, se așteaptă evaporarea alcoolului – se pătrunde cu acul prin dopul de cauciuc și se introduc cantitatea de solvent prescrisă – se scoate acul din flacon și se agită până la completa dizolvare c) <i>aspirarea soluției din flaconul închis cu dop de cauciuc:</i> – se dezinfectează dopul de cauciuc, se așteaptă evaporare alcoolului – se încarcă seringă cu o cantitate de aer egală cu cantitatea de soluție ce urmează a fi aspirată – se introduce acul prin dopul de cauciuc în flacon, până la nivelul dopului și se introduce aerul – se retrage pistonul sau se lasă să se golească singur conținutul flaconului în seringă sub presiunea din flacon – acul cu care s-a perforat dopul de cauciuc se schimbă cu acul pentru injecție
■ DE STIUT:	– fiolele neetichetate sau de pe care s-a șters inscripția nu se folosesc – dacă în timpul deschiderii fiolei cad cioburi în interior conținutul nu se mai utilizează – fiolele deschise se administrează imediat – substanțele precipitate se vor agita înainte de aspirarea lor în seringă – substanțele uleioase se pot încălzi ușor în apă caldă pentru a putea fi aspirate cu ușurință
■ DE EVITAT:	– alterarea conținutului fiol – în timpul flambării gâtului în vederea deschiderii

INIECȚIILE - execuție*

INIECȚIA INTRADERMICĂ

Executarea	- asistenta își spală mâinile - dezinfectează locul iniecției - se întinde și imobilizează pielea cu policele și indexul mâinii stângi - se prinde seringă în mână dreaptă (între policele și mediul mâinii drepte) și se pătrunde cu bizoul acului îndreptat în sus în grosimea dermului (fig. 74) - se injectează lent soluția prin apăsarea pistonului - se observă, la locul de injectare, formarea unei papule cu aspectul cojii de portocală, având un diametru de 5-6 mm și înălțimea de 1-2 mm - se retrage brusc acul, nu se tamponează locul iniecției
Reorganizarea	
Îngrijirea ulterioară a pacientului	- este informat să nu se spele pe antebraț, să nu comprime locul iniecției - se citește reacția în cazul intradermoreacțiilor la intervalul de timp stabilit
Incidente	- revărsarea soluției la suprafața pielii, având drept cauză pătrunderea parțială a bizoului acului în grosimea dermului - lipsa aspectului caracteristic (papula cu aspect de coajă de portocală), cauza - pătrunderea soluției sub derm - lipotimie, stare de șoc cauzate de substanța injectată - necrozarea tegumentelor din jurul iniecției



Fig. 74 - Injecția intradermică

* Pregătirea materialelor, pacientului, scopul și locul inecțiilor au fost descrise în partea introductivă

■ DE ȘTIUT:

- i.d. se poate face pe orice suprafață a corpului în scop anestezic
- asistenta pregătește adrenalină, efedrină, hemisuccinat de hidroclorizon când inecția are drept scop testarea sensibilității organismului la afecția alergică

■ DE EVITAT:

- dezinfecția pielii cu alcool în cazul intradermoreacției la tuberculină

INIECȚIA SUBCUTANATĂ

Executarea	- asistenta își spală mâinile - dezinfectează locul iniecției - pentru inecția pe fața externă a brațului, poziția pacientului este șezând, cu brațul sprijinit pe solid - se prinde seringă pregătită, ca pe un creion, în mână dreaptă - se face o cută a pielii între indexul și policele mâinii stângi, care se ridică după planurile profunde - se pătrunde brusc, cu forță la baza cutei, longitudinal 2-4 cm - se verifică poziția acului prin retragerea pistonului, dacă nu s-a pătruns într-un vas sanguin - se injectează lent soluția medicamentoasă, prin apăsare pistonului cu policele mâinii drepte (fig. 75) - se retrage brusc acul cu seringă și se dezinfectează locul iniecției, masându-se ușor, pentru a favoriza circulația și de resorbția medicamentului
Accidente	- durere violentă prin lezarea unei terminațiuni nervoase - ruperea acului - hematom prin lezarea unui vas mai mare
Intervenții	- se retrage acul puțin spre suprafață - extragerea manuală sau chirurgicală a acului - se previne, prin verificarea poziției acului înainte de injectare



Fig. 75 - Injecția subcutanată

■ DE ȘTIUT:

- locurile de elecție ale inecției se vor alterna, pentru a asigura refacerea țesuturilor în care s-a introdus substanța medicamentoasă

■ DE EVITAT:

- inecția în regiunile infectate sau cu modificări de matologie

INIECȚIA INTRAMUSCULARĂ

Locul inecției îl constituie mușchii voluminoși, lipsiți de trunchiuri importante vase și nervi, a căror lezare ar putea provoca accidente. În mușchii fesieri se ev lezarea nervului sciatic:

- cadranul superoextern fesier – rezultă din întretăierea unei linii orizontale, care trece prin marginea superioară a marelui trohanter, până deasupra șantului interfesier, cu alta verticală perpendiculară pe mijlocul celei orizontale
- când pacientul e culcat, se caută ca repere punctuale Smirnov și Barthelmy (punctul Smirnov este situat la un lat de deget deasupra și înapoia marelui trohanter, punctul Barthelmy e situat la unirea treimii externe cu cele două treimi interne a unei linii care unește spina iliacă anterio-superioară cu extremitatea șantului interfesier)
- când pacientul este în poziție șezând, injecția se poate face în toată regiunea fesieră, deasupra liniei de sprijin. (figura 76)

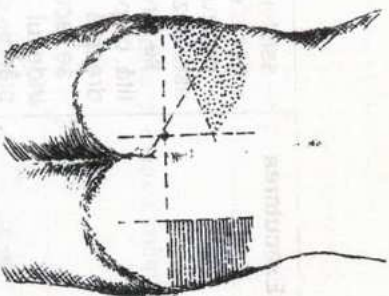


Fig. 76 – Locul injecției intramusculare în regiunea fesieră

Pregătirea injecției	• materiale: – vezi generalități – se încarcă seringă • pacientul: – se informează – se recomandă să relaxeze musculatura – se ajută să se așeze comod în poziție decubit ventral, decubit lateral, ortostatism, șezând (pacienții dispneici) – se dezbracă regiunea
Executarea	– asistenta își spală mâinile – dezinfectează locul injecției – se întinde pielea între indexul și policele mâinii stângi și se înțeapă perpendicular pielea cu rapiditate și siguranță, cu acul montat la seringă – se verifică poziția acului prin aspirare – se injectează lent soluția – se retrage brusc acul cu seringă și se dezinfectează locul – se masează ușor locul injecției pentru a activa circulația, favorizând rezorbția
Îngrijirea ulterioară a pacientului	– se așază în poziție comodă, rămânând în repaos fizic 5-10 minute
Incidente și accidente	Intervenții
– durere vie, prin atingerea nervului sciatic sau a unor ramuri ale sale – paralizia prin lezarea nervului sciatic	– retragerea acului, efectuarea injecției în altă zonă – se evită prin respectarea zonelor de elecție a injecției

Incidente și accidente	Intervenții
– hematom prin lezarea unui vas – ruperea acului – supurație aseptică – embolie, prin injectarea accidentală într-un vas a soluțiilor uleioase	– extragerea manuală sau chirurgicală – se previne prin folosirea unor ace suficienți de lungi pentru a pătrunde masa musculară – se previne prin verificarea poziției acului

- **DE ȘTIUT:**
- injecția se poate executa și cu acul detașat de seringă, respectându-se măsurile de asepsie
 - poziția acului se controlează, în cazul soluțiilor colorate, prin detașarea serin de la ac, după introducerea acului în masa musculară
 - infiltrația dureroasă a mușchilor se previne prin alternarea locurilor injecțiilor

INIECȚIA INTRAVENOASĂ

Execuția injecției	– asistenta își spală mâinile – se alege locul puncției – se dezinfectează locul puncției – se execută puncția venoasă (vezi puncția venoasă) – se controlează dacă acul este în venă – se îndepărtează staza venoasă prin desfacerea garoului – se injectează lent, ținând seringă în mâna stângă, iar cu policele mâinii drepte se apasă pe piston – se verifică, periodic, dacă acul este în venă – se retrage brusc acul, când injectarea s-a terminat; la locul puncției se aplică tamponul umezit în alcool, compresiv
Îngrijirea ulterioară a pacientului	– se menține compresia la locul injecției câteva minute – se supraveghează în continuare starea generală
Incidente și accidente	Intervenții
– injectarea soluției în țesutul perivascular, manifestată prin tumefierea țesuturilor, durere – flebalgia produsă prin injectarea rapidă a soluției sau a unor substanțe iritante	– se încearcă pătrunderea acului în lumenul vasului, continuându-se injecția sau se încearcă în alt loc – injectare lentă

Incidente și accidente	Intervenții
– valuri de căldură, senzația de uscăciune în faringe – hematom prin străpungerea venei – amețeli, lipotimie, colaps	– injectare lentă – se întrerupe injecția – se anunță medicul

■ DE ȘTIUT:

- în timpul injectării se va supraveghea locul puncției și starea generală (respirația, culoarea feței)
- vena are nevoie pentru refacere de un repaos de cel puțin 24 h, de aceea nu se vor repeta injecțiile în aceeași venă la intervale scurte
- dacă pacientul are o singură venă accesibilă și injecțiile trebuie să se repete, puncțiile se vor face totdeauna mai central față de cele anterioare
- dacă s-au revărsat, în țesutul perivinos, soluțiile hipertone (calciu clorat, calciu bromat) va fi înștiințat medicul pentru a interveni, spre a se evita necrozarea țesuturilor

■ DE EVITAT:

- încercările de a pătrunde în venă după formarea hematomului, pentru că acesta, prin volumul său, deplasează traiecul obișnuit al venei

Determinarea grupelor sanguine

Istoric

„În determinarea grupelor sanguine, trebuie să comportăm cu deosebită prudență, pentru că, și deosebite de alte tehnici de laborator, o greșeală provoacă moartea pacientului”

(J.D.James, 19

Imunoserologia sânguină s-a dezvoltat în prima jumătate a secolului al XX-lea după epocala descoperire a grupelor sanguine OAB, în anul 1901, de către Karl Landsteiner; este o disciplină de graniță, între medicină și biologie, cu largi implicații practice și teoretice în transfuzia de sânge, medicina legală, antropologie și genetică.

Ea reprezintă un caz particular al imunologiei generale și se bazează pe cei 4 factori esențiali ai oricărui proces imun: antigenul și anticorpii.

Antigenele grupale se găsesc în special pe eritrocite și pot fi puse în evidență prin reacții de aglutinare, fapt pentru care se numesc aglutinogene.

Hematiia umană are un număr foarte mare de antigene de suprafață.

Anticorpii respectivi poartă numele de aglutinine, pentru faptul că provoacă reacții de aglutinare.

Între anii 1937-1940, Landsteiner și Wiener au efectuat cercetări asupra factorilor eritrocitari la om și la animale superioare, îndeosebi la primat. Printre altele încerc de imunizare, ei au injectat la iepuri eritrocite de la maimuța *Macacuscus Rhesus*, obținut un ser de tip imun, care aglutina eritrocitele tuturor maimuțelor speciei *Macacuscus Rhesus* (decă, 100%) și eritrocitele a 85% persoane de rasă albă din populației din New York. Această înseamnă că 85% persoane de rasă albă aveau un antigen comun cu maimuțele *Macacuscus Rhesus*, care a fost denumit factor *Rhesus* (Rh). Anticorpii au fost denumiți anti-Rhesus, ori anti-Rh. Această descoperire a deschis în serologia grupelor sanguine un capitol de mare importanță în transfuzia și patologia nou-născutului. Astăzi, factorul Rho (D) este răspunsă de o serie de afecțiuni ale nou-născutului, denumite, generic, boala hemolitică nou-născutului.

După cum se vede, sângele uman conține o serie de aglutinogene și aglutinini. Transfuzia de sânge nu se poate efectua numai dacă există o identitate aglutinogenică între sângele donatorului și al primitorului. Aglutinogenul este antigen natural, care se află fixat pe globulul roșu (eritrocit).

Aglutininele sunt anticorpi naturali și se găsesc în serul sanguin. De o importanță deosebită sunt aglutinogenele A și B, precum și aglutinogenul Rh.

Față de aglutinogenele A și B, în sângele altor persoane există anticorpi natu = aglutininele (alfa) α (ANTI – A) și (beta) β (ANTI – B). Coexistența unui aglutinog cu aglutinina corespunzătoare (A α ; B β) la aceeași persoană nu este compatibilă.