



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



je

Fondul Social European
Programul 2007-2013



Ministerul Educației
2007-2013



CNDIPT



Asociația pentru
dezvoltare și promovare
socio-economică

PRO
Sănătate

www.proiectprosanatate.ro

CAIET FORMATOR BRANCARDIER



PRO-SĂNĂTATE - Creșterea accesului angajaților din sistemul medico-social din România la programele de formare continuă
ID proiect: POSDRU/164/2.3/S/140077

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

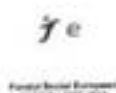
Acest proiect este implementat de către:

Asociația pentru Dezvoltare și Promovare Socio-Economică, **CATALACTICA**

În parteneriat cu:

SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE CRUCE ROȘIE DIN ROMÂNIA,
Fundația pentru Recuperare și Promovare Socială **ECHOSOC**





CAIETUL FORMATORULUI

Brancardier

CUPRINS

Cuvânt înainte.....	4
Introducere	5
Capitolul 1. Principalele atribuții ale unui brancardier	7
1.1. Atribuțiile brancardierului la locul de muncă	7
1.2. Locul de desfășurare a activităților unui brancardier.....	9
1.2.1. Spitalul.....	9
1.2.2. Serviciul de ambulanță.....	11
1.2.3. Instituțiile de medicină legală	12
1.3. Independență /dependență în satisfacerea nevoilor.....	13
Capitolul 2. Aspecte legislative.....	14
Capitolul 3. Comunicarea la locul de muncă	21
3.1. Noțiuni generale	21
3.2. Comunicarea cu pacienții vârstnici.....	22
Capitolul 4. Starea de sănătate a pacienților	24
4.1. Aparatul digestiv	24
4.2. Aparatul respirator.....	27
4.3. Aparatul urinar	29
4.4. Aparatul cardiovascular.....	31
4.5. Tegumentul	33
4.6. Sistemul osteo-articular.....	34
4.7. Sistemul nervos.....	34
4.8. Îngrijirea pacienților imobilizați la pat.....	36
4.9. Escarele.....	37
4.10. Pacienții cu boli infecto-contagioase.....	41
4.11. Pacientul în faza terminală.....	42
Capitolul 5. Supravegherea și transportul pacienților	45
5.1. Mijloace de transport utilizate	45
5.2. Indicații în cazul mobilizării - transportul pacienților	47
Capitolul 6. Măsuri de prim ajutor	50
Bibliografie	53

CUVÂNT ÎNAINTE

Caietul Formatorului pentru calificarea “Brancardier” este elaborat în cadrul proiectului **“PRO-SĂNĂTATE – Creșterea accesului angajaților din sistemul medico-social din România la programele de formare profesională continuă”**, ce este cofinanțat din Fondul Social European – Investește în Oamenii prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 și este implementat, în perioada **24 aprilie 2014 – 23 octombrie 2015**, de către Asociația pentru Dezvoltare și Promovare Socio-Economică, CATALACTICA, în parteneriat cu Societatea Națională de Cruce Roșie din România și Fundația pentru Recuperare, Integrare și Promovare Socială ECHOSOC.

Obiectivul proiectului îl reprezintă creșterea nivelului de calificare pentru 2.520 de angajați necalificați și/sau cu un nivel scăzut de calificare din domeniul medico-social, contribuind la facilitarea / îmbunătățirea accesului și participării la programe de formare profesională continuă (FPC) din cele 8 regiuni de dezvoltare din România: Nord –Est (Bacău), Sud-Est (Buzău, Constanța, Vrancea, Tulcea); Sud-Muntenia (Prahova); Sud – Vest Oltenia (Olt); Vest (Arad, Hunedoara, Timiș); Nord-Vest (Cluj, Maramureș, Satu-Mare); Centru (Alba, Brașov, Mureș); București-Ilfov (București – Sectorul 5, Ilfov).

Grupul țintă al proiectului este format din angajați necalificați (cu vârste între 18 și 64 de ani) pentru domeniul în care lucrează sau cu un nivel scăzut de calificare, urmând a se califica în cadrul unuia dintre cele 8 programe de formare profesională vizate, respectiv:

- nivel 1 de calificare - Îngrijitor copii, Baby sitter, Îngrijitor bătrâni la domiciliu, Brancardier.
- nivel 2 de calificare – Infirmieră, Îngrijitor bolnavi la domiciliu, Mediator sanitar, Operator introducere, validare și prelucrare date.

În speranța că acest material constituie un instrument util în procesul de formare profesională continuă, specific calificării menționate, se aduc mulțumiri experților ce au colaborat la elaborarea prezentului caiet (**Monica Țuțuianu, Daniela Buzatu, Andreea Furtună și Marius Mihalache**), precum și doamnei **Victoria Mihăescu**, Director Programe în cadrul Societății Naționale de Cruce Roșie din România, pentru contribuția majoră la finalizarea sa.

INTRODUCERE

Potrivit CNDIPT “formarea profesională continuă a adulților este ulterioară formării inițiale și asigură adulților fie dezvoltarea competențelor profesionale deja dobândite, fie dobândirea de noi competențe”.¹

La nivel european, dintre documentele reper ale formării profesionale continue sunt relevante: Declarația de la Lisabona, Memorandumul privind învățarea pe tot parcursul vieții al Comisiei Europene, „Declarația de la Copenhaga”², Consiliul European din martie 2005³ și Strategia Europeană pentru Ocupare.

În România, sistemul de formare profesională continuă are un design și o organizare conforme cu prezentul cadru legislativ specific. În acest sens, amintim următoarele documente naționale: Strategia națională pentru formare profesională continuă⁴, Strategia pe termen scurt și mediu pentru formarea profesională continuă⁵, Planul Național de Acțiune în domeniul Ocupării⁶, Programul Național de Reforme 2011-2013⁷, Planul Național de Dezvoltare 2007-2013⁸, Cadrul Strategic Național de Referință 2007-2013 și Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane -

POSDRU⁹.

În ceea ce privește formarea brancardierului, de cele mai multe ori, prin implicațiile medicale ce decurg din situația beneficiarului, brancardierul trebuie să acumuleze și o serie

¹ Sursa: <http://www.tvet.ro/index.php/ro/sistemul-national-de-educatie-si-formare-profesionala/115.html>

² Declarația miniștrilor europeni ai educației și formării profesionale și a Comisiei Europene, convenită în noiembrie 2002, cu privire la consolidarea cooperării europene în formare profesională

³ S-a propus creșterea investiției în capitalul uman prin sisteme mai bune de educație și de formare și adaptarea sistemelor de educație și formare la noile cerințe ale pieței.

⁴ Este conform direcțiilor UE stabilite în Strategia Europeană pentru Ocupare

⁵ Ultima strategie elaborată în acest sens a fost pentru perioada 2005-2010

⁶ Aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 970/2006

⁷ Disponibilă online la http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_romania_ro.pdf

⁸ Text disponibil online la http://www.aippimm.ro/files/otimmc_files/71/172/planul-national-de-dezvoltare-2007-2013.pdf

⁹ Elaborat în contextul PND 2007-2013 și în acord cu prioritățile CSNR

de cunoștințe din sfera medicală. Un alt factor important, care va fi dezbătut în unul din următoarele capitole, ține de socializarea/comunicarea la locul de muncă atât cu persoana asistată, cât și cu familia sau echipa medicală.

Ținându-se cont de nevoile umane, există o serie de elemente de ansamblu reprezentative pentru brancardier (în general):

- trebuie să se respecte demnitatea și independența persoanei. Acest aspect ține de respectarea dreptului persoanei asistate de a avea propriile decizii/propriile alegeri (excepție fac cazurile în care viețile beneficiarilor sau a celor din jurul lor pot fi puse în pericol);
- respectarea dreptului la confidențialitate – asta include tot ceea ce ține de caracterul privat al relației cu beneficiarii;
- importanța promovării parteneriatului social ca mod de realizare și evaluare a serviciilor de îngrijire medicală;
- este importantă responsabilizarea individuală prin activarea capacităților personale și aplicarea resurselor prezente. (Mazilul, C., 2010)

În general, brancardierul este cel care poartă, sprijină și asigură transportul pacienților în cadrul unor unități sanitare sau medico-sociale. Brancardierul colectează informațiile necesare pentru a cunoaște traseul pe care trebuie să îl urmeze cu pacientul: (de exemplu: la secția de chirurgie, radiologie, medicină internă, laboratorul de analize medicale, etc). De la începutul până la sfârșitul deplasării pacientului brancardierul surprinde datele pacientului pentru trasabilitate.

Conform ANC brancardierul este persoana care își desfășoară activitatea în unități sanitare, policlinici și spitale. Brancardierul este cel care «preia pacientul din ambulanță și îl transportă la unitatea de primiri urgențe.» (ANC, 2009).

Atunci când desfășoară activitățile de brancardier, persoana în cauză trebuie să respecte și drepturile generale ale omului stipulate în documente precum Constituția României, Convenția Europeană a Drepturilor Omului, Convențiile ONU, etc..

CAPITOLUL 1. PRINCIPALELE ATRIBUȚII ALE UNUI BRANCARDIER

1.1. ATRIBUȚIILE BRANCARDIERULUI LA LOCUL DE MUNCĂ

Misiunea Generală a unui brancardier este de a participa în managementul pacienților, de la transport între locurile de îngrijire și / sau examene la menținerea unei igiene propice mediului în care-și desfășoară activitatea.

Conform ANC (2009), brancardierul este persoana care:

- Transportă pacientul din salon în spital sau spre diverse locații din spital: laboratoare de analize, radiologie, sala de operații, sala de tratamente, etc.;
- Transportă decedații la morga spitalului;
- Pregătește materialului rulant;
- Preia pacienții din diverse locații;
- Menține igiena în timpul activității;
- Asigură integritatea și siguranța pacientului;
- Preia pacientul din ambulanță și îl transportă la unitatea de primiri urgențe.

Pe lângă atribuțiile uzuale, datorită lipsei de personal din unitățile sanitare, brancardierii sunt nevoiți să preia uneori și din sarcinile altor categorii de personal.

Brancardierul trebuie să aibă condiție fizică bună, deoarece manipularea unui pat de spital sau a unei tărgi necesită forță și energie. De asemenea, este important ca brancardierul să aibă simțul tactil și auzul bine dezvoltat, fiind în contact permanent cu pacienții. De asemenea, el trebuie să cunoască foarte bine organizarea geografică și internă a instituției în care lucrează.

Activitățile unui brancardier la locul de muncă, conform ANC (2009)

- Verifică starea materialului rulant;
- Identifică eventuale defecțiuni ale materialului rulant;
- Reface starea de bună funcționare a materialului rulant;
- Pregătește pacientul pentru transport;
- Ridică pacientul și așează pacientul pe materialul rulant;
- Însoțește pacientul la investigații și tratamente;
- Supraveghează echipamentele medicale în timpul transportului;
- Transportul pacienților decedați la morga spitalului;
- Stabilește activitățile zilnice;
- Identifică prioritățile în derularea activităților;
- Asigură echipamentul necesar desfășurării activităților;
- Întreține igiena la locul de muncă;
- Păstrează igiena personală;
- Asigură starea de curățenie a materialului rulant;
- Identifică situațiile de risc;
- Raportează situațiile potențial periculoase;
- Previne situațiile ce pot afecta siguranța pacientului.

Sursa: Informații preluate din Standardul ocupațional "brancardier", ANC, 2009

1.2. LOCUL DE DESFĂȘURARE A ACTIVITĂȚILOR UNUI BRANCARDIER

Brancardierul are rolul de a prelua pacientul din diverse locații, pentru a-l transporta la locul unde poate primi asistență medicală calificată. Brancardierul își desfășoară activitatea în unități sanitare, spitale sau policlinici (ANC, 2009). Mai pe larg, brancardierul își desfășoară activitatea în unități sanitare precum spitale, spitale private, centre de permanență, instituții de medicină legală, ambulatorii, ambulanță.

1.2.1. SPITALUL

În principal, unitatea medicală în care-și desfășoară activitatea un brancardier este spitalul. Spitalul este un loc de îngrijire, dar, de asemenea, un loc în care calitatea îngrijirii pacientului este fundamentală. În acest proces, și brancardierul este un jucător cheie.

Spitalele (preluare din legea privind reforma în domeniul sănătății)

Art. 165. – (1) Spitalul este unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, care furnizează servicii medicale.

Art. 166. – (2) Spitalul poate furniza servicii medicale numai dacă funcționează în condițiile autorizației de funcționare, în caz contrar, activitatea spitalelor se suspendă, potrivit normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice.

Art. 168. – (1) Spitalul asigură condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, conform normelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice.

(2) Spitalul răspunde, în condițiile legii, pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igienă, alimentație și de prevenire a infecțiilor nozocomiale, precum și pentru acoperirea prejudiciilor cauzate pacienților.

Art. 170. – (1) Orice spital are obligația de a acorda primul ajutor și asistență medicală de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică. După stabilizarea funcțiilor vitale, spitalul va asigura, după caz, transportul obligatoriu medicalizat la o altă unitate medico-sanitară de profil.

(2) Spitalul va fi în permanență pregătit pentru asigurarea asistenței medicale în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză și este obligat să participe cu toate resursele la înlăturarea efectelor acestora.

Art. 171. – (1) Spitalele se organizează și funcționează, pe criteriul teritorial, în spitale regionale, spitale județene și spitale locale (municipale, orașenești sau comunale).

(2) Spitalele se organizează și funcționează, în funcție de specificul patologiei, în spitale generale, spitale de urgență, spitale de specialitate și spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice.

(3) Spitalele se organizează și funcționează, în funcție de regimul proprietății, în:
a) spitale publice, organizate ca instituții publice; b) spitale private, organizate ca persoane juridice de drept privat; c) spitale publice în care funcționează și secții private.

Sursa: Preluare din **Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006** - privind reforma în domeniul sănătății.

Spitalul este format din mai multe compartimente cu o serie de caracteristici distincte, așa cum se va observa în tabelul care urmează.

Compartimentul funcțional	Caracteristici
Serviciul de primire	este filtrul principal al spitalului în care se hotărăște trierea și internarea pacienților. Cu excepția secțiilor de maternitate și boli contagioase, celelalte secții au în mod obișnuit un serviciu comun de primire pentru pacienți, care cuprinde: sala de așteptare; biroul de înregistrare al pacienților; cabinetele de consultații; camera de deparazitare și toaletizare a bolnavului; camera de îmbrăcare; camera pentru dezinfectarea și deparazitarea hainelor; magazia pentru depozitarea hainelor pacientului; magazia de lenjerie curată.
Secția de spital	este componentă înzestrată cu paturi care asigură asistență într-o anumită specialitate a pacienților spitalizați. Secția cuprinde saloane cu bolnavi, camere pentru asistente, pentru medici, oficiu, toalete, băi, holuri, săli de tratament și alte încăperi în funcție de specificul secției (maternitate, urologie, chirurgie etc). Secțiile sunt grupate astfel: interne, cardiologie, neurologie, neurochirurgie, chirurgie generală, reanimare, obstetrică-ginecologie, oto-rino-laringologie, oftalmologie, urologie, etc.
Serviciile de diagnostic și tratament	sunt părți componente fără paturi ale spitalului care deservește toate secțiile. Numărul lor este în funcție de mărimea, profilul și categoria de ierarhizare a spitalului, existența lor fiind obligatorie numai în parte pentru toate spitalele. În general se găsesc următoarele servicii de diagnostic și tratament: serviciul de imagistică; laboratorul de analize medicale; laboratorul de explorări funcționale; punctul de transfuzie; farmacie; serviciul central de sterilizare; serviciul de medicină fizică și recuperare medicală; serviciul de anatomie patologică și prosectură; laboratorul de medicină experimentală.
Serviciile administrativ-gospodărești	asigură baza materială a activității medicale, fiind una din condițiile importante pentru funcționarea spitalului. Aceste servicii cuprind: serviciul administrativ, serviciul tehnic de întreținere și reparații; spălătoria; secția bloc alimentar.

Sursa: Preluare din PNR, Suport curs perfecționare „Brancardier”

1.2.2. SERVICIUL DE AMBULANȚĂ

Ambulanța reprezintă “unitatea sanitară care asigură asistență medicală primară de urgență în afara unităților sanitare; transportul de urgență al bolnavilor, accidentaților, gravidelor, medicamentelor, produselor biologice, al personalului medico-sanitar necesar acordării asistenței medicale de pe raza de competență.” (PNR, idem)

Serviciile de transport cu ambulanța se pot acorda în situații diverse, precum:

- Transport de urgență la spital cu asigurarea măsurilor de prim ajutor și susținerea funcțiilor vitale atunci când este necesar;
- Transport programat la și de la spital, în București sau în alte localități din țară;
- Transport asistat medical în țară și în străinătate;
- Transport asistat medical la și de la aeroport;
- Supraveghere și asistență medicală pentru pacienții transportați în străinătate (cu medic însoțitor);
- Transport în cadrul contractelor de medicină a muncii.¹⁰

În ceea ce privește fundamentul juridic principal al serviciilor de ambulanță, acesta este reprezentat de următoarele norme legislative:

- Legea 53/2003 - Codul Muncii - cu toate modificările și completările aduse până în prezent;
- Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Titlul IV: Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim – ajutor calificat;
- OMSP nr.1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic;
- OMSP nr. 1092/2006 privind stabilirea competențelor și atribuțiilor echipajelor publice de intervenție de diferite niveluri în faza prespitalicească;
- OMSP nr. 1701/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor;

¹⁰ Preluare informații disponibile pe site-ul <http://www.ambulantaiasi.ro/>

- OMSP nr. 2011/20072 privind unele măsuri în asistența medicală de urgență prespitalicească;
- OMSP 1624/2007 privind aprobarea modelului contractului de administrare a serviciului de ambulanță județean sau al municipiului București;
- OMSP 1626/2007 privind aprobarea modelului contractului de administrare a serviciului de ambulanță județean sau al municipiului București;
- OMSP 2021/2008 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare ale Titlului IV;
- "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

1.2.3. INSTITUȚIILE DE MEDICINĂ LEGALĂ

Extras din Ordonanța nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală

Art. 5.1

(1) Activitatea de medicină legală se realizează prin următoarele instituții sanitare cu caracter public:

- a) Institutul Național de Medicină Legală "Mina Minovici" București, unitate cu personalitate juridică în subordinea Ministerului Sănătății;
- b) institutele de medicină legală din centrele medicale universitare, unități cu personalitate juridică în subordinea Ministerului Sănătății;
- c) serviciile de medicină legală județene și cabinetele de medicină legală din orașele nereședință de județ, aflate în structura organizatorică a serviciilor de medicină legală județene, subordonate, din punct de vedere administrativ, direcțiilor de sănătate publică.

(2) Pe lângă Institutul Național de Medicină Legală "Mina Minovici" București funcționează Comisia superioară medico-legală, cu sediul la acest institut.

(3) În cadrul institutelor de medicină legală din centrele medicale universitare, precum și în cadrul Institutului Național de Medicină Legală "Mina Minovici" București funcționează comisii de avizare și control al actelor medico-legale.

1.3. INDEPENDENȚĂ /DEPENDENȚĂ ÎN SATISFACEREA NEVOILOR

Independența: Atingerea unui nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor prin acțiuni proprii, fără ajutorul altei persoane.

Dependența: Incapacitatea persoanei de a adopta un comportament sau de a îndeplini singură, fără ajutorul altei persoane, acțiuni care să-i permită un **nivel acceptabil** în satisfacerea nevoilor pentru o stare independentă. Manifestările de dependență sunt semnele observabile ale unei anumite incapacități a persoanei.

Surse de dificultate – cauza dependenței:

Sunt acei factori care pot influența mai mult sau mai puțin nevoile fundamentale.

Originea surselor de dificultate:

- ✓ **Fizice** → *insuficiență, dezechilibru, suprasolicitare, etape de dezvoltare și creștere, boală;*
- ✓ **Psihice** → *stare de conștiență, stări emoționale, stres, anxietate, nivelul de inteligență, scăderea capacităților cognitive, situații de criză;*
- ✓ **Sociale** → *relațiile sociale, status, mediul social, venit;*
- ✓ **Spirituale** → *interogații spirituale, conflicte de valori, limite în practicarea religiei;*
- ✓ **Educaționale** → *lipsa cunoștințelor.*

Intervențiile au în vedere: Culegerea datelor: definirea problemei /problemelor - referitoare la modul în care pacientul își satisface nevoile fundamentale: singur, ajutat, asistat.

CAPITOLUL 2. ASPECTE LEGISLATIVE

În capitolul anterior am prezentat o serie de acte normative cu privire la unitățile medicale unde brancardierii își pot desfășura activitatea. În cele ce urmează vom discuta despre o serie de acte normative de care brancardierul trebuie să țină cont, în contact cu pacientul.

Drepturile fundamentale ale omului sunt următoarele:

- ✓ Principiul egalității în drepturi și a egalității șanselor;
- ✓ Dreptul la apărare și principiul accesului nediscriminatoriu la actul de justiție;
- ✓ Dreptul la viață, dreptul la ocrotirea sănătății și dreptul la un mediu sănătos;
- ✓ Libertatea individuală și dreptul la libera circulație a individului;
- ✓ Viața intimă, inviolabilitatea domiciliului și secretul corespondenței;
- ✓ Libertatea conștiinței;
- ✓ Libertatea de exprimare;
- ✓ Libertatea informației;
- ✓ Dreptul la învățătura și accesul la cultură;
- ✓ Dreptul cetățeanului de a alege și de a fi ales;
- ✓ Dreptul cetățeanului la inițiative legislative;
- ✓ Dreptul cetățeanului de a organiza și participa la întruniri publice;
- ✓ Dreptul de asociere;
- ✓ Munca și dreptul la grevă;
- ✓ Libertatea economică;
- ✓ Dreptul de proprietate privată și dreptul la moștenire;
- ✓ Protecția copiilor și a tinerilor;
- ✓ Protecția persoanelor cu handicap;
- ✓ Dreptul de petiționare;
- ✓ Dreptul persoanei vătămate de o autoritate publică;
- ✓ Restrângerea exercițiului unor drepturi sau al unor libertăți.

Pe lângă drepturile omului, brancardierul trebuie să țină cont de **drepturile pacientului**. În acest sens LEGEA Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului¹¹.

Conform articolului 2 din legea 263, "principiile de bază ale realizării drepturilor pacientului constau în:

- a) respectarea drepturilor fundamentale ale omului și a demnității ființei umane în domeniul ocrotirii sănătății;
- b) recunoașterea vieții umane, a sănătății omului ca valoare supremă;
- c) orientarea spre menținerea vieții, a sănătății fizice și psihice a pacientului în procesul prestării serviciilor de sănătate;
- d) respectarea valorilor morale și culturale ale pacientului, a convingerilor lui religioase și filozofice;
- e) recunoașterea pacientului, iar în cazurile prevăzute de legislație, a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în calitate de participant principal la luarea deciziei privind intervenția medicală;
- f) reglementarea drepturilor, responsabilităților și a condițiilor de limitare a drepturilor pacientului în scopul protecției sănătății acestuia și respectării drepturilor altor persoane;
- g) încrederea reciprocă dintre pacient și lucrătorul medical."

De asemenea, conform aceluiași act normativ (capitolul 2, articolul 5), pacientul are dreptul la:

- "a) asistență medicală gratuită în volumul stabilit de legislație;
- b) atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socio-economic, convingeri politice și religioase;
- c) securitatea vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate;

¹¹ Publicat : 30.12.2005 în Monitorul Oficial Nr. 176-181, art Nr : 867, Data intrării în vigoare : 30.06.2006

- d) reducerea suferinței și atenuarea durerii provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate;
- e) opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în modul stabilit de legislație;
- f) asigurare de asistență medicală (obligatorie și benevolă), în conformitate cu legislația;
- g) informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective;
- h) examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate normelor sanitaro-igienice;
- i) informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora;
- j) informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant;
- k) exprimare benevolă a consimțământului sau refuzului la intervenție medicală și la participare la cercetarea biomedicală (studiul clinic), în modul stabilit de prezenta lege și de alte acte normative;
- l) acceptare sau refuz în ce privește efectuarea ritualurilor religioase în perioada spitalizării în instituția medico-sanitară, dacă aceasta nu afectează activitatea ei și nu provoacă prejudiciu moral altor pacienți;
- m) asistență a avocatului sau a unui alt reprezentant în scopul protecției intereselor sale, în modul stabilit de legislație;
- n) informație privind rezultatele examinării plângerilor și solicitărilor, în modul stabilit de legislație;
- o) atacare, pe cale extrajudiciară și judiciară, a acțiunilor lucrătorilor medicali și ale altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și a funcționarilor responsabili de garantarea asistenței medicale și a serviciilor aferente în volumul prevăzut de legislație;
- p) îngrijire terminală demnă de o ființă umană;
- q) despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației."

Legea nr. 46 din 21.01.2003 publicată în Monitorul Oficial nr. 51 din 29 ianuarie 2003.

Capitolul I - Dispoziții generale

Art. 1. În sensul prezentei legi:

- a) prin pacient se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate;
- b) prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale;
- c) prin îngrijiri de sănătate se înțelege servicii medicale, servicii comunitare și servicii conexe actului medical;
- d) prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;
- e) prin îngrijiri terminale se înțelege îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Art. 2. Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.

Art. 3. Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.

Există categorii de pacienți pentru care există drepturi speciale, și de care brancardierul trebuie să țină cont.

Din această categorie fac parte și copiii. Iată care sunt **drepturile copilului** ce ar trebui îndeplinite¹²:

- **Dreptul la viață** - Copiii trebuie să beneficieze de cele mai bune condiții pentru dezvoltarea lor, să mănânce când le e foame, să aibă deasupra capului un acoperiș care să-i protejeze. **Dreptul la sănătate** - Dacă un copil este bolnav, trebuie să i se acorde

¹² Sursa drepturilor prezentate în cele ce urmează: Sursa: Cornitescu, G., Manual Puericultură și Nursing

îngrijiri și medicamente. Dacă un copil are un handicap, atunci ar trebui să i se acorde îngrijiri speciale;

- Dreptul la educație - Toți copiii trebuie să învețe să citească și să scrie. Ei au de asemenea dreptul la odihnă și activități culturale și artistice;
- Dreptul de a avea o familie - Copilul are dreptul la a trăi cu părinții săi în afară de cazul în care interesul său este să nu o facă. Dacă părinții au divorțat sau trăiesc departe unul de celălalt, copilul trebuie să aibă posibilitatea să mențină relații cu amândoi;
- Dreptul la protecția împotriva rasismului și a tuturor formelor de discriminare- Toți copiii au aceleași drepturi, fără distincție de rasă, de culoare, de sex, de limbă, de religie, de opinie;
- Dreptul la protecție contra exploatării sexuale și a violenței - Fiecare copil trebuie să știe că trupul său îi aparține și că orice adult trebuie să-l respecte. Nimeni nu poate să-l cumpere sau să-l vândă, să-l facă să suporte manifestări violente. Nimeni, nici măcar tatăl său sau mama sa;
- Dreptul la protecție împotriva exploatării prin muncă - Copilul nu trebuie să presteze o muncă ce poate să-i pună în pericol sănătatea, dezvoltarea normală, desfășurarea școlarității; sub o anumită vârstă, el nu trebuie să lucreze deloc;
- Dreptul la protecția împotriva războiului și a privării de libertate - Niciun copil nu trebuie să facă războiul; nici un copil nu poate fi torturat, condamnat la moarte, închis pe viață. Măsurile educative trebuie să primeze asupra închisorii;
- Dreptul la avea o identitate culturală și religioasă - Copilul este o persoană cu drepturi depline. El trebuie să aibă posibilitatea de a-și alege religia și să o practice, să se exprime în limba lui, să-și păstreze cultura, să beneficieze de libertate de gândire;
- Dreptul la exprimare - Copilul are dreptul să ia atitudine în tot ceea ce îl privește, în familie, la școală, și chiar și în justiție, când sunt în joc interesele sale.

O altă categorie de persoane sunt **persoanele cu handicap/dizabilități**.

Începând cu 11 noiembrie 2011, România a ratificat Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, prin adoptarea Legii 221/2010 și prin desemnarea ANPH¹³-ului ca autoritate de coordonare privind implementarea Convenției în România. Conform prevederilor coventției ratificate, persoanele cu dizabilități sunt *„persoane care au deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere, pot îngreuna participarea deplină și efectivă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți”*¹⁴

În legislația românească, în legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, se utilizează termenul de persoane cu handicap. Persoanele cu handicap sunt definite ca *„persoane cărora mediul social, neadaptat deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale și/sau asociate, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața societății, necesitând măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale”*.¹⁵ Tot conform aceleași legi, se regăsesc patru grade de handicap (ușor, mediu, accentuat și grav) și zece tipuri de handicap (fizic, vizual, auditiv, surdo-cecitate, somatic, mintal, psihic, HIV SIDA, asociat, boli rare).

Potrivit Legii 448/2006 privind protecția și promovarea persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare, persoanele cu handicap beneficiază de drepturi la :

1. Ocrotirea sănătății – prevenire, tratament, recuperare;
2. Educație și formare profesională;
3. Ocuparea și adaptarea locului de muncă, orientare și reconversie profesională;
4. Asistență socială, respectiv servicii sociale și prestații sociale;
5. Locuință, amenajarea mediului de viață personal ambiant, transport, acces la mediul fizic, informațional și comunicational;
6. Petrecerea timpului liber, acces la cultură, sport, turism;

¹³ ANPH este abrevierea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, autoritate care este în prezent restructurată sub forma „Direcției Generale Protecția Persoanelor cu Handicap”

¹⁴ Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Articolul 1, paragraful 2.

¹⁵ Legea Nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, Articolul 2, alineatul 1, http://www.prestatisociale.ro/legi/Legea_448_2006.pdf, accesat pe data de 3 Mai 2012

7. Asistenta juridică;
8. Facilități fiscale;
9. Evaluare și reevaluare prin examinarea la domiciliu a persoanelor nedeplasabile de către membrii comisiei de evaluare, la un interval de 2 ani.

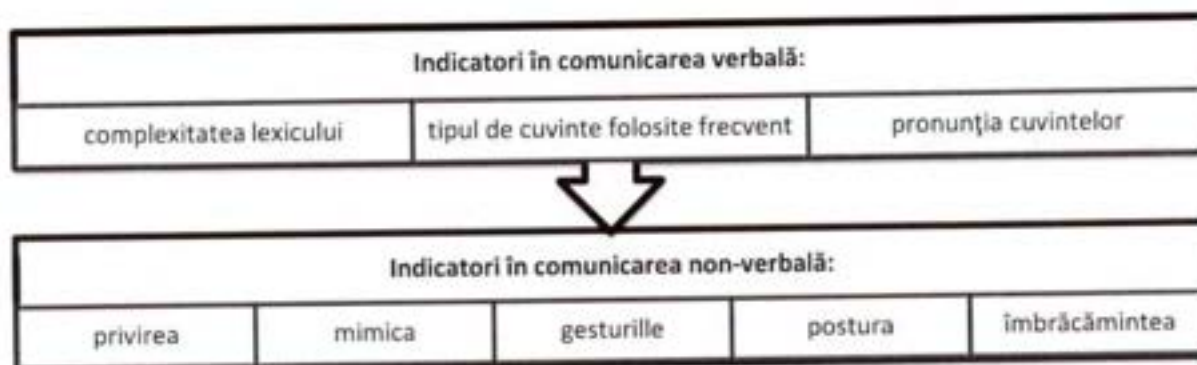
În capitolul dedicat sănătății și recuperării, din aceeași lege, sunt stipulate următoarele aspecte:

- „persoanele cu handicap beneficiază de asistență medicală gratuită, inclusiv medicamente gratuite, atât pentru tratamentul ambulatoriu, cât și pe timpul spitalizării, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- Dispozitive medicale gratuite în ambulatoriu;
- Servicii de cazare și masă pentru însoțitorul copilului cu handicap grav sau accentuat ori al adultului cu handicap grav sau accentuat în unitățile sanitare cu pături, sanatorii și stațiuni balneare, la recomandarea medicului de familie ori a medicului specialist;
- Un bilet gratuit de tratament balnear, în cursul unui an”.

CAPITOLUL 3. COMUNICAREA LA LOCUL DE MUNCĂ

3.1. NOȚIUNI GENERALE

Brancardierul trebuie să țină cont atât de unii indicatori verbali, cât și non-verbali.



De asemenea, brancardierul trebuie să posede o serie de cunoștințe și deprinderi în vederea comunicării într-un mod eficient cu persoanele asistate, precum :

- Analizează modul de comunicare al beneficiarului;
- Stabilește modul de comunicare;
- Transmite / primește Informații.

Comunicarea permite unui individ să stabilească și să întrețină o relație cu alți indivizi. Este o tentativă de a-l înțelege pe celălalt, pe semenul tău, de a înțelege ceea ce îl deosebește de ceilalți, ideile sale, mesajul pe care dorește să-l transmită, senzațiile și valorile sale. Oglinda oferită de un interlocutor datorită comunicării permite de asemenea fiecăruia, fără excepție, să se înțeleagă pe sine și să se simtă pe sine, într-un cuvânt, să se cunoască mai bine.

Comunicarea permite, de asemenea, transmiterea și schimbul de opinii și de experiențe, în următoarele feluri:

- Acest schimb, (a da și a primi) permite fiecăruia să-și dea seama că face parte dintr-o comunitate, și că această comunitate îl integrează în ea, conducându-l;
- Comunicarea este o necesitate vitală și universală. Toți oamenii comunică pentru a-și crea relații, legături;
- Comunicarea este un proces complex prin care sunt transmise noțiuni și prin care se construiesc relații;
- Aspectele multiple ale comunicării, cum ar fi limbajul corpului, alegerea cuvintelor, felul în care ne adresăm cuiva, sunt tot atâtea semne care dovedesc stima pe care o avem pentru interlocutorul nostru.

Astfel încât, un tip de comunicare eficientă presupune asigurarea consistenței de conținut a mesajului, expresivitatea și inteligibilitatea. Acest tip de comunicare are o serie de trăsături care o influențează, precum: sinceritatea, limbajul trupului, acuratețea, comportament asertiv, empatie, claritate, contact vizual.

3.2. COMUNICAREA CU PACIENȚII VÂRSTNICI

Procesul de comunicare, în general, este complex și se poate complica și mai mult odată cu înaintarea în vârstă. Una dintre cele mai mari probleme care pot apărea pentru un brancardier este că atunci când se ocupă de pacienții mai în vârstă aceștia sunt de fapt mult mai eterogeni decât populația mai tânără.

Comunicarea dezvoltă, la persoanele în vârstă, un sentiment de apartenență, le ascute mintea și îi ajută să rămână conectați la lumea reală. De asemenea, comunicarea cu această categorie de persoane este extrem de importantă, deoarece sunt predispuse adesea stărilor de melancolie sau depresie.

Gama diversă a experienței de viață a persoanelor asistate vârstnice și faptul că provin din medii culturale diferite influențează de multe ori percepția lor despre boală, disponibilitatea de a adera la regimuri medicale, precum și capacitatea de a comunica eficient cu brancardierii.

Atâta timp cât brancardierul se află în preajma persoanei asistate, trebuie să se folosească de calitățile sale privind respectarea vieții private și să dezvolte atât o relație verbală, cât și non-verbală bazată pe încredere cu persoana asistată. Astfel încât, brancardierul va fi atent la toate gesturile, mimica, reacțiile sale și la modul în care acestea pot fi interpretate de către persoana asistată . (Bejan, T., 2009)

Comunicarea cu pacientul duce la satisfacerea unor nevoi importante în dezvoltarea/menținerea unei persoane. Dintre aceste nevoi, în figura următoare am identificat câteva.



Efectele pe termen lung ale comunicării pentru persoanele în vârstă ¹⁶:

- Întărește starea fizică și îmbunătățește nutriția și dieta;
- Îmbunătățește sănătatea cardiacă și reduce tensiunea arterială;
- Crește încrederea; ameliorează stresul și depresia; îmbunătățește somnul;
- Menține sănătatea creierului și reduce problemele de memorie;
- Scade percepția durerii;
- Crește nivelul de fericire și dă un sentiment de mulțumire și respect de sine ridicat.

¹⁶ Sursa: <http://camin-colosseum.ro/socializare-batrani.html>

CAPITOLUL 4. STAREA DE SĂNĂTATE A PACIENȚILOR

4.1. APARATUL DIGESTIV

Aparatul digestiv (canalul alimentar sau tractul gastrointestinal), reprezintă ansamblul de organe cu rol de a transforma fizic și chimic alimentele, în scopul asimilării lor și de a elimina reziduurile ce nu au putut fi digerate. Aparatul digestiv este alcătuit din: tractul gastrointestinal superior (cavitatea bucală, esofag și stomac), tractul gastrointestinal inferior (duoden, jejun, ileon, cecum, colon, rect, anus) și organe anexe (ficat, vezica biliară (colecistul), pancreas).¹⁷

Pe lângă cele ce vom prezenta mai jos, este inclus și diabetul zaharat ca afecțiune a aparatului digestiv. *Diabetul zaharat* este o boală care apare când pancreasul (o glandă anexă a aparatului digestiv) nu mai produce în cantități suficiente un hormon (insulina) sau atunci când organismul bolnavului nu folosește insulina. La persoanele bolnave de diabet, absența sau insuficienta producere a insulinei determină hiperglicemia. Diabetul este “o afecțiune cronică ce poate fi controlată, dar durează toată viața”.¹⁸

¹⁷ Sursa: Informații disponibile la <http://www.medipedia.ro/Articole/tabid/70/articleType/ArticleView/articleId/160/Aparatul-digestiv-descriere.aspx>

¹⁸ <http://www.emedonline.ro/afectiuni/view.category.php/8>

Principalele boli/afecțiuni ale aparatului digestiv¹⁹ sunt următoarele :

- *Gastrita* - reprezintă o inflamație acută sau cronică a mucoasei gastrice. Una din principalele cauze ale apariției acestei boli este microbul *Helicobacter pylori*, un microb care infectează mucoasa stomacului;
- *Colecistita* - este "inflamația veziculei biliare și se manifestă prin dureri vii în regiunea ficatului care răspund până în spata umărului drept și sunt însoțite de semnele unei infecții" (simptome: febră și frisoane);
- *Apendicita*- reprezintă infectarea apendicelui de la bacteriile care sunt prezente în tractul intestinal;
- *Colicile abdominale* - Sunt dureri acute ale regiunii abdominale, de diferite cauze cum ar fi : toxiiinfecții alimentare, paraziți intestinali, altele;
- *Hepatitele* – ele sunt acute sau cronice;
- Hepatitele acute virale reprezintă afecțiuni ale ficatului cauzate de virusurile hepatice A/B/C. Printre simptomele acestei boli amintim oboseala, scăderea în greutate, iritabilitate, dureri musculare,greață si altele;
- *Ulcerul peptic* - se caracterizează printr-o leziune la nivelul mucoasei gastrice/duodenale.
- *Pancreatita cronică* – reprezintă o "boală caracterizată prin leziuni cronice, inflamatorii și degenerative, cu evoluție spre scleroză și insuficiență pancreatică, provocată de reducerea sau dispariția țesutului glandular";
- *Constipația* - este o tulburare funcțională, provocată fie de scăderea elasticității musculaturii intestinale, fie de contractura acestei musculaturi;
- *Diareea* – reprezintă o dereglare intestinală care se manifestă printr-un număr crescut de scaune lichide;
- *Obezitatea* – reprezintă depășirea greutateii ideale cu 15 - 20%. Din ce în ce mai multă lume este supraponderală, fiind un efect al "modernismului". Ceea ce reprezintă efectiv obezitatea face referire la un bilanț energetic pozitiv între aportul alimentar excesiv și cheltuielile energetice reduse (sedentarism). Despre prevenirea obezității și un stil de viață sănătos vom vorbi la capitolul referitor la alimentație.

¹⁹ Surse ale informațiilor ce vor fi prezentate: Mazilu, C, 2010 / Borundel, C., 1994 / <http://www.sanatateatv.ro/> și <http://www.carte.info/revista/naturist/digestiv.html>

Există o serie de **semne digestive patologice**²⁰, aici ne vom opri asupra celor mai relevante, acestea fiind următoarele:

- *Hipersalivația* – reprezintă un simptom care poate fi dat fie de creșterea secreției de salivă, fie de scăderea capacității de a înghiți sau de a menține saliva în cavitatea bucală;²¹
- *Hiposalivația* – este opusul hipersalivației și reprezintă o cantitate mai mică de salivă.
- *Grețurile și vărsăturile* – acestea sunt simptome care pot semnala o infecție digestivă (enterocolită, viroză intestinală), intoxicații alimentare, rău de mișcare, mâncat excesiv, ocluzie intestinală, apendicită și migrene;²²
- *Durerea localizată în epigastru* reprezintă o durere ca o arsură localizată în partea centrală a abdomenului superior –*capul pieptului*;
- *Durerea difuză abdominală* – reprezintă o durere destul de dificil de localizat concret. Deși, durerea poate fi simțită la un anumit nivel al abdomenului, ea poate fi determinată de ceva dintr-o altă zonă a corpului. Acest gen de durere se mai numește și “durere reflectată”;
- *Regurgitație* – reprezintă un reflux alimentar din stomac în esofag iar apoi în cavitatea bucală;
- *Eructația (râgâiala)*- reprezintă evacuarea gazelor din stomac sau esofag și se întâlnește mai ales la persoanele care mănâncă repede;
- *Pirozis* (arsură retrosternală) se întâlnește în hiperaciditate gastrică;
- *Meteorismul* (acumularea gazelor în intestin, balonarea) întâlnită în colită, colecistită.

²⁰ Una din sursele bibliografice pentru semnele digestive patologice este Vasile, M., 2011.

²¹ <http://www.csid.ro/semne-si-simptome/hipersalivatie-11246786/>

²² <http://www.hilmi.ro/informatii-medice/greata-si-varsaturile/>

4.2. APARATUL RESPIRATOR

Aparatul respirator este format din căi respiratorii, plămâni și pleură. Principala funcție a căilor respiratorii este aceea de a transporta gazele care participă la actul respirator, iar cea a plămânilor, de a realiza schimbul de O₂ și CO₂ între sânge și aer. Căile respiratorii sunt reprezentate de cavitatea nazală, faringe, laringe, trahee și bronhii.²³

Principalele boli/afecțiuni ale aparatului respirator²⁴ sunt următoarele:

- *Rinitele și laringitele*- sunt afecțiuni acute sau cronice, cauzate de microbi, virusuri, alergii, tumori, etc. Complicațiile care pot apărea în cazul rinitelor sunt sinuzitele, otitele, amigdalitele, pneumoniile. O afecțiune mai gravă a laringelui este reprezentată de tumorile ce pot apărea, relativ frecvent. Tumorile laringelui apar îndeosebi la persoanele vârstnice (mai ales la bărbați) iar simptomul principal este răgușeala;
- *Bronșita* - Bronșita acută este o inflamație acută a mucoasei bronșice, interesând de obicei bronhiile mari și mijlocii și frecvent traheea (traheobronșită). Bronșita cronică reprezintă o inflamație cronică a mucoasei bronșice (apare la persoanele vârstnice în perioada rece). Simptomul principal este tusea seacă, urmată de expectorație în puseuri mai ales dimineața, dispnee uneori cianoză;
- *Dilatația bronhiilor (bronșiectazia)* - o afecțiune cronică, congenitală sau dobândită, caracterizată prin dilatarea bronhiilor mici și mijlocii și infectarea lor periodică. Cele mai întâlnite simptome sunt: expectorație abundentă (îndeosebi dimineața), cu un aspect muco-purulent stratificat, fetid, există o tuse constantă (tot dimineața) și prezența hemoptiziilor;
- *Astmul bronșic*- sindrom clinic caracterizat prin reducerea generalizată, variabilă și reversibilă, a calibrului bronhiilor, cu crize paroxistice de dispnee expiratorie și bradipneică (respirații rare);

²³ Sursa: Foto și informații disponibile la http://www.lefo.ro/aelbiologie.lefo.ro/biologie/USC/Lectia18_Aparatul_Respirator_Transportul_Sanguin_al_Gazelor_Pulm/12_material_biblioteca/respirator.html

²⁴ Surse: Mazilu, C., 2010 și Borundel, C., 1994

- *Cancerul bronhopulmonar* – este o tumoare malignă cu punct de plecare bronșic. Simptomele sunt greu de depistat, și de obicei depistarea se face în stadiile avansate ale bolii;
- *Pneumopatiile acute* – reprezintă afecțiuni pulmonare acute care sunt provocate de o serie de agenți patogeni (ex: viruși, bacterii, etc.);
- *Insuficiență respiratorie cronică* - este "o gravă tulburare a funcțiilor respiratorii, caracterizată prin scăderea saturației în O₂ a hemoglobinei din sângele arterial (hipoxemie) și prin creșterea presiunii parțiale a CO₂ în sângele arterial".

Există o serie de **semne pulmonare patologice**, ne vom opri asupra celor mai relevante, acestea fiind următoarele:

- *Tusea* – reprezintă un act reflex ca urmare a iritării mucoasei la nivelul tractului respirator produsă de prezența unor corpi străini sau a unor secreții patologice. De asemenea, este cel mai comun simptom al infecțiilor și virozelor respiratorii. Există mai multe tipuri de tuse:
- Tusea seacă sau cea iritativă se manifestă în faza incipientă a bolilor respiratorii și este provocată de iritațiile mucoaselor care căptușesc căile respiratorii.
- Tusea umedă sau productivă este de obicei însoțită de mucus și secreții aflate la nivelul traheei și plămânilor.
 - *Dispneea* - reprezintă o tulburare a respirației caracterizată prin modificarea ritmului și intensității mișcărilor respiratorii. Dispneea din insuficiența respiratorie pulmonară poate fi de 3 tipuri: obstructiv (stenoze laringiene și traheale, astm bronic, bronșiolite, emfizem pulmonar, pneumoconioze), restrictiv (pneumonii, bronhopneumonii, tuberculoza pulmonară, pleurezii de diferite etiologii precum și hidrotoraxul, hemotoraxul, pneumotorax spontan, chist hidatic) și mixtă (asocierea dintre celelalte două);
 - *Hemoptizia* (popular: scuipare de sânge) – este unul din simptomele cele mai grave și reprezintă eliminarea pe gură a unei cantități de sânge provenind din căile respiratorii inferioare. Este indicat să nu se ajungă în acest stadiu, dar dacă îngrijitorul observă sânge în spută trebuie să transporte persoana asistată la cel mai apropiat spital cât mai repede cu putință.

- *Expectorația* - reprezintă eliminarea secrețiilor de la nivelul arborelui traheo-bronșic prin tuse. Expectorația (ca și tusea) deține o valoare semnificativă semiologică, putând tranșa diagnosticul prin caracterele sale patognomonice. (Cozlea, L., 2006).

4.3. APARATUL URINAR

Aparatul urinar (aparatur excretor sau sistemul urinar) reprezintă unul din sistemele esențiale ale organismului uman. Acest sistem este cel care produce, stochează și elimină o parte a deșeurilor organismului prin urină. Aparatul urinar contribuie într-o mare măsură "la menținerea constantă a mediului intern al organismului și a compoziției chimice a acestuia, dar și la eliminarea în special a produșilor de catabolism rezultați din metabolismul proteic: creatinină, ureea, acidul uric, fosfați, sulfați precum și o serie de substanțe medicamentoase"²⁵.

Aparatul urinar este format din:

- rinichi (la nivelul lor are loc filtrarea sângelui și producerea urinei);
- căile urinare (formate din: pelvis renal, uretere, vezică urinară și uretră).

"Urina este un amestec de substanțe eliminată din organism prin rinichi și este formată din substanțe care sunt nefolositoare sau toxice organismului și are de regulă culoarea galbenă." Urina este stocată în vezica urinară iar apoi este eliminată din corpul uman prin uretră.

*Principalele boli/afecțiuni ale aparatului urinar sunt următoarele*²⁶:

- *Infecțiile tractului urinar* - sunt cauzate de proliferarea anormală a florei microbiene în aparatul urinar;

²⁵ Sursa: Foto și Informații disponibile la

<http://www.medipedia.ro/Articole/tabid/70/articleType/ArticleView/articleId/162/Aparatul-urinar-descriere.aspx>

²⁶ Surse: Mazilu, C., 2010 / Scărneci, L., Ghid de practică / Borundel, C., 1994 / <http://www.medicurolog.com/dorin-singeorzan/afectiuni-tratate/boli-ale-aparatului-urogenital-la-barbati-si-aparatului-urinar-la-femeie/>

- *Incontinența urinară* - reprezintă pierderea capacității de a înmagazina urina, iar aceasta curge în mod necontrolat, în repaus sau la efort, complet sau incomplet;
- *Retenția completă de urină* - reprezintă imposibilitatea pacientului de a goli vezica urinară plină. Retenția acută completă de urină reprezintă "un accident ce survine brusc, frecvent la pacienți fără afecțiuni urologice în antecedente";
- *Litiază renală* – reprezintă procesul prin care se formează în rinichi calculi în bazinet pe căile urinare în urma precipitării anumitor substanțe conținute în urină;
- *Pneumaturiile* - sunt eliminări de gaze prin intermediul urinei, acestea se întâmplă ca urmare a comunicărilor anormale dintre aparatul urinar și aparatul digestiv;
- *Chistul renal* - se prezintă ca "o formațiune transonică, rotund-ovalară, cu perete subțire și bine delimitat, cu întărire posterioară, uneori ieșită parțial din conturul renal".

4.4. APARATUL CARDIOVASCULAR

Aparatul cardiovascular (circulator) transportă sângele în tot corpul și din tot corpul la plămâni. Funcțiile acestuia sunt multiple: aprovizionarea organismului cu oxigen, substanțe nutritive, vitamine, hormoni și eliminarea bioxidului de carbon, îndepărtarea diverselor reziduuri metabolice spre ficat (detoxificare) sau rinichi (excreție).

Aparatul cardiovascular este alcătuit din inimă și vase de sânge. Organul central este inima sau cordul de la care pleacă vasele de sânge mari (artere) și la care se întorc vasele mari (vene).

Circulația sângelui la om este dublă și închisă:

- marea circulație (sistemică): conduce sângele oxigenat din ventriculul stâng al inimii prin aortă în tot organismul iar de acolo preia sângele sărac în oxigen, pentru a-l transporta înapoi în atriul drept și apoi în ventriculul drept;

- mica circulație (pulmonară): conduce sângele sărac în oxigen din ventriculul drept al inimii în plămâni, iar din plămâni conduce sângele oxigenat în atriul stâng și apoi în ventriculul stâng.²⁷

Elemente din componența aparatului cardiovascular: diverse artere (artera carotidă stânga și dreapta, artera pulmonară, artera renală, artera femurală, artera iliacă), aorta, diverse tipuri de vene (vena cavă, vena jugulară, vena subclaviculară, vena cavă inferioară, vena pulmonară, vena iliacă comună, vena renală) și inima (care are 4 camere: atriul drept și stâng și ventriculul drept și stâng).

Clinic, bolile cardiovasculare se manifestă prin simptome în raport cu boala, stadiul evolutiv și răsunetul pe care îl au asupra circulației și activității altor organe.

În evaluarea simptomelor trebuie ținut cont de faptul că o boală de inimă destul de evidentă poate evolua fără nici un simptom. Într-o altă ordine de idei, simptomele comune asociate unei boli de inimă pot să fie de origine extracardiacă.

²⁷ Sursa: informații la: <http://www.medipedia.ro/Articole/tabid/70/articleType/ArticleView/articleId/92/Aparatul-cardiovascular-descriere.aspx>

Principalele boli/afecțiuni ale aparatului cardiovascular sunt următoarele²⁸:

- *Durerea cardiacă* apare în diverse afecțiuni: angina pectorală, infarctul miocardic, anevrism aortic, pericardite, stenoza aortică, mitrală, embolii pulmonare. Durerea poate fi de durată (infarct, pericardită) sau trecătoare (angina pectorală). E mai greu de diferențiat de durerea care apare în cazul unei spondiloze dorsale, osteocondrita sternală, nevralgii intercostale, pleurite, hernii diafragmatice;
- *Palpitațiile* se traduc prin creșterea frecvenței bătăilor inimii (tahicardie), cu ritm regulat sau cu intermitențe (extrasistole) sau prin creștere accentuată a ritmului (tahicardiile), aritmii paroxistice ca fibrilația sau tahicardia paroxistică;
- *Dispneea* sau dificultatea de respirație poate fi provocată de efort, alteori apare chiar în repaus, obligând bolnavul să stea în poziție șezândă. Când sufocarea devine insuportabilă, dispneea este dramatică, așa cum se întâmplă în edemul pulmonar acut, astmul cardiac;
- *Edemele* înseamnă reținerea de apă în țesuturi; de obicei apar la glezne, la cele cardiace pielea este de culoare roșiatică, dureroase la apăsare și nu lasă o urmă care le pune în evidență. Pot să se întindă pe abdomen, față, ascita în cazurile severe (anasarca). Pot fi întâlnite și în afecțiuni renale, hepatice, hipoproteinemie, tromboflebite. Edemele renale sunt albe, moi, lasă urme la apăsarea degetului;
- *Cianoza* se caracterizează prin culoare violacee a mucoaselor și tegumentului (în special în jurul gurii); în defectele congenitale ale inimii este generalizată, din cauza pătrunderii sângelui venos direct în circulația mare sau scăderii gradului de oxigenare a sângelui;
- *Sincopele* traduc un deficit tranzitoriu în irigarea cerebrală, cu pierderea cunoștinței;
- *Oboseala generală* poate reflecta uneori staza pulmonară sau excesul de diuretice tiazidice (scăderea potasiului);
- *Suflurile cardiace* se explică prin zgomotul ce-l face scurgerea sângelui printr-un orificiu strâmtorat sau de refluarea sângelui în cazul unor valvule incompetente.

²⁸ Surse: <http://www.viatatasanatoasa.com/aparatul-cardiovascular.html> și Mazilu, C, 2010

4.5. TEGUMENTUL

Pielea reprezintă un organ care este într-un proces constant de reînnoire, pielea este mult mai mult decât un simplu înveliș. Acest organ este în permanentă comunicare cu celelalte organe, pielea poate indica disfuncții sau patologii de alte natură decât dermatologică.”²⁹

Principalele boli/afecțiuni ale tegumentului sunt următoarele³⁰:

- *Escarelele* - sunt afecțiuni ale pielii care apar în principal la persoanele vârstnice care nu se pot mobiliza, în zonele de presiune la contactul cu patul sau scaunul cu roțile;
- *Echimoza* (termen care definește vânătăile) – “apare ca urmare a lezării țesuturilor moi cu ruperea capilarelor și scurgerea sângelui sub piele”;
- *Eritemul* – reprezintă o roșeață congestivă a pielii care dispare la digitopresiune;
- *Erupțiile cutanate* – apar ca urmare a unor “boli infecțioase acute (scarlatina, herpesul, rujeola, varicela etc.), reacții alergice (urticaria), efectului toxic al unor medicamente” în urma cărora pielea își modifică aspectul;
- *Psoriazis* - este o “boală cronică de piele, caracterizată prin apariția unor plăci roșii, bine delimitate, ce conțin scuame albe și sunt localizate pe diferite porțiuni ale corpului”;
- *Zona zoster* – reprezintă o infecție virală. Această afecțiune se manifestă “prin erupții cutanate dureroase (buchete de vezicule) pe traiectul unui nerv senzitiv, cauzate de reactivarea virusului care cauzează varicela – virusul varicelo-zosterian (VVZ)”.

²⁹ Sursa: Informații disponibile la <http://www.bioderma.com/ro/afla-totul-despre-pielea-ta/pielea-este-un-organ.html>
³⁰ Surse: Mazilu, C., 2010 / Badea, M., 2010/ http://www.sfatulmedicului.ro/Boli-ale-venelor/escarele-de-decubit_1345,
<http://www.csid.ro/semne-si-simptome/echimoza-11237031/>

4.6. SISTEMUL OSTEO-ARTICULAR

Aparatul locomotor are rolul de a îndeplini funcțiile de mișcare ale diverselor părți ale corpului. Este format din: sistemul osteo-articular specializat pentru funcția de susținere și sistemul muscular pentru funcția de mișcare. În alcătuirea sistemului osteo-articular intră și oasele și articulațiile.³¹

Principalele boli/afecțiuni ale sistemului osteo-articular sunt următoarele³²:

- *Osteoporoza* – este un tip de afecțiune care se instalează în timp și conduce la pierderea densității și rezistenței structurii osoase;
- *Spondiloza* – este o afecțiune care apare ca urmare “a uzurii discurilor intervertebrale, determinând o alterare biochimică a cartilajelor articulare la acest nivel”;
- *Artrita* – reprezintă afecțiunea care se instalează ca una de tip inflamator și duce în timp la erodarea cartilajului care acoperă osul afectat, cât și la îngroșarea osului localizat sub acesta;
- *Reumatismul*- este o afecțiune care face referire, în principal, la articulații. Dintre cauzele manifestărilor reumatice amintim: predispoziție genetică, vârsta a treia, traumatisme, uzura, obezitate, factori meteorologici și infecțioși, etc.;
- *Artroza* - este o formă de reumatism degenerativ care alterează funcționarea normală a articulațiilor membrelor inferioare și superioare;

Persoanele vârstnice sunt cele mai predispuse la acest gen de afecțiuni ale sistemului osteo-articular.

4.7. SISTEMUL NERVOS

Sistemul nervos poate fi împărțit în două părți principale: sistemul nervos central (alcătuit din creier și măduva spinării) și sistemul nervos periferic (care este compus din toți ceilalți nervi). Neurologia este “o ramură specială a medicinei care se ocupă cu

³¹ Sursa: <http://veritasvalentin.wordpress.com/2012/12/20/subcapitolul-ix-aparatul-locomotor/>

³² Surse: Mazilu, C., 2010 / <http://www.romanialibera.ro/societate/utile/calea-naturala-catre-sanatatea-sistemului-osteo-articular-254269?c=q2561>

diagnosticul și tratamentul bolilor organice care afectează sistemul nervos central sau periferic”, o ramură aflată la granița cu psihiatria.³³

Principalele boli/afecțiuni ale sistemului nervos sunt următoarele³⁴:

- *Insomnia* - este o tulburare care se manifestă cu o lipsă a somnului, foarte răspândită și care afectează o mare parte din adulți. Persoanele vârstnice se confruntă adesea cu această afecțiune;
- *Accidentul vascular cerebral (AVC)* - Accidentul vascular cerebral este una din principalele cauze ale mortalității;
- *AVC ischemic* – este cauzat de un cheag de sânge care blochează circulația sangvină a creierului. Acest tip de accident vascular reprezintă o complicație a hipertensiunii arteriale și a aterosclerozei cerebrale;
- Ambele tipuri de AVC sunt forme regăsite adesea la persoanele vârstnice, fiind un efect al înaintării în vârstă;
- *Boala Alzheimer* – este o boală a persoanelor vârstnice, care se agravează în timp și este fatală. Aceasta este un tip de boală progresivă, în care celulele creierului sunt distruse. Ca urmare a acestor efecte, persoanele bolnave de Alzheimer au pierderi de memorie, dificultăți în gândire și de planificare, schimbări de personalitate și probleme motrice;
- *Boala Parkinson* – reprezintă un grup de afecțiuni reunite sub numele de tulburări ale sistemului motor, boli ce apar ca rezultat al distrugerii celulelor cerebrale producătoare de dopamină. Cele patru simptome principale ale bolii sunt tremurul, rigiditatea musculară, instabilitatea posturală, precum și tulburările de echilibru și coordonare.

³³ Sursa: <http://www.academiapacientului.ro/boli-si-afectiuni/boli-neurologice/>

³⁴ Surse: Mazilu, C, 2010 / <http://www.academiapacientului.ro/boli-si-afectiuni/boli-neurologice/>
<http://www.sanatateatv.ro/>

4.8. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR IMOBILIZAȚI LA PAT

În pofida existenței unor servicii de asistență socială și medicală acordate de stat de care ar putea să dispună, există o nevoie imperioasă de îngrijire. Motivul pentru care trebuie acordată o atenție deosebită acestei categorii de persoane constă în faptul că majoritatea persoanelor care aparțin acestui grup sunt incapabile să mai desfășoare un mod de viață independent.

În cazul în care persoana asistată suferă de paralizie parțială sau totală, circulația sângelui în țesuturi este deficitară, mai ales în părțile în care pielea bătrânului vine în contact cu patul timp îndelungat. În aceste locuri, după înroșirea pielii apar ulceratii, care sunt escarele propriu-zise. Apariția lor trebuie semnalată medicului. Tratarea se va face conform recomandărilor acestuia.

Pentru a se evita apariția escarelor, trebuie să se cunoască metodele de a le preveni:

- Păstrarea unei igiene riguroase a pielii și a locurilor intime;
- Pielea nu trebuie să vină în contact direct cu mușama sau cu un alt material sintetic sau din cauciuc. Peste mușama se va pune o aleză, iar bolnavul va purta pajama;
- Schimbarea poziției la 1-2 ore, pentru a ușura presiunea și favoriza circulația.

Așa cum s-a observat și se va observa în continuare, pe parcursul acestui caiet, la fiecare din capitole, am făcut referire la această categorie de persoane cu nevoi speciale.

4.9. ESCARELE

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

Escara se manifestă, în primă fază, printr-o culoare roșiatică a pielii, însă, în lipsa unei îngrijiri corecte, aceasta se înrăutățește, formând mai întâi o veziculă, apoi o rană deschisă și, în cele din urmă, un crater. Cele mai frecvente zone afectate de escare sunt cele aflate deasupra unor proeminente osoase (oase apropiate de piele), de exemplu, zona sacrală și fesele, călcâiele, coatele, șoldurile, gleznele, umerii, spatele, urechile și partea din spate a capului, precum și alte zone osoase care vin în contact cu suprafața patului.

Escara, cunoscută în termeni medicali ca ulcer de decubit sau ulcer de presiune, reprezintă una dintre complicațiile cele mai severe ale imobilității. Persoanele afectate (atât vârstnice, cât și tinere) au nevoie de un tratament îndelungat cu multiple riscuri și un efort susținut din partea aparținătorilor (inclusiv financiar).

Factorii de risc pentru apariția escarelor sunt:

- Unul dintre cei mai importanți factori implicați este imobilizarea, nivelul scăzut de activitate (persoanele cu leziuni medulare, cu accidente vasculare cerebrale, paralizați, sedați, cu demență), persoanele care rămân așezate în aceeași poziție timp îndelungat;
- Tulburările senzoriale (de exemplu, imposibilitatea unei persoane de a-și simți membrele inferioare) favorizează apariția ulcerărilor prin faptul că aceasta anulează sensibilitatea la nivelul pielii și nu apare durerea /senzația de arsură (unul dintre semnele importante de alarmă);
- Pielea fragilă, în special în cazul persoanelor vârstnice;
- Prezența unor afecțiuni cronice, precum diabetul sau o boală vasculară, care împiedică alimentarea corectă cu sânge a unor regiuni din corp;
- Incapacitatea de a mișca unele părți ale corpului fără ajutor, ca urmare a unui traumatism cerebral sau vertebral sau din cauza unei boli neuro-vasculare (cum ar fi scleroza multiplă);
- Subnutriția;
- Forme de demență senilă, boala Alzheimer – pacientul pierde treptat contactul cu realitatea, nemaiputând să se prevină sau să se trateze corect escarele;
- Vârsta înaintată;
- Incontinența urinară și/sau fecală;
- Prezența tegumentelor umede (transpirația).

Este important să se urmărească în permanență starea persoanei, să recunoască semnele și să semnaleze orice îngrijorare familiei persoanei sau medicului /echipei medicale curante.

Escarele **se clasifică** în funcție de evoluția lor în 4 stadii:

1. Stadiul I: Pielea este intactă, de culoare roșie, escara fiind localizată, de regulă, deasupra unei proeminențe osoase. Culoarea roșie sau modificarea culorii nu dispare în decurs de 30 de minute de la îndepărtarea presiunii. Zona poate fi dureroasă, fermă sau moale, mai caldă sau mai rece decât zona înconjurătoare. Stadiul I poate fi greu de observat la persoane cu piele de culoare mai închisă;
2. Stadiul II: Epidermul sau stratul de suprafață al pielii este deteriorat, formându-se o rană deschisă, superficială de culoare roz-roșiatică. Aceasta se poate prezenta și sub forma unei vezicule intacte sau sparte, cu sau fără secreții;
3. Stadiul III: Plaga este mai adâncă, afectând al doilea strat al pielii (dermul), ajungând până la țesutul adipos subcutanat. În acest stadiu poate apărea necroza (țesut mort, de culoare neagră sub formă de crustă) și se pot forma extensii subcutanate profunde ale plăgii (buzunare);
4. Stadiul IV: leziunea se extinde până la nivelul mușchilor sau chiar până la os, expunându-le. În acest caz, rana are deseori secreție și țesut necrozat, iar extensiile subcutanate profunde (buzunarele) sunt frecvente.

Metode de prevenire a apariției escarelor:

- ✓ Schimbarea frecventă a poziției: se evită imobilizarea; se face la 2 sau 3 ore, la nevoie chiar mai des; este necesară o foaie de supraveghere a escarelor, în care se notează orele de schimbare a poziției, aspectul cutanat, zonele de masaj;
- ✓ Asigurarea confortului și menținerea persoanei într-o stare de igienă perfectă. Se va avea în vedere: evitarea cutelor lenjeriei de pat, renunțarea la lenjeria de corp; spălarea zilnică cu apă și săpun și ungerea regiunilor expuse umezelii (știut fiind faptul că pielea unsă se macerează mai greu decât pielea uscată); schimbarea patului zilnic sau ori de câte ori este nevoie;
- ✓ Folosirea materialelor complementare, necesare pentru prevenirea escarelor. Se pot folosi: saltele speciale; perne de diverse dimensiuni și forme (amplasate de ex. sub gambe pentru evitarea escarelor la călcâie); colaci de cauciuc, perne cu gel speciale; pentru ungerea pielii, se recomandă oxid de zinc cu vitamina A+D;

- ✓ Alimentație și hidratare echilibrată: alimentația trebuie să fie bogată în proteine (pentru a favoriza cicatrizarea) și în vitamine, ținând cont însă de vârsta și greutatea persoanei. În ceea ce privește hidratarea, necesarul de lichide se va completa cu 1,5 -2 l la 24 de ore;
- ✓ Favorizarea vascularizației în zonele comprimate prin masaj.

Mai există și un tratament modern al escarelor, pansamentele hidroactive. Acest tip de tratament constă în debridarea autolitică (curățarea non-invazivă a plăgii cu păstrarea țesutului sănătos intact), stimularea formării țesutului de granulație (celulelor noi), cât și stimularea epitelizării (închiderea plăgii).

4.10. PACIENȚII CU BOLI INFECTO-CONTAGIOASE

Pacienții cu boli infecto-contagioase necesită o atenție deosebită din partea brancardierului. Trebuie avut în vedere atât prevenirea contaminării, cât și măsuri de autoprotejare a brancardierului. În acest sens, pacientul va primi îngrijiri igienico-dietetice conform indicațiilor medicului.

Pe lângă bolile contagioase diagnosticate deja, sunt cazuri de purtători sănătoși de microorganisme patogene, care nu prezintă niciun semn de boală, dar pot transmite boala, prin diferite căi. De ex: unele tipuri de virus hepatic (B, C) etc. Există purtători sănătoși care nu știu de prezența infecției în organismul lor, așa că brancardierul este obligat să se protejeze în fiecare caz care necesită îngrijire, indiferent dacă știe sau nu de prezența acestor microorganisme.

În cazul în care îngrijitorul are de îngrijit un bolnav despre care se știe că este purtător sănătos (dar poate infecta), este obligat: să păstreze confidențialitatea; să adopte un comportament cât mai normal față de persoana îngrijită; să aibă cunoștințe temeinice despre căile de transmitere.

Măsuri de autoprotejare:

- ✓ folosirea mănușilor de cauciuc, mai ales în timpul manipulării produselor biologice (sânge, urină, fecale, etc.) ;
- ✓ spălarea, dezinfectarea, sterilizarea instrumentelor și a mijloacelor de transport care au ajuns în contact cu produsele biologice;
- ✓ folosirea hainelor de protecție;
- ✓ igiena riguroasă atât corporală, cât și ambientală.

4.11. PACIENTUL ÎN FAZĂ TERMINALĂ

Îngrijirea acelor persoane care se află în fază terminală este o mare încercare pentru brancardier, de aceea acesta trebuie să fie pregătit teoretic și practic pentru a înfrunta astfel de situații.

Moartea poate surveni în mai multe feluri, câteodată atât de neașteptat încât nu există timp pentru pregătire, dar în cele mai multe cazuri poate fi preconizată ca sfârșitul unei suferințe lungi și dureroase. (Tudose, F., 2003)

În aceste cazuri bolnavul își dă seama sau știe că nu mai are mult de trăit și ar dori ca să rămână în continuare la el acasă până la sfârșit.

Brancardierul trebuie să fie pregătit:

- ✓ să se poată confrunta cu sentimentele și temerile apărute față de persoana aflată în fază terminală;
- ✓ să-l ajute pe pacient să-și înțeleagă, să-și confrunte sentimentele și temerile față de moarte;
- ✓ să asigure un climat cât mai liniștit și confortabil pentru persoana în cauză;
- ✓ să recunoască semnele apropierii decesului;
- ✓ să știe ce are de făcut dacă a survenit decesul.

Există o serie de *sentimente și temeri* care apar în faza terminală.

Situația generală a persoanelor bolnave care suferă de o perioadă mai lungă se înrăutățește pe zi ce trece. Obosesc foarte repede, nu mai reușesc să răspundă nici la eforturile fizice cele mai necesare, și în cele mai multe cazuri pierd din greutatea corpului într-un timp foarte scurt. Odată recunoscută faza terminală se pune întrebarea cum trebuie răspuns la întrebările persoanei aflate în această situație? Este o situație foarte grea și în mare măsură depinde de aceasta. Poate că este conștient de situația în care se află sau nu. S-ar putea ca brancardierului să i se pună unele întrebări incomode, de genul: „O să mă simt mai bine?” sau „Am să mor?”, deși acesta nu este pregătit pentru a putea da un răspuns.

Cei mai mulți dintre noi nu prea avem curajul să vorbim despre moarte, poate din cauza temerilor față de acest subiect. În viața oricui este inevitabil să apară durerea pierderii celor dragi. Odată cu înaintarea în vârstă aceste pierderi ale prietenilor și a celor apropiați devin tot mai frecvente și apropierea propriului sfârșit pare iminentă. Calea găsirii liniștii interioare este un proces sufleteș pe parcursul căreia se acceptă procesul ireversibil al existenței.

Atât brancardierul cât și aparținătorii pacientului, dar mai ales pacientul aflat în faza terminală, vor parcurge anumite etape ale tristeții. Dacă vom reuși să înțelegem aceste trăiri atunci poate o să ne fie mai ușor să ne confruntăm cu sentimentele noastre și cea ce este mai important, ne vom da seama în timp, care sunt așteptările sufletești ale pacientului, a căror satisfacere depinde de noi. Astfel încât, există o serie de etape ale tristeții:

i. Prima treaptă a tristeții apare în momentul în care pacientul află sau simte că a intrat în faza terminală a vieții sale, de unde nu mai este cale de întoarcere. Pacientul poate avea diferite reacții de la negare până la revoltă, plânsete, etc.

ii. În a doua treaptă pacientul recunoaște faptul că a intrat în faza terminală. Reacțiile lui pot varia între tristețe profundă și agresivitate. În această fază cel mai important este apropierea de el, să-l facem să înțeleagă că suntem alături de el.

iii. A treia treaptă este acceptarea adevărului și găsirea liniștii sufletești. În acest caz cel mai important este ca să nu fie lăsat singur. Este foarte important să știe că în ultimele momente ale vieții sale va avea pe cineva alături.

Datoria brancardierului este să-l ajute să treacă cât mai ușor prin aceste etape și să fie alături de pacient.

Pentru autoprotecția psihică a brancardierilor (igiena mentală) în aceste situații recomandăm să povestească aceste situații și trăiri în grupurile de întâlnire supervizate de către specialiști sau să consulte un specialist în domeniu (psiholog, asistent social, terapeut). Este necesară asigurarea ambianței cât mai liniștite și confortabile. Au fost identificate mai multe semne ale apropierii decesului, printre care amintim:

- pacientul își pierde puterile, adoarme frecvent; nu dorește mâncare sau să bea apă;
- se încetinesc reflexele, se pierde puterea de a se mișca și astfel plapuma poate deveni o greutate pe corpul pacientului;
- apare starea de inconștiență; de asemenea din cauza scăderii tensiunii arteriale pe degete și nas apar urme de „marmur”, urechile, fruntea sunt reci și transpirate indiferent de temperatura camerei;
- pacientul nu mai vede și aude decât ceea ce este foarte aproape. În acest caz este bine să fie mai multă lumină și să nu se vorbească în șoaptă;
- deoarece nivelul simțurilor scade persoana nu mai simte mângâierea. În aceste momente trebuie să ținem mai strâns de mână;
- respirația devine mai greoaie și mai zgomotoasă.

În oricare din situațiile de mai sus, cel mai bine este ca personalul spitalului să avertizeze membrii familiei sau aparținătorii să stea cât mai aproape de pacient în aceste momente.

CAPITOLUL 5. SUPRAVEGHEREA ȘI TRANSPORTUL PACIENȚILOR

5.1. MIJLOACE DE TRANSPORT UTILIZATE

Brancardierul va folosi o serie de mijloace de transport al pacienților, ținând cont de tipul afecțiunii, greutatea ei, motivul transportului, sau diverși alți factori.

Dintre aceste mijloace de transport, amintim următoarele:

- ✓ Brancarda/targa (rigidă sau pliabilă);
- ✓ Căruciorul;
- ✓ Fotoliul rulant / scaunul cu rotile;
- ✓ Patul rulant;
- ✓ Mijloace improvizate (doar în caz de necesitate și urgență) realizate din pături, cearceafuri, scânduri, ș.a.m.d.;
- ✓ vehicule speciale (ambulanțe 112, ambulanțe și elicoptere SMURD).³⁵

În vederea transportării în siguranță a pacienților, brancardierul va verifica următoarele aspecte tehnice etalate în figura următoare (sursa: prelucrare PNR).

lubrifierea îmbinărilor mobile	uzura suprafeței de transport pentru bolnav (platforma la târgi, scaunul și spătarul la cărucioare).	- sistemul de frânare;
- mecanismul de urcare/coborâre (majoritatea sunt acționate hidraulic)	funcționarea corespunzătoare a părților mecanice;	etanșeitățile tuturor elementelor de fixare;

³⁵ Sursa: PNR, Suport curs perfecționare „brancardier”

Igienizarea și dezinfectia echipamentelor de transport se face astfel:

- „se spală și dezinfectează suprafețele/platformele târgilor și scaunelor rulante folosind un dezinfectant de suprafețe în uz ;
- procedeul se repetă după transportul fiecărui bolnav în parte și ori de câte ori este nevoie;
- primul pas: se elimină murdăria persistentă de pe suprafață care vine în contact cu bolnavul (pete de sânge, urină, materii fecale, vărsături) prin ștergere cu o cârpă umezită în soluție alcoolică sau apă oxigenată;
- suprafețele vor fi dezinfectate prin ștergere, stropire, pulverizare cu substanțele dezinfectante din uz;
- după aplicarea substanțelor dezinfectate nu se mai limpezește, lăsând suprafețele să se usuce (timp de contact mai îndelungat cu dezinfectantul);
- pentru părțile nichelate, de aluminiu (tije, bare, suportți, stativ pentru perfuzii) se folosește ștergerea umedă având grijă ca soluția folosită să nu uzeze materialul metalic.
- materialul rulant se acoperă cu o pătură și apoi cu un cearceaf curat cu sau fără pernă subțire, fiind astfel pregătit pentru preluarea bolnavilor.
- tăvița renală se pune în imediata apropiere a pernei.”

Sursa: Informații preluate din PNR, Suport curs perfecționare „brancardier”

5.2. INDICAȚII ÎN CAZUL MOBILIZĂRII – TRANSPORTUL PACIENȚILOR

La prima întâlnire cu bolnavul, brancardierul trebuie să se intereseze cum este permisă mobilizarea din punct de vedere medical.

Brancardierul trebuie să evalueze posibilitățile de mișcare ale pacientului.

În cazul în care medicul permite și pacientul își manifestă dorința de a fi mobilizat, brancardierul trebuie să-i explice acestuia în amănunt toate mișcările pe care le pot efectua împreună.

Pacientul trebuie să știe de la început nu numai ceea ce va face, ci și scopul mișcărilor, drumul parcurs și destinația .

Pentru brancardier transportul pacienților în timp util și în condiții propice reprezintă activitățile principale de care este responsabil.

Există două tipuri de transport în cazul brancardierilor:

Primar – atunci când o persoană este transportată de la locul intervenției echipajului de urgență către o unitate medicală;

Secundar – atunci când un pacient este transportat în cadrul unității medicale către diferite secții, laboratoare, etc. sau când este transportat la domiciliu, alte spitale, etc.

Trebuie să existe o serie de cunoștințe și deprinderi necesare brancardierului pentru asigurarea mobilizării persoanei:

- ✓ Se identifică tipul de mobilizare;
- ✓ Mobilizarea persoanei îngrijite;
- ✓ Transportul persoanelor îngrijite.

Ținând cont de starea persoanei ce va fi transportată, se vor utiliza diverse mijloace de transportare (prezentate anterior):

Tipuri de transport - ținând cont de mijlocul de transportare

Transportul cu targa - Brancardierul va pregăti materialul de transport, va pregăti psihic pacientul pentru ceea ce urmează, va așeza pacientul pe targă (trebuie să țină cont de afecțiunea pacientului și de greutatea ei).

Transportul pacientului cu scaunul /fotoliul rulant – se vor transporta doar acei pacienți care pot sta în șezut și care nu se pot deplasa pe propriile picioare.

Transportul pacientului cu patul rulant – “Categoriile de pacienți care se transportă cu patul rulant sau targa sunt: pacienți cu traumatisme toraco-abdominale; pacienți cu fractură a coloanei vertebrale, a bazinului, a membrelor inferioare; pacienți comatoși; pacienți imobilizați, operați, etc”.

Sursa: Informații preluate din PNR, Suport curs perfecționare „brancardier”

Dacă pacientul se află în imposibilitatea de a se deplasa singur, deplasarea acestuia va cuprinde 3 etape importante:

- așezarea bolnavului pe marginea patului cu picioarele în jos - bolnavul ajuns în poziția șezând în pat cu picioarele în jos trebuie lăsat câteva minute înainte de a fi ridicat lângă pat, pentru a se obișnui cu noua poziție și pentru a evita eventualele amețeli;
- ridicarea bolnavului în picioare lângă pat - are asupra acestuia efecte psihice și fizice. În acest caz, trebuie să se țină cont de indicațiile generale privind relațiile dintre bolnav și brancardier. În cazul în care pacientul poate să se ajute într-o oarecare măsură, el se va agăța de gâtul brancardierului sau îl va cuprinde de după talie;
- deplasarea propriu-zisă.

Dacă pe parcursul deplasării intervin situații neprevăzute, mișcarea trebuie întreruptă imediat, încercându-se întoarcerea la locul de plecare. În niciun caz pacientul nu va fi forțat să continue deplasarea.

În cazul extrem, în care totuși pacientul a căzut, se va încerca în primul rând liniștirea lui, așezându-l în poziția cea mai comodă pentru el (pernă sub cap, eventual acoperit). De abia după ce momentele de panică au trecut, brancardierul va face apel la ajutorul unei alte persoane pentru ridicarea pacientului, în cazul în care nu există semne că s-a produs o fractură sau o entorsă –vezi măsurile de prim-ajutor.

Transportul pacienților în diverse situații:

- ✓ Transportul pacientului de la sala de operație – neapărat se va face cu targa sau cu patul rulant ;
- ✓ Transportul cu liftul – se va face în cazul în care trebuie transportat pacientul între diferite etaje ale unității sanitare în care se află;
- ✓ Transportul de la locul accidentului – se va face în funcție de gravitatea situației în care se află persoana accidentată;
- ✓ Transportul persoanelor decedate – atunci când se petrece într-o unitate sanitară alături de alți pacienți, transportul unui decedat trebuie făcut cu mare atenție și discreție.

CAPITOLUL 6. MĂSURI DE PRIM AJUTOR

Cei patru pași în acordarea primului ajutor

Situațiile în care este necesar primul ajutor pot fi foarte diferite, dar cel care acordă primul ajutor va trebui să urmeze patru pași, indiferent de situație.

Cei patru pași importanți sunt:

1. Luarea măsurilor de siguranță;
2. Evaluarea stării victimei;
3. Solicitarea ajutorului;
4. Asigurarea primului ajutor.

Luarea măsurilor de siguranță

- Evaluați situația și verificați dacă există pericole potențiale (de exemplu trafic, incendiu, electricitate etc.);
- Nu vă apropiați de locul accidentului decât atunci când sunteți sigur că viața nu vă este pusă în pericol;
- Încercați să înlăturați pericolele la care sunt expuse victima și cei din jur;
- Dacă nu sunteți în siguranță, contactați serviciile de urgență;
- Așteptați la distanță sigură, până la sosirea ajutorului calificat.

Luarea măsurilor de siguranță în caz de accident rutier

Indicații pentru cel care oferă primul ajutor:

- Respectați întotdeauna Codul Rutier;
- Reduceți treptat viteza și să nu frânați brusc pe măsură ce vă apropiați de locul accidentului rutier;
- Opriți mașina într-un loc sigur, pe banda de refugiu, pe marginea drumului sau în afara lui;
- Puneți-vă vesta reflectorizantă;

- Folosiți semne de avertizare (precum triunghiul reflectorizant), pentru avertizarea celor care se apropie de locul accidentului;
- Nu încercați să traversați o autostradă;
- Fiți atent la cablurile electrice de pe jos și asigurați-vă că nimeni nu se apropie de aceste cabluri și că nu sunt atinse;
- Încercați să preveniți un posibil incendiu, oprind contactul electric din vehiculele implicate în accident și nelăsând pe nimeni să fumeze în imediata apropiere;
- Aveți în vedere faptul că airbag-urile care nu s-au activat, se pot umfla brusc;
- Încercați să imobilizați vehiculele accidentate, trăgând frânele de mână.

Scoaterea de urgență a victimei

- Ca regulă generală, nu ar trebui să mișcați victima din locul accidentului, decât dacă pericolul este iminent și nu poate fi controlat, dacă nu se pot lua măsuri de siguranță și numai dacă nu vă expuneți niciunui pericol. Dacă este necesar, mutați victima în cel mai apropiat loc sigur;
- Dacă victima este conștientă, explicați-i ce veți face și rugați-o să coopereze. Dacă este posibil, imobilizați gâtul victimei în timpul deplasării. Rotiți cât mai puțin posibil gâtul, capul și corpul victimei;
- Încercați să aplicați tehnicile corecte, chiar dacă deplasarea victimei este prioritatea numărul unu;
- Protejați victima de frig sau căldură, dar deplasați-o doar dacă a stat prea mult în frig și dacă acest fapt poate avea urmări grave. Acoperiți victima cu o haină sau o pătură pentru a o proteja de frig. Puteți folosi și o pătură termoizolantă;
- Pentru a proteja victima de căldură, faceți umbră cu o jachetă, pătură sau umbrelă sau pur și simplu așezați-vă în așa fel încât să faceți umbră cu propriul corp.

Tehnica: Ridicarea Rautek

- Așezați brațele victimei de-a lungul trunchiului său;
- Îngenuncheați în spatele capului victimei. Treceți o mână sub gâtul victimei și pe cealaltă o așezați între omoplați. Ridicați-i cu grijă capul și umerii și apropiați-vă;

- Ridicați spatele victimei în poziție șezând. Sprijiniți-i umerii;
- Treceți ambele mâini pe sub subsuorile victimei și apucați-l de un antebraț. Țineți-o strâns de antebraț cu o mână și de încheietura mâinii cu cealaltă;
- Ridicați-vă pe vine, fără să dați drumul brațului victimei. Victima se află acum între picioarele dumneavoastră. Apăsați bine mana victimei pe pieptul acesteia;
- Ridicați-vă cu spatele drept și trageți victima în sus. Mergeți cu spatele, târând victima. Fiți atent la obstacolele din spate;
- Există și alte tehnici de mutare a victimelor.

Sursa: Informații preluate de pe site-ul Crucii Roșii,

<http://www.crucearosie.ro/activitati/prim-ajutor/sfaturi-de-prim-ajutor/cei-patru-pasi-in-acordarea-primului-ajutor.html>

BIBLIOGRAFIE

1. ANC, (2009), *Standard ocupațional. Brancardier*, disponibil la:
http://www.anc.edu.ro/uploads/SO/Brancardier_00.pdf
2. Badea, M., (2010), *Boli pe piele*, disponibil la:
<http://www.medicdermatolog.com/magdalena-badea/afectiuni-tratate/boli-de-piele/>
3. Bejan, T., (2009), „*Psihologia vârstelor (i,ii)*” (Suport de curs), Sibiu: Universitatea „Alma Mater”
4. Borundel, C., (1994), *Manual de medicină internă pentru cadre medii*, București: Editura ALL
5. Convenția asupra drepturilor copiilor, disponibilă online la
<http://www.copilul.ro/legislatie-familie/drepturile-copilului/Conventia-drepturilor-copilului-a681.html>
6. Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Articolul 1, paragraful 2
7. Cornitescu, G., *Manual Puericultură și Nursing*
8. Ionescu, I. (2012). SOCIAL POLICIES OF INCLUSION OF THE PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN ROMANIA - SOCIAL DIAGNOSIS , *Journal of Community Positive Practices*, Nr. 4/2012, 812-837
9. Legea nr. 46 din 21.01.2003 publicată în Monitorul Oficial nr. 51 din 29 ianuarie 2003.
10. Legea Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului
11. Legea 221/2010

12. Legea Nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, Articolul 2, alineatul 1,
http://www.prestatiiisociale.ro/legi/Legea_448_2006.pdf,
13. Mazilu, C., (2010), *Îngrijirea bolnavilor la domiciliu* (curs), OAMGMAMR-filiala București.
14. Ordonanța nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală
15. PNR (Patronatul Național Român), Suport curs perfecționare "brancardier", suport realizat în cadrul proiectului POSDRU ""FORMED – Formare pentru servicii medicale îmbunătățite"
16. Scârnciu, I., *Ghid de practică . Bolile Urologice*, disponibil online la:
http://medicina.san.ro/cursuri/Bolile_urologice.pdf
17. Vasile, M. (2011), *Semiologie Medicală pentru asistenți medicali*, București: Editura All

Surse online:

*** <http://camin-colosseum.ro/socializare-batrani.html>

*** http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/men/index_ro.htm

*** <http://www.tvet.ro/index.php/ro/sistemul-national-de-educatie-si-formare-profesionala/115.html>

*** http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_ro.pdf

*** http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/prevention_and_promotion/index_ro.htm

*** <http://reformasanatate.info/proiect-legea-sanatatii-parte-1/>

***http://www.lefo.ro/aelbiologie.lefo.ro/biologie/USC/Lectia18_Aparatul_Respirator_Transportul_Sanguin_al_Gazelor_Pulm/12_material_biblioteca/respirator.html

***<http://www.csid.ro/health/medicina-alternativa/trateaza-tusea-in-mod-natural-11379076/>

***<http://www.medipedia.ro/Articole/tabid/70/articleType/ArticleView/articleId/160/Aparatul-digestiv-descriere.aspx>

*** <http://www.sanatateatv.ro/>

*** <http://www.cartea.info/revista/naturist/digestiv.html>

***<http://www.hilmi.ro/informatii-medicale/greata-si-varsaturile/>

***<http://www.csid.ro/semne-si-simptome/hipersalivatie-11246786/>

***<http://www.medicurolog.com/dorin-singeorzan/afectiuni-tratate/boli-ale-aparatului-urogenital-la-barbati-si-aparatului-urinar-la-femeie/>

***http://www.sfatulmedicului.ro/Boli-ale-venelor/escarele-de-decubit_1345

***<http://veritasvalentin.wordpress.com/2012/12/20/subcapitolul-ix-aparatul-locomotor/>

***<http://www.romania libera.ro/societate/utile/calea-naturala-catre-sanatatea-sistemului-osteo-articular-254269?c=q2561>

***<http://www.academiapacientului.ro/boli-si-afectiuni/boli-neurologice/>

***<http://www.rasfoiesc.com/sanatate/medicina/Modelul-conceptual-al-Virginie14.php>

*** <http://www.sante.gouv.fr/brancardier.html>

*** http://www.sabif.ro/images/stories/Legislativ/RI_2011_SABIF_FINAL_roxi.pdf

*** <http://www.ambulantaiasi.ro/>

*** <http://www.crucearosie.ro/activitati/prim-ajutor/sfaturi-de-prim-ajutor/cei-patru-pasi-in-acordarea-primului-ajutor.html>

PRO

Sănătate

www.proiectprosanatate.ro

Titlul programului:
Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea
Resurselor Umane 2007 - 2013
"Investește în oameni!"

Titlul proiectului
PRO-SĂNĂTATE - Creșterea accesului angajaților
din sistemul medico-social din România la programele
de formare continuă

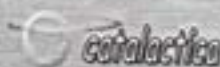
ID proiect: POSDRU/164/2.3/S/140077

Editorul materialului:
Asociația pentru dezvoltare și promovare
socio-economică CATALACTICA

Data publicării:
Septembrie 2014

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod
obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau
a Guvernului României

Acest proiect este implementat de



Asociația pentru Dezvoltare și
Promovare Socio-Economică

În parteneriat cu



Fundația pentru
Recuperare și Promovare
Socială ECHOSOC



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE
CRUCE ROȘIE DIN ROMÂNIA