

IGIENA ȘI ÎNGRIJIREA ASISTAȚILOR

- ◆ Igiena camerei bolnavului
- ◆ Igiena asistatului
- ◆ Mobilizarea bolnavului
- ◆ Confortul psihologic al asistatului
- ◆ Alimentarea asistatului
- ◆ Regimurile alimentare

Știința care se ocupă cu studierea modului de păstrare a sănătății și funcționării normale a organelor corpului omenesc se numește igienă.

Aceasta stabilește regulile de viață pentru păstrarea sănătății, având rol în prevenirea îmbolnăvirilor.

Îngrijirea asistatului reprezintă o parte foarte importantă a tratamentului acestuia. Ea implică menținerea unui mediu igienic al bolnavului, supravegherea tuturor funcțiilor vitale sau a eventualelor tulburări ale organismului și aplicarea corectă a tratamentului.

Prima măsură în menținerea unui mediu igienic al bolnavului presupune: aerisirea, iluminarea, menținerea unei temperaturi ambientale optime și ventilarea corectă a încăperii.

A doua măsură implică evaluarea stării generale, a temperaturii corporale, a greutății și a tuturor modificărilor care apar la nivelul aparatelor respirator, cardiovascular, excretor și al sistemului nervos.

În vindecarea completă sau ameliorarea stării bolnavului este necesară o îngrijire atentă, continuă. În cazul în care starea bolnavului cere o observație medicală permanentă sau necesită aplicarea unor manevre ce pot fi îndeplinite numai la spital (cum ar fi transfuzii sanguine, aerosoli, intervenții chirurgicale), pacienții vor fi îndrumați spre instituții medicale de profil.

Executarea corectă a tuturor prescripțiilor medicale, în vederea păstrării și restabilirii forțelor bolnavului, observarea atentă a schimbărilor ce survin în starea sa, apariția eventualelor complicații precum și atitudinea plină de atenție și disponibilitate față de bolnav, fac parte din îngrijirea pacientului.

Măsurile de igienă privesc:

- igiena camerei;
- igiena asistatului;
- confortul psihologic al asistatului;
- alimentația asistatului

4.1. Igiena camerei bolnavului

Igiena camerei, cât și a obiectelor care-l înconjoară pe bolnav reprezintă un factor esențial în îngrijirea acestuia, deoarece fiecare particulă de praf ori de murdărie conține un mare număr de microbi care pot determina diverse boli.

Camera bolnavului trebuie bine iluminată, iar aerisirea acesteia se face cel puțin de trei ori pe zi (chiar și iarna): dimineața, după-amiaza și seara, înainte de culcare.

Iarna, când se aerisește camera, bolnavul trebuie bine învelit cu pătura, iar capul se acoperă cu un prosop sau cu o căciulă.

Temperatura medie din cameră trebuie să fie de 20°C. Pentru bătrâni și copiii mici - în special nou-născuți - este necesară o temperatură de 22°-24°C.

Este important de reținut că lumina naturală produce un efect benefic asupra sistemului nervos, influențând circulația sanguină și respirația; în același timp ea distruge microbii patogeni.

Dacă ferestrele sunt acoperite cu perdele groase, acestea trebuie imediat înlăturate, iar geamurile spălate și șterse.

Camera trebuie să conțină cât mai puțin mobilier.

Curățenia se va face cu cârpe ude și stoarse.

Patul trebuie amplasat astfel încât, pacientul să nu fie deranjat de lumină și să fie posibil accesul personalului de îngrijire.

În camera asistatului trebuie evitată prezența de prisos a rudelor și prietenilor, deoarece aceștia consumă oxigenul pacientului.

4.2. Igiena asistatului

Igiena are un rol hotărâtor în îngrijirea și accelerarea procesului de vindecare a unor boli, nelăsând să apară complicații, cum ar fi supurații sau escare de decubit, care ar putea surveni în urma neglijării efectuării unei igiene corecte a persoanei asistate.

Aceasta trebuie culcată într-un așternut curat, iar salteaua se acoperă cu un cearceaf curat; plapuma și pernele vor fi acoperite cu fețe curate.

În cazul în care este necesar, pe sub cearceaf se va pune o mușama în dreptul șezutului, pentru a feri salteaua de putrezire, din cauza urinei sau a materiilor fecale. Pielea pacientului trebuie ținută curată, deoarece în plicile tegumentului, odată cu murdăria, se adună și o mare cantitate de microbi, care se vor îndepărta prin curățire.

De asemenea, se va îndepărta orice secreție care, în afara faptului că oferă un miros neplăcut (mai ales transpirațiile abundente), irită și pielea, determinând prurit, care prin scărpinare va duce la apariția infecției.

a. Toaleta asistatului se efectuează zilnic, indiferent de starea pacientului.

Baia generală va fi interzisă numai de medic, în anumite situații cum ar fi: hemoragii interne, externe, insuficiență cardiacă, plăgi deschise, boli de piele. În astfel de cazuri, bolnavul va fi curățat chiar în pat, de către o infirmieră. Trebuie avut grijă ca temperatura din salon să fie de cel puțin 20°C și să nu fie curent de aer rece. Spălarea se va face cu un burete sau prosop înmuiat în apă cu săpun. Sub pacient se va pune o mușama,

iar buretele se va clăti și storce, într-o căldare aflată în apropiere.

Ordinea în care se efectuează spălarea corpului este următoarea: se începe întotdeauna cu fața, apoi gâtul, urmează membrele superioare, partea anterioară a toracelui, abdomenul, partea posterioară a toracelui, coapsele, membrele inferioare, organele genitale și la sfârșit regiunea perianală. Se va acorda atenție deosebită la curățarea încheieturilor, deoarece la nivelul acestora se acumulează cantități mari de transpirație și murdărie. În caz de diaree, zona anală se va spăla de câteva ori pe zi, se va tampona și se va pudra cu talc.

Este bine ca, după spălare, bolnavului să i se facă o frecție cu alcool sau spirt mentolat.

În cazul în care starea pacientului o permite, acesta va fi lăsat să se îmbăieze singur folosind cada sau dușul. Temperatura din camera de baie va fi de 21°-22°C.

Cada se dezinfectează în prealabil, cu o soluție dezinfectantă. Este bine ca, după terminarea băii, bolnavul să facă un duș la o temperatură mai scăzută decât apa din cadă, pentru a se produce o vasoconstricție periferică.

Baia la duș, înlocuiește din ce în ce mai mult baia din cadă. În funcție de gravitatea bolii, dușul se va face în poziție ortostatică (în picioare), în șezut sau culcat. Bolnavii în stare mai ușoară vor fi lăsați să se spele singuri, în poziție ortostatică. Bolnavii mai grav vor fi spălați în poziție șezândă, cu ajutorul unui duș mobil. Bolnavii grav, adinamici vor face dușul culcați pe un grătar de lemn, și vor fi spălați de către infirmieră după tehnica amintită anterior. Baia cu dușul, pe lângă efectul de înviore, are și efect de tonifiere a țesuturilor, ameliorând starea generală a bolnavului.

După fiecare baie, bolnavul se îmbracă în lenjerie curată și se reîntoarce la patul său, care în prealabil a fost schimbat.

Baia copilului se raportează la perioada de vârstă a acestuia. (Fig. nr.18).

Baia generală a sugarului se face imediat după ce cordonul ombilical s-a cicatrizat. În afară de menținerea curățeniei, baia stimulează circulația sanguină, contribuind la călirea organismului. Astfel, sugarul va fi îmbăiat zilnic, de preferat în același moment al zilei, cu condiția ca acesta să nu fie flămând, să nu fie imediat după masă, pentru a nu-i produce vărsături și să nu prezinte afecțiuni în care baia generală este contraindicată.

Camera în care se face baia copilului va avea o temperatură de 22°-24°C. Cădița necesară spălăturii se așează lângă masa de înfășat, pe care se pregătesc materialele necesare pentru baia și lenjeria copilului.

Se recomandă ca temperatura apei să fie de 36°-37°C, pentru nou-născuți și sugarii mici și de 35°-36°C pentru cei mai mari. Introducerea în apă se face încet și cu blândețe pentru a nu-i crea senzații neplăcute copilului, altfel acesta va fi agitat la băile următoare și va avea reacție negativă față de apă.

Durata băii va fi cât mai scurtă, mai ales la sugarii mici la care nu trebuie să depășească 5 minute; la sugarii mai mari poate dura 10-15 minute. La aceștia, baia se va efectua prin așezarea copilului în șezut (cei care au vârstă de peste 6 luni), iar în cădiță se vor pune jucării plutitoare de plastic sau de cauciuc.

Tehnica este aceeași ca la adult: spălatură începând cu capul, după care se spală toracele, membrele superioare, abdomenul, membrele inferioare, astfel încât ultimele zone care se spală să fie organele genitale și zona anală.

Este important de știut că, la fete, curățirea organelor genitale se face dinspre regiunea vulvară spre anus, deoarece există pericolul transportului de microbi din regiunea anusului spre uretră, cu posibilitatea infectării acestora.

După terminarea băii, corpul se tamponează cu un prosop de baie care a fost anterior încălzit. Toate pliurile pielii (axile, gât, regiunea inghinală) se tamponează cu mare blândețe și se pudrează cu talc. Umezeala în aceste zone duce la apariția intertrigo-ului.

Plicile inghinale, perineul și fesele se ung cu o soluție uleioasă sau cu o cremă recomandată de medic.

După ce este spălat, pudrat și uns, sugarul este îmbrăcat rapid, cu lenjeria pusă la îndemână pe masa de înfășat.

Îngrijirea unghiilor constituie o parte importantă în toaleta bolnavilor.

Unghiile de la mâini și de la picioare se vor tăia scurt, deoarece sub ele se strâng o mare cantitate de microbi, ouă de paraziți.

La membrele inferioare, unghiile se taie pătrat, pentru a nu favoriza formarea unghiei încarnate.

Îngrijirea părului constă în periatul zilnic și spălarea lui odată pe săptămână.

Pentru spălarea părului se aduce bolnavul cu capul la marginea patului și pema se îndepărtează de sub cap. Se folosește o mușama așezată astfel încât marginea de sus să fie sub capul bolnavului, iar marginea de jos să fie în găleata pregătită.

Infiriera susține capul bolnavului cu mâna stângă iar cu mâna dreaptă umezește părul; toarnă puțin câte puțin șampon, apoi spală rădăcina părului masând pielea capului cu vârful degetelor, fără să o zgârie.

După ce se limpezește părul, se îndepărtează mușama și se șterge părul bol-

navului cu un prosop încălzit.

Uscarea se face fie cu foehnul, fie acoperind capul bolnavului cu un prosop uscat. După uscare părul se piaptână. Dacă pacientul este într-o stare gravă și îngrijirea părului este îngreunată, este de preferat ca acesta să fie tuns.

Îngrijirea cavității bucale

Igiena cavității bucale a asistatului trebuie întreținută la fel ca și cea a omului sănătos.

Dinții trebuie spălați după fiecare masă. Dacă pacientul nu poate să se spele singur, igiena va fi făcută de către o altă persoană: se va înfășura pe o spatulă o bucată de tifon îmbibată în apă caldă și cu bicarbonat de sodiu care apoi va fi stoarsă.

Pacientului i se va deschide gura și infirmiera va șterge cu grijă dinții, gingiile și limba.

Când gingiile sunt inflamate, se va face gargara cu bicarbonat de sodiu dizolvat în apă caldă sau cu alte dezinfectante (de exemplu: hipermanganat de potasiu). La bolnavii inconștienți, deshidratați, care au buzele crăpate și uscate, acestea se ung cu glicerină sau cu ceară labială.

La bolnavii cu proteze dentare mobile, se va lucra cu mult tact și blândețe. Proteza se scoate și se spală zilnic cu periuța și cu pasta de dinți, după care se așează într-un pahar, utilizat în acest scop. Paharul se acoperă cu o compresă de tifon. Dacă bolnavul este inconștient, protezele se îndepărtează din cavitatea bucală, pentru a nu cădea în faringe sau în laringe, producând astfel obstrucția căilor respiratorii.

Îngrijirea nasului

Îngrijirea nărilor se face cu un tampon de vată uscat sau îmbibat în ser fiziologic. Se vor folosi tamponi separate pentru partea dreaptă și cea stângă.

Îngrijirea urechilor

Pentru evitarea acumulării de cerumen în canalul auditiv, acesta se va curăța cu tamponi de vată, iar urechea externă și cutelele din spatele acesteia se vor spăla zilnic cu apă caldă și săpun. Nu se vor folosi niciodată chibrituri sau scobitori cu vată.

Îngrijirea mâinilor

Mâinile se vor spăla obligatoriu cu apă și săpun înainte de fiecare masă, după folosirea toaletei sau ori de câte ori este nevoie. Este bine ca după spălare, mâinile să se dezinfecteze cu o soluție alcoolică sau cu alte soluții dezinfectante. În cazul în care mâinile prezintă crăpături, zgârieturi, este bine să se aplice local o cremă emolientă care să conțină și un antiseptic de tip sulfamidă sau penicilină.

Îngrijirea ochilor

Fața se va spăla zilnic cu apă. Ochii se pot șterge cu tamponi de vată sau tifon, înmuiate în ser fiziologic, pomind de la unghiul extern al ochiului spre unghiul intern.

Îngrijirea altor regiuni

Îngrijirea picioarelor, a organelor genitale, a regiunii anale se va face prin spălare zilnică cu apă și săpun.

b. Captarea dejecțiilor bolnavilor imobilizați la pat

Aceasta se face folosind plosca și urinalul.

Plosca se utilizează pentru necesitățile bolnavului, pentru clisme și pentru efectuarea toaletei organelor genitale. Ea poate fi confecționată din metal, cauciuc sau porțelan. Plosca de cauciuc se utilizează la bolnavii slăbiți, la care simpla atingere a pielii produce durerea.

La întrebuințare plosca nu trebuie să fie rece. Manevrarea ei se face astfel: infirmiera ridică bolnavul cu mâna stângă, în timp ce cu mâna dreaptă introduce plosca sub bolnav. După actul dejecției, se îndepărtează plosca și se spală regiunea perianală. Apoi se spală mâinile, se reface patul bolnavului și se aerisește salonul.

După ce plosca a fost golită, se spală cu apă și se freacă cu peria. Ploștile se păstrează în soluție dezinfectantă (cloramină, clorură de var).

Urinalul este un recipient confecționat din sticlă sau metal, utilizat pentru captarea urinei bolnavilor imobilizați la pat.

Folosirea și spălarea acestuia se face ca și în cazul ploștii.

c. Schimbarea rufăriei asistatului

Lenjeria de corp a asistatului trebuie schimbată cel puțin o dată pe săptămână.

Corpul asistatului va fi șters de transpirație și spălat, iar rufele curate vor fi bine uscate și încălzite înainte de a se îmbrăca.

Schimbarea rufăriei se efectuează astfel: se pune mâna sub mijlocul pacientului pentru a-i scoate cămașa, mai întâi peste cap, apoi peste mâini. Îmbrăcarea cămășii se va face în sens invers.

La cei care au mâna bolnavă, dezbrăcarea cămășii se face întâi pe partea sănătoasă, iar îmbrăcarea se începe cu mâna bolnavă.

Bolnavilor grav, care nu pot fi mișcați, li se va da o cămașă tăiată la spate, iar marginile acesteia se vor plia cu grijă sub spatele bolnavului, pentru a nu face cute.

Pentru a schimba cearceaful unui pacient imobilizat la pat, acesta se mută mai întâi la marginea patului; se rulează cearceaful murdar în lungul corpului; cearceaful curat se face sul și se întinde pe partea liberă a patului. Pacientul se așează apoi pe partea patului acoperită cu cearceaful curat, se scoate cearceaful murdar și, după îndepărtarea acestuia, se întinde cel curat pe partea cealaltă a patului.

Igiena pacientului, ca și igiena camerei acestuia, reprezintă doi factori deosebit de importanți în menținerea stării de sănătate a unei persoane și în accelerarea procesului de vindecare a unor boli.

4.3. Mobilizarea bolnavului

Schimbarea poziției bolnavului este foarte importantă, deoarece imobilizarea îndelungată la pat determină apariția unor complicații (vezi cap. IV.6)

La bolnavul cu poziție de decubit (culcată), mobilizarea se începe cu mișcarea capului și cu schimbarea poziției membrilor superioare și inferioare. Apucarea bolnavului se face cu toată mâna, protejând regiunile dureroase.

Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral, se face de către una sau două infirmiere: se prinde mai întâi bolnavul de umăr și după ce toracele a fost întors late-

ral, se execută aceeași manevră la nivelul bazinului și la nivelul picioarelor.

Din poziția decubit dorsal (culcat pe spate cu fața în sus), bolnavul poate fi ridicat în poziție semișezând, cu ajutorul unor peme în plus. Această poziție este indicată bolnavilor cu afecțiuni cardiace și pulmonare, celor în vârstă și celor în perioada de convalescență.

Ridicarea bolnavului din decubit în poziție șezând, se realizează prin introducerea unei mâini sub genunchiul bolnavului, iar cealaltă mână susține bolnavul din spate, sprijinindu-i capul. Ridicarea bolnavului în stare gravă, se execută de către două infirmiere așezate de o parte și de alta a patului. Menținerea în această poziție se face cu ajutorul pernelor așezate în spatele bolnavului.

După ce bolnavul se poate menține în poziție șezând, se trece la așezarea lui la marginea patului.

Ridicarea bolnavului în poziție ortostatică reprezintă o etapă ulterioară așezării la marginea patului. Infirmiera îl va sprijini de ambele axile și-l va ridica.

După o perioadă de imobilizare mai lungă, bolnavul va face primii pași sprijinit de către infirmieră sau folosind un cadru metalic, iar ulterior, dacă starea îi permite, va fi lăsat să meargă singur.

4.4. Confortul psihologic al asistatului

O importanță deosebită în vindecarea bolnavilor o are confortul psihologic al acestora.

O primă observare a pacientului ne va da relații dacă acesta este liniștit, nervos, abătut, indispus. Prin conversația purtată cu el, se poate afla dacă a dormit bine, dacă au existat factori perturbatori care să-i îngreuneze odihna etc. Totodată, prin discuțiile purtate cu asistatul, se urmărește eventuala anxietate care a apărut, în urma îmbolnăvirii, a unor manevre de investigație sau a unor tratamente neplăcute.

Adeseori, pacienții sunt indispuși din cauza bolii lor, mai ales atunci când observă că aceasta progresează. De aceea, se recomandă ca asistatul să fie sustras de la asemenea gânduri. Dacă, dimpotrivă, pacientul exagerează gravitatea bolii fără a avea motive întemeiate, trebuie să i se prezinte adevărata realitate, încercându-se să fie convins că temerile lui sunt nefondate. Pentru aceasta, i se va distra atenția de la boală și i se va asigura o liniște deplină și un somn bun și liniștit.

4.5. Alimentarea asistatului

Un factor foarte important în tratarea și restabilirea fizică a unui individ este alimentația echilibrată a acestuia. De aceea, este necesară urmărirea de către personalul de îngrijire a calității alimentelor și a regimurilor servite, prin asigurarea mesei la timp (care să aibă aspect estetic corespunzător și gust bun) precum și crearea unei bune dispoziții în timpul servirii mesei.

Alimentația trebuie să fie variată și completă, să cuprindă toate principiile alimentare: glucide, proteine, lipide, vitamine și săruri minerale (bineînțelese, dietele se diferențiază pe tipuri de boli).

Prepararea hranei, ca și servirea acesteia, trebuie să se facă în cele mai stricte

condiții de igienă, pentru a împiedica introducerea în organism, odată cu alimentele, a unor microbi sau a unor ouă de paraziți.

O primă regulă în administrarea hranei este servirea meselor la ore fixe; aceasta va obișnui aparatul digestiv să aibă o activitate regulată, astfel încât să nu se mai ajungă la indigestii și balonări.

În timpul alimentației, pentru digerarea mai ușoară a alimentelor, este necesară mestecarea lentă a mâncării.

Este cunoscut faptul că la majoritatea bolnavilor apetitul este scăzut. Pentru stimularea poftei de mâncare, pe lângă buna dispoziție creată în jurul bolnavilor, preparatele trebuie să fie cât mai variate, mai ales în cazurile dietelor restrictive, când sunt interzise anumite alimente sau sunt limitate cantitățile. Dacă medicul permite, la prepararea mâncării se pot folosi și anumite condimente.

Tot în cadrul alimentației trebuie urmărită și cantitatea de lichide ingerate. Pentru a nu încărca stomacul, lichidele se vor bea în cantități mici, apa putând fi înlocuită cu limonade, sucuri naturale de fructe sau ceai. În afecțiunile în care cantitatea de lichide ingerate nu are importanță, pacientul va putea bea fără restricție.

Există afecțiuni, cum ar fi cele cardiovasculare (hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă) sau cele renale, în care cantitatea de lichide este limitată. În aceste cazuri se va prescrie de către medic o anumită cantitate de lichide pe zi, urmând ca acestea să fie administrate în cantități mici, pe durata întregii zile, ținând cont și de lichidele din supe, compoturi, fructe.

În cazurile în care asistatul are nevoie de o cantitate mare de lichide - ca de exemplu în transpirații abundente, stări febrile, deshidratări, intoxicații grave - se urmărește în permanență ca acesta să ingere cantitatea de lichide prescrisă, urmărindu-se concomitent și cantitatea de lichide eliminată.

În funcție de starea pacientului, alimentarea poate fi activă, pasivă, artificială.

a. Alimentarea activă la bolnavii deplasabili se face în sala de mese. La bolnavii nedepasabili se poate face prin întrebuintarea unei măsuțe care se așează la pat, în fața bolnavului și de pe care acesta se autoservește.

b. Alimentarea pasivă se face la pacienții în stare gravă, care nu se pot hrăni singuri și este efectuată de către infirmieră. Bolnavul va fi așezat în poziție semișezândă sau, dacă starea lui nu permite aceasta, se va menține poziția orizontală. Infirmiera se plasează în dreapta bolnavului, susținându-i capul cu mâna stângă.

Lichidele, inclusiv supă, vor fi administrate din vase semiumplute. În cazul bolnavilor în stare gravă, se va folosi lingurița sau pipeta.

Ritmul alimentării se va adapta la starea bolnavului. Înghițiturile nu trebuie să fie prea mari, pentru ca bolnavul să nu se înnece. La cei cu apetit scăzut sau la cei febrili alimentația se va administra în momentul în care starea lor o permite.

După terminarea alimentării, bolnavul trebuie curățat și apoi lăsat să se odihnească.

c. Alimentarea artificială se face la pacienții cu: stare gravă, în stare de inconștiență, cu tulburări de deglutiție, cu intoleranță digestivă, cu stricturi esofagiene și la psihopații cu negativism alimentar. Poate fi efectuată prin sondă, fistulă stomacală și prin perfuzii.

Alimentarea prin sondă se face la bolnavii inconștienți, negativiști și la cei cu tulburări de deglutiție.

După ce a fost dezinfectată și lubrifiată, sonda se introduce prin gură sau prin una din nările bolnavului, până în stomac (vezi manevrele descrise la capitolul IV 5.8).

Capătul liber al sondei se fixează cu leucoplast pe fața bolnavului.

Amestecările preparate pentru alimentarea prin sondă trebuie să fie lichide și încălzite la temperatura corpului.

Introducerea rației zilnice se face în 4-6 doze și se administrează foarte încet. Odată cu alimentele pot fi introduse pe sondă și medicamentele prescrise pe cale bucală.

Îndepărtarea sondei se face după golirea ei totală. În acest scop se va introduce pe sondă o cantitate de 200-300 ml. apă care face parte din rația zilnică a bolnavului.

În cazul pacienților cu stricturi esofagiene (arsuri, intoxicații cu substanțe caustice), alimentarea se face printr-o **fistulă** făcută artificial în stomac, prin care se introduce apoi sonda de cauciuc. Este recomandabil ca fistula să fie acoperită cu un bandaj steril, pentru a nu se infecta. Tehnica alimentării prin fistulă este aceeași ca în cazul folosirii sondei. Pielea din jurul fistulei se va verifica, deoarece sucul gastric care se poate prelinge, determină iritarea și formarea de răni. Pentru aceasta, după fiecare alimentare, pielea va fi ștersă cu o compresă sterilă, după care se va aplica o cremă cu antibiotic și apoi se va acoperi cu un tifon steril.

Îngrijirea acestor bolnavi necesită răbdare și înțelegere deosebită din partea personalului, deoarece conștiința infirmității îi determină adesea pe bolnavi să se alimenteze în diferite locuri pentru a nu fi văzuți de cei din jur.

Alimentarea prin perfuzii se poate face intravenos, subcutanat, intraosos. Cea mai utilizată cale este cea intravenoasă. În cazul acesteia, prin perfuzii se pot administra alimente mai complexe sub formă de soluții cu concentrații cât mai mari: glucoză, aminoacizi și lipide. Ritmul de administrare a alimentelor pe cale intravenoasă, depinde de natura și concentrația preparatului, ca și de starea bolnavului.

Este cunoscut faptul că alimentația corectă poate duce la vindecarea sau ameliorarea bolilor. De aceea tratamentul dietetic este la fel de important în anumite boli ca și cel medicamentos. El are rolul de a face să se evite o serie de tulburări produse de boală, motiv pentru care regimurile alimentare sunt atât de variate.

Regimul dietetic se întocmește ținând seama atât de particularitățile fiecărui bolnav, cât și de stadiul de evoluție a bolii.

4.6. Regimurile alimentare

Alcătuirea și prescrierea lor va fi făcută de către medic, iar asistenta dieteticiană le va întocmi pentru bucătărie. Ele sunt foarte variate în funcție de calitatea și cantitatea alimentelor pe care le eprind.

Astfel, după compoziția lor, se cunosc: regimul absolut (de cruțare), regimul hidric, hidro-zaharat, lactat, făinos, lacto-făinos, lacto-făinos-vegetarian, regim carnat și regim complet. După conținutul în săruri minerale există: regim desodat (fără sare), regim hiperpotasic (cu conținut crescut de potasiu) etc.

Regimurile dietetice se recomandă în funcție de tipul afecțiunii bolnavului, cât și

de starea sa de evoluție. Astfel, în bolile aparatului respirator, regimul este bogat în substanțe nutritive. Dacă boala pulmonară este cronică, se va pune accentul pe supraalimentarea bolnavului, pentru întărirea rezistenței organismului. Sunt permise toate principiile alimentare: glucide, lipide, proteine, alături de vitamine și săruri minerale.

În bolile cardiace, dieta include toate principiile alimentare, dar este obligatoriu ca alimentația să aibă un conținut scăzut de sare (nu este permis un aport de sare mai mare de 2-4 gr/zi). De asemenea, consumul de lichide trebuie limitat la 1-1,5 litri/zi. În ceea ce privește volumul hranei, acesta va fi scăzut pentru a nu împovăra tubul digestiv și a nu obosei inima. Bolnavul de inimă va mânca cel puțin de cinci ori pe zi, deoarece prin mese mici și dese inima nu obosește.

Masa de seară trebuie luată cu cel puțin patru ore înainte de culcare, pentru ca în momentul în care bolnavul se culcă, stomacul să fie deja golit.

Regimul alimentar al bolilor digestive, în general, este inițial sever, trecându-se treptat la regimuri mai flexibile ce pot fi ținute de pacient pe o perioadă mai îndelungată.

De exemplu, în ulcerul gastro-duodenal, în perioada dureroasă, sunt indicate lactatele, făinoasele, după care se introduc, în funcție de evoluția bolii: carne fiartă, pasăre, pește, legume fierte, grăsimi vegetale. Sunt contraindicate condimentele, băuturile alcoolice care pot provoca dureri și chiar leziuni ale mucoasei gastrice.

În bolile renale, regimul dietetic are un conținut normal de calorii, de lipide și glucide și un conținut scăzut de proteine și sare.

Toleranța individuală este un alt factor care se ia în considerație în stabilirea regimului. Astfel, în bolile digestive, este obligatoriu să se tatoneze toleranța gastrică și intestinală. De asemenea, se va ține cont și de gustul și dorința bolnavului, în limitele permise de regimul prescris.

Este foarte important să i se explice bolnavului necesitatea menținerii regimului recomandat de medic, pentru ca acesta să nu dorească servirea unor alimente nepermise.

IGIENA ȘI ÎNGRIJIREA ASISTAȚILOR (schemă)

**IGIENA CAMEREI
BOLNAVULUI**

IGIENA ASISTATULUI

Toaleta asistatului

Baia asistatului
Baia copilului
Îngrijirea unghiilor
Îngrijirea părului
Îngrijirea cavității bucale
Îngrijirea nasului
Îngrijirea urechilor
Îngrijirea mâinilor

Captarea dejecțiilor bolnavilor imobilizați

Schimbarea rufăriei asistatului

**MOBILIZAREA
BOLNAVULUI**

**CONFORTUL
PSIHOLOGIC
AL ASISTATULUI**

**ALIMENTAREA
ASISTATULUI**

**Activă
Pasivă**

Artificială

Sondă
Fistulă
Perfuzie

**REGIMURI
ALIMENTARE**