

Ministerul Sănătății
Spitalul Clinic de Psihiatrie „SOCOLA” Iași
Comisia de Psihiatrie și Psihiatrie Pediatrică
a Ministerului Sănătății

SUPORT EDUCAȚIONAL REALIZAT ÎN CONFORMITATE CU PREVEDERILE
PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ
SUBPROGRAMUL 3.1 DE PROFILAXIE
ÎN PATOLOGIA PSIHIATRICALĂ ȘI PSIHOSOCIALĂ

CURRICULĂ DE INSTRUIRE PENTRU ASISTENȚII MEDICALI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Coordonator:
Prof. Dr. Dragoș MARINESCU

Șef lucrări Dr. Crin MARCIAN
Prof. Veronica BUBULAC
Prof. Doina CĂLINESCU

În colaborare cu
Prof. Dr. Călin SCRIPCARU

Editura SEDCOM LIBRIS

Ministerul Sănătății
Spitalul Clinic de Psihiatrie „SOCOLA” Iași
Comisia de Psihiatrie și Psihiatrie Pediatrică
a Ministerului Sănătății

SUPOORT EDUCĂȚIONAL REALIZAT ÎN CONFORMITATE CU PREVEDERILE
PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MENTALĂ

SUBPROGRAMUL 3.1 DE PROFILAXIE
ÎN PATOLOGIA PSIHIATRICALĂ ȘI PSIHOSOCIALĂ

editura

libris

Cartea este o pasiune,
dar pasiunea se împarte...

Editor: Petru RADU
Redactor: Alina FIJCAI
Operare corectură: Carmen ASTĂCIOĂEI
Concepția și realizarea copertei: Ioana ZAHIS
Pre-press: Diana PRELIPCEAN, Tudor HUTU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

MARINESCU, DRAGOȘ

Curriculă de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală: suport educațional realizat în conformitate cu prevederile programului național de sănătate mintală: subprogramul 3.1 de profilaxie în patologia psihiatrică și psihosocială / prof. dr. Dragoș Marinescu (coord.), șef lucrări dr. Cnin Marcian, prof. Veronica Bubulac, prof. Doina Calinescu. – Iași: Sedcom Libris, 2012

Bibliogr.

I.S.B.N. 978-973-670-495-6

I. Marinescu, Dragoș

II. Marcian, Cnin

III. Bubulac, Veronica

IV. Calinescu, Doina

614.253.6:616.89

Copyright © 2012 SEDCOM LIBRIS

Toate drepturile asupra prezentei ediții sunt rezervate Editurii Sedcom Libris, Iași. Reproducerea parțială sau integrală a textelor, prin orice mijloc, precum și a graficului copertei, fără acordul scris al Editurii Sedcom Libris, este interzisă și reprezintă o încălcare a proprietății intelectuale, fiind pedepsită în conformitate cu legislația în vigoare.

Adresa Editurii SEDCOM LIBRIS:

Șos. Moara de Foc nr. 4, cod 700527, Iași, România

Informații, comenzi și propuneri de editare sau colaborare:

Tel.: +40 232 242 877; +40 232 234 580; +40 742 769 772

Fax: +40 232 233 080

E-mailuri: editurasedcomlibris@yahoo.com, editurasedcomlibris@gmail.com

www.editurasedcomlibris.ro

**CURRICULĂ DE INSTRUIRE
PENTRU ASISTENȚII MEDICALI
DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ**

Coordonator:
Prof. Dr. Dragoș MARINESCU

Șef lucrări Dr. Crin MARCIAN
Prof. Veronica BUBULAC
Prof. Dolna CĂLINESCU

În colaborare cu
Prof. Dr. Călin SCRIPCARU

Editura SEDCOM LIBRIS
Iasi, 2012

CUPRINS

PSIHATRIE ȘI NURSING ÎN PSIHATRIE	7
1. INTRODUCERE ÎN TEMA CURRICULUI.....	7
2. SEMNE ȘI SIMPTOME PREZENTE ÎN BOLILE PSIHATRIE -	
SEMIOLOGIE ȘI SINDROMOLOGIE PSIHATRICĂ.....	8
2.1. TULBURĂRI ALE PROCESELOR COGNITIVE.....	9
2.2. TULBURĂRI ALE AFECTIVITĂȚII ȘI VOINȚEI.....	28
3. NURSING ÎN PSIHATRIE.....	73
3.1. NURSA.....	75
3.2. NURSING.....	76
3.3. ROLUL NURSEI.....	77
3.4. FUNCȚIILE NURSEI.....	77
3.5. DOMENII DE ACTIVITATE.....	79
3.6. LOCUL DE MUNCĂ.....	80
4. ASPECTE TEORETICE ALE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE (ALE NURSINGULUI).....	80
4.1. EVOLUȚIA ÎNGRIJIRILOR.....	80
4.2. REORIENTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE.....	82
4.3. ÎNGRIJIRI PRIMARE DE SĂNĂTATE (I.P.S.).....	83
4.4. CADRUL CONCEPTUAL AL ÎNGRIJIRILOR.....	86
4.5. COMPETENȚA ASISTENTULUI MEDICAL.....	88
 Capitolul II	
MODELUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON	91
1. COMPONENTELE ESENȚIALE ALE UNUI MODEL CONCEPTUAL.....	91
2. NEVOILE FUNDAMENTALE.....	93
3. CLASIFICAREA NEVOILOR UMANE DUPĂ TEORIA LUI MASLOW.....	96
4. NEVOIA ȘI HOMEOSTAZIA.....	96
5. INDEPENDENȚĂ ȘI DEPENDENȚĂ ÎN SATISFACTIA NEVOILOR FUNDAMENTALE.....	97
6. SURSELE DE DIFICULTATE.....	101
 Capitolul III	
PROCESUL DE ÎNGRIJIRE	105
1. CULEGEREA DE DATE ȘI APCIEREA.....	107
2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR.....	117
3. PLANIFICAREA ÎNGRIJIRILOR.....	131
4. EXECUTAREA (APLICAREA) ÎNGRIJIRILOR.....	136
5. EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR.....	144

NEVOILE FUNDAMENTALE.....	149
1. NEVOIA DE A SE MIȘCA ȘI DE A AVEA O BUNĂ POSTURĂ.....	149
2. NEVOIA DE A MÂNCA ȘI A BEA.....	157
3. NEVOIA DE A ELIMINA.....	168
4. NEVOIA DE A RESPIRA ȘI A AVEA O BUNĂ CIRCULAȚIE.....	182
5. NEVOIA DE A-ȘI MENȚINE TEMPERATURA CORPILII ÎN LIMITELE NORMALE.....	191
6. NEVOIA DE A FI CURĂȚ, ÎNGRIȚ ȘI DE A-ȘI PROTEJA TEGUMENTELE ȘI MUCOASELE.....	195
7. NEVOIA DE A COMUNICA.....	200
8. NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE.....	204
9. NEVOIA DE A DORMI, A SE ODIHNI.....	207
10. NEVOIA DE A SE RECREA.....	213
11. NEVOIA DE A SE ÎMBRĂCA ȘI DEZBRĂCA.....	215
12. NEVOIA DE A ACȚIONA CONFORM PROPRILOR CONVINȘERI ȘI VALORI, DE A PRACTICA RELIGIA.....	217
13. NEVOIA DE A FI PREOCUPAT ÎN VEDEREA REALIZĂRII.....	219
14. NEVOIA DE A ÎNVĂȚA CUM SĂ-ȘI PĂSTREZE SĂNĂTATEA.....	221
 Capitolul V	
ROLUL NURSEI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI PSIHIATRICE.....	225
1. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE ÎN PSIHIATRIE.....	226
2. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI PSIHIATRICE.....	238
3. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU PSIHOOZ TOXICE.....	241
4. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU NEVROZE.....	245
5. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU SCHIZOFRENIE.....	248
6. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU DEMENȚE.....	250
7. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU OLIGOFRENIE.....	252
8. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU UN COMPORTAMENT DEPRESIV.....	258
9. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE A UNUI PACIENT CU UN COMPORTAMENT MANIACAL.....	261
10. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU UN COMPORTAMENT PSIHOTIC.....	265
11. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE ÎN POLOSUL PACIENȚILOR CU DEMENȚĂ.....	268
12. PUNCTELE SPECIFICE DE ATENȚIE ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR PSIHIATRICI CRONICI (SCHIZOFRENIE).....	271
13. ASPECTELE UNUI PLAN GENERIC ÎN POLOSUL PACIENȚILOR CU UN COMPORTAMENT DE DEPENDENȚĂ.....	273
Bibliografie selectivă.....	279

PSIHIATRIE ȘI NURSING ÎN PSIHIATRIE

I. INTRODUCERE ÎN TEMA CURRICULEI

Modulul **Psihiatrie și Nursing în Psihiatrie** se adresează pregătirii specifice necesare asistentului medical generalist și își propune prezentarea unui set de cunoștințe clinice, etiopatogenice și terapeutice care să permită recunoașterea precoce a afecțiunilor și optimizarea calității asistenței psihiatrice.

Dinamica evolutivă a psihiatriei a determinat, în ultimul secol, trecerea de la o etapă predominant descriptivă, asociată cu un model explicativ de inspirație psihologistă, la modelul medical al bolii psihice, care re-aduce psihiatria în rândul specialităților medicale, conferind fiecărei entități nosologice un model explicativ etiopatogenic, responsabil de tabloul simptomatic și sindromologic, de evoluția bolii și răspunsul terapeutic.

Tulburările psihice prezintă, ca o particularitate comună, situarea lor la granița comprehensibilității medicale, impactul și stigma socială a bolii psihice determinând o scotomizare a patologiei psihiatrice și o tendință de a evita, într-o manieră cât mai îndelungată, diagnosticul psihiatric.

Costurile sociale și economice ale tulburărilor psihice, asocierea acestora cu numeroase comorbidități somatice, precum și tulburările comportamentale determinate de îngrijirea inadecvată a suferințelor psihiatrice impun o reevaluare a dimensiunii psihiatriei în contextul social actual.

O țintă importantă a demersului educativ este reprezentată de depistarea precoce a factorilor de risc și a vulnerabilităților specifice pentru dezvoltarea unei tulburări psihiatrice, precum și a factorilor de risc

determinat de o suferință psihiatrică în generarea unor comorbidități somatice severe (infarctul de miocard, stroke-ul, cancerul) sau a unor atitudini discomportamentale, mergând de la adicția comorbidă pentru substanțe ilegale și culminând cu actele hetero- sau autoagresive (suicidul).

Prezentul material constituie baza teoretică a pregătirii educaționale în domeniul psihiatriei clinice și biologice, fiind utilizat ca suport educațional fundamental, supus unei permanente actualizări, în activitățile didactice formativ-educative specifice. Scopul urmărit este realizarea unei viziuni unitare la toate nivelele echipei de îngrijire complexă ce se ocupă de pacienții cu suferințe psihiatrice.

2. SEMNE ȘI SIMPTOME PREZENTE ÎN BOLILE PSIHIATRICE - SEMILOGIE ȘI SINDROMOLOGIE PSIHIATRICĂ

Principalele funcții psihice sunt determinate de echilibrul între suportul structural cerebral, reprezentat de unitatea celulară neuronală și glială, și capacitatea de întreținere funcțional-metabolică a acestuia prin procesele metabolice, vasculare și de oxigenare. Integritatea funcțională a psihicului constituie oglinda integrității structurale, pe care se suprapun modelele comunicării neurobiochimice reprezentate de neuromediatori și neuromodulatori. În momentul actual, se discută de o stare funcțională latentă (*resting state*) care poate interveni, în mod compensator, în momentele de dezechilibru ale activității cerebrale.

Bolala psihică ar reprezenta, în acest sens, un *pattern* stabil al unei anumite modalități de răspuns patologic a activității cerebrale față de multiplicitatea factori perturbatori: metabolici, vasculari, neurobiochimici sau structurali.

Funcțiile psihice

Cognitive

Senzația
Percepția
Atenția
Memoria
Gândirea
Limbaajul
Imaginația

Afective

- ✓ Dispoziția
- ✓ Reacțiile afective
 - ✓ Emoțiile
 - ✓ Sentimentele
 - ✓ Pasiunile

Conative

- ✓ Motivația
- ✓ Voința
- ✓ Afectivitatea
- ✓ Comportamentul

2.1. TULBURĂRI ALE PROCESELOR COGNITIVE

Semiologia percepției

Senzația este un act psihic elementar, „monomodul”, ce conduce la realizarea unei imagini singulare, a unei însușiri a obiectelor și fenomenelor. Aceasta se realizează prin acțiunea lumii înconjurătoare asupra organelor de simț, prin ea luându-se cunoștință de proprietățile elementare ale materiei.

Percepția este un proces senzorial care se distinge prin sintetism, unitate și integritate, aceasta având capacitatea de a reda realitatea obiectuală în imagini de ansamblu, fapt care îi conferă caracterul „multimodal”.

Cunoașterea lumii se realizează prin întrepătrunderea a două nivele: percepția propriu-zisă și a percepția (condensarea tuturor cunoștințelor și ideilor legate de momentul percepției).

Principalii factori care influențează calitatea percepției ar fi: claritatea câmpului conștiinței; starea anatomo-fiziologică a analizatorului (receptor, căi și zone de proiecție corticală); condițiile în care se realizează percepția; calitatea atenției și a percepției.

Semiologia senzorialității

- PERCEPȚIA = proces psihic prin care cunoașterea realității
externe și interne este realizată obiectiv în conformitate
cu datele primite prin SENZATIA care reprezintă acele modificări ale
stărilor senzoriale și psihice care au caracterul fundamentelor

TULBURĂRI CANTITATIVE ALE PERCEPȚIEI	- HIPERESTEZIA - HIPOESTEZIA - ANESTEZIA
TULBURĂRI CALITATIVE ALE PERCEPȚIEI	- ILUZIA - HALUCINAȚIA - PSEUDOHALUCINAȚIA - HALUCINOZA - CENESTOPATIA

* Agniziile reprezintă o categorie de tulburări calitative ale percepției, corelate cu leziuni cerebrale, fiind specifice patologiei neurologice sau unor afecțiuni neurodegenerative de tipul bolii Alzheimer.

Elemente de neurofiziologie

Percepția se realizează cu ajutorul analizatorilor de tip vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, tactil, proprioceptiv și interoceptiv. Fiecare analizator cuprinde receptori, căi de transmisie și o zonă de proiecție corticală care sintetizează semnalele din periferie, realizând astfel percepția.

Tulburări cantitative

Hiperestezia este trăită ca o impresie de creștere a intensității senzațiilor și apare în surmenaj, neurastenii, prodromele bolilor infecto-contagioase, debutul unor psihoze (mai ales cele paranoide).

Hipoestezia reprezintă scăderea intensității senzațiilor și se întâlnește în stări reactive acute, nevroză și psihoze isterice, tulburări de conștiință, schizofrenie, oligofrenii, demențe.

Anestezia se referă la anularea senzațiilor dureroase și se întâlnește în criza isterică și în cazuri foarte rare de schizofrenie.

Aceste tulburări cantitative sunt funcționale, ele trebuind diferențiate de modificările determinate de leziuni (receptori, căi de conducere) sau induse de substanțe (anestezia chirurgicală).

Tulburări calitative (majore sau productive)

Iluziile sunt definite ca percepții deformate cu obiect real, fiind de două tipuri: *iluzii fiziologice* (optico-geometrice, de volum etc.) caracterizate prin faptul că subiectul își corectează greșeala și *iluzii patologice* pe care bolnavul nu le corectează, ci le consideră veridice în ciuda evidenței lor patologice. Ca și cele fiziologice, acestea sunt caracterizate prin obiectualitate, fiind, întotdeauna, generate de un excitant real.

Unele iluzii nu au ca mecanism o percepție falsă, ci se bazează pe *interpretarea senzorială* în care pacientul identifică obiectul, dar interpretează *cui generis*.

Vom descrie, așadar, iluzii propriu-zise (prin percepție eronată) și interpretări senzoriale.

Iluziile propriu-zise se referă, practic, numai la analizatorul vizual. Acestea pot fi de două tipuri: *comune* și *particulare*.

Iluziile propriu-zise comune sunt subclasificabile, la rândul lor, în: *dismegalopsii* (modificarea dimensiunilor – macropsii, micropsii); *metamorfopsii* (modificarea formei, până la schimbarea completă a obiectului real) și *poropsii* (modificarea distanței față de obiectul perceput).

Iluziile propriu-zise particulare sunt: *pareidolia* (bolnavul interpretează desenele anodine ale unui covor sau perete ca fiind animale fantastice, ochi etc.) și *falsele recunoașteri* (identificarea greșită a persoanelor).

Interpretările senzoriale (percepție corectă sau aproape corectă, cu interpretare eronată) sunt: *vizuale* – iluzia sosilor, variantă particulară a falselor recunoașteri; de exemplu, un pacient cu schizofrenie este convins că, deși mama sa arată la fel sau aproape la fel, nu este cea adevărată, ci numai o înlocuitoare (sosie) a acesteia; *auditive* – diverse sunete sau zgomote percepute au o semnificație particulară (pași sunt ai dușmanilor, cântecul păsărilor din grădină are scopul de a-l descuraja etc.); *viscerale* – perceperea eronată a funcționării unor organe sau aparate; apar în stări hipochondriace, schizofrenie, melancolie (sindrom Cotard), demențe.

Recapitulând, iluziile se pot întâlni la: oamenii normali – favorizate de condiții improprii de percepție, sugestibilitate, stări emoționale deosebite; bolnavi cu tulburări funcționale sau leziuni ale receptorilor, ale căilor de conducere sau zonelor integrative (mai ales lobul temporal); bolnavi cu stări febrile, boli infecto-contagioase, intoxicații endogene sau exogene; bolnavi cu stări confuzionale de diverse etiologii; bolnavi nevrotici

(isterici, obsesivo-fobici); bolnavi psihotici (stări delirante și depresive, schizofrenie, psihoze paranoide, demente).

Halucinațiile, definite de Bali ca fiind „percepții fără obiect de perceput”, se clasifică în: halucinații psiho-senzoriale („adevărate”); halucinații psihice („pseudohalucinații”); halucinoze; alte manifestări halucinatorii.

Halucinațiile psiho-senzoriale prezintă următoarele caracteristici: proiecție spațială – fenomenele halucinatorii sunt situate de bolnav în câmpul perceptiv (câmpin) sau dincolo de limitele acestuia (extracâmpin); bolnavul are convingerea fermă a existenței reale a acestora; sunt percepute prin căile și modalitățile senzoriale obișnuite; au grad variabil de intensitate, durată și complexitate (de la elementare până la complexe); pot fi intermitente sau continue; au rezonanță afectivă (de obicei, sunt anxiogene, dar pot fi și plăcute).

După natura senzorială pe care o îmbracă, halucinațiile psihosenzoriale pot fi auditive, vizuale, gustative, olfactive, tactile și corporale (proprioceptive și interoceptive).

Halucinațiile psihice sunt autoreprezentări apercceptive, fără proiecție spațială, care se desfășoară „în minte”, „în cap”, „în interiorul corpului” bolnavului. Bolnavii sunt convingeți de realitatea existenței lor, resimțindu-le ca fiind rezultatul unor acțiuni ce vin din afară, având caracterul de „făcute” sau provocate de cineva. Se caracterizează prin straniețe, exogenitate și automatism.

Pseudohalucinațiile depășesc domeniul analizatorilor, cuprinzând o serie de fenomene impuse, legate de gândire, stări emoționale și chiar de motricitate.

După aria de manifestare, **pseudohalucinațiile** se clasifică în: *auditive* – ecoul gândirii, sonorizarea gândirii, voci interioare; *vizuale* – scene „în cap”, diverse imagini în spațiul subiectiv; *gustative și olfactive* (gusturi și mirosuri provocate, „făcute”); *tactile* – apar sub forma unor senzații extrem de neplăcute și penibile (de exemplu, „biciuirea neutronică”); *corporale* – legate de noțiunea de „lipsă de libertate interioară”, „de stăpânire interioară”, „de influență”; *psihestezice* (influențare psihică) – furtul gândirii, ghicitul gândurilor, gânduri impuse, tranzitivism (pacientul simte că ideile sale circulă prin lume și sunt cunoscute de toți), stări emoționale impuse („mă fac să plâng”, „mă fac să râd”), teleghidarea întregii persoane; *kinestezice* (motorii) – se exprimă clinic prin perceperea executării unor mișcări impuse, realizând, în cadrul sindromului

de automatism mintal, două aspecte particulare: halucinații motorii grafice și halucinații motorii verbale.

Halucinozele sunt halucinații a căror semnificație patologică este recunoscută de bolnav; acestea apărând în leziunile neurologice pedunculare (Lhermitte și van Bogaert); leziunile de trunchi cerebral, stările toxice și infecțioase.

Alte manifestări halucinatorii sunt: *halucinațiile funcționale* – percepția unor excitanți obiectivi determinând apariția unor false percepții de tip halucinatoriu (de exemplu, apa ce curge la robinet este percepută sub forma unor voci care îl injuriează pe bolnav); caracteristic acestor halucinații este faptul că sunt percepute atâta timp cât există excitantul real; *halucinoidele* – fenomene psihopatologice de aspect halucinatoriu, situate între reprezentări vii și halucinații vagi, ce nu reușesc să-l convingă pe deplin bolnavul asupra existenței lor reale; *imaginile eidetice* – reproiectarea în exterior a imaginilor unor obiecte sau ființe, la persoane dotate cu forțe receptive deosebite; *halucinațiile fiziologice* – acestea apărând la alternarea stărilor de veghe și somn; se denumesc *hipnagogice* cele de adormire și *hipnopompice*, cele de trezire.

Importanța clinică a fenomenelor halucinatorii este diversă și complexă, după cum urmează: halucinațiile elementare și mai ales halucinozele au valoare orientativă în ceea ce privește localizarea suferințelor cerebrale; halucinațiile psihosenzoriale și mai ales pseudohalucinațiile aparțin, în marea lor majoritate, tulburărilor psihice de intensitate psihotică (sindroame paranoide); au caracter de urgență medicală, întrucât experiența halucinatorie este intens trăită de bolnav, cu mare încălcare anxioasă, generând un comportament de apărare (comportament halucinatoriu), cu potențial auto- și heteroagresiv; în cadrul psihozelor paranoide, bolnavul poate nega existența halucinațiilor, ceea ce reprezintă disimularea fenomenelor halucinatorii; pseudohalucinațiile fac parte integrantă din sindromul de automatism mintal descris de Kandinsky și Clerambault, specific schizofreniei paranoide și parafreniei.

Cenestopatia (termen introdus de Dupré) este o senzație neplăcută situată în corp, nejustificată prin recepție sau suport anatomo-fiziologic. Se caracterizează prin: extremă fugacitate; absurditate anatomo-fiziologică; modalitate „personală” de prezentare.

Aceasta aparține nevrozelor și unor debuturi psihotice, semnificând deficit de comunicare, gândire magică sau nivel socio-cultural redus. Strict semiologic, ar putea fi situată între iluzie și halucinoză.

Aгноziile sunt tulburări de percepție determinate de un defect de integrare gnozie și având semnificație clinică în ceea ce privește localizarea leziunilor cerebrale (studiul lor aparține neurologiei). Exemple: *agnozia vizuală* (cecitatea psihică) – leziunea lobului occipital; *prosopagnozia* (nerocunoașterea fizionomiilor cunoscute) – leziuni ale emisferului drept; *agnozia culorilor* – leziuni ale emisferului stâng; *agnozia auditivă* (surditatea psihică) – leziuni bilaterale de lob temporal.

Semiologia atenției

Atenția (prosexia) este o funcție psihică elementară prezentă în orice sector sau moment al existenței conștiente (totală și ubicuitară). Aceasta direcționează procesele cognitive și are un important rol adaptativ, mediind contactul între lumea interioară și cea exterioară.

Scopul acesteia îl constituie autoreglarea activității psihice pe micro-intervale, în mod intermitent.

Calitățile (însușirile) identificate sunt: stabilitate și mobilitate; volum și concentrare; distributivitate (atenție selectivă).

Clasificarea vizează identificarea mai multor tipuri de atenție: *involuntară* – reacția de orientare nespecifică; *voluntară* – reacția de orientare specifică; *habituală* – starea de pregătire pentru o recepție corectă.

Acțiunile (cu implicarea altor procese psihice) au în vedere următoarele aspecte: selectarea mesajelor; ajustarea anticipativă; polarizarea intermitentă a vieții psihice.

Subordonarea vizează claritatea conștiinței, stările afective și personalitatea.

Semiologia atenției

ATENȚIA (PROCEESUL)

înțeles ca: atenția este procesul și funcția psihică prin care se realizează selecția și organizarea informației din mediul înconjurător în funcție de scopul activității (conținutul activității).

Etimologie: de la *attendo* - a aștepta.

ATRIBUTELE ATENȚIEI

- CONCENTRAREA: atenția se focalizează pe un anumit stimul (obiect); crescând eficacitatea percepției, se poate realiza fără efort (datorită curiozității, interesului) sau poate necesita un efort al voinței.
- DISPERSIA: aria de atenție superficială din jurul focarului de concentrare a atenției, în care obiectele sunt percepute mai puțin clar.
- PERSISTENȚA: capacitatea de a menține atenția la un nivel optim de concentrare.
- MOBILITATEA: capacitatea de a comuta atenția pe un alt obiect când necesitatea o impune.

Vigilența atenției este definită după cum urmează: „capacitatea de a putea răspunde corect la problematica pusă de mediul înconjurător”. Depinde de celelalte instanțe psihologice ale individului, dar mai ales de claritatea câmpului de conștiință, calitatea memoriei și nivelul cognitiv. Aceste instanțe realizează *reacția de orientare*, care poate fi: *nespecifică* – reflexă sau învățată – de exemplu, întoarcerea capului spre direcția unde s-a produs un zgomot puternic sau închiderea ochilor în momentul unei lumini puternice; *specifică* – motivată (cognitiv sau afectiv), de exemplu, orientarea spre jocul adversarului într-un meci de box.

Orientarea se poate exprima în plan verbal (orientarea verbală) sau comportamental (orientarea practică).

Diminuarea vigilenței atenției se asociază frecvent confuziei mintale, conducând la mari *tulburări de orientare* în ceea ce privește: *orientarea temporală* (situarea corectă în timp a propriei persoane și capacitatea elaborării unor planuri în timp); *orientarea spațială* (identificarea corectă a spațiului imediat și capacitatea elaborării unor scheme spațiale); *orientarea asupra altor persoane* (allopsihică); *orientarea asupra propriei persoane* (autopsihică).

Semiologia atenției

MODIFICĂRI CANTITATIVE ALE ATENȚIEI

HIPOPROSEXIA: – creșterea atenției:

- de concentrare și persistență (depresie, anxietate pentru exterior);
- de dispersie și mobilitate (depresie).

HIPERPROSEXIA: – diminuarea atenției:

- de concentrare și persistență (personalitate epileptoidă, depresie – pentru propria suferință);
- de dispersie și mobilitate (manie).

APROSEXIA: – abuzarea atenției

- retard mental sever, demențe, stări confuzionale.

Elemente de neurofiziologie

Atenția este legată în special de sistemul reticulat activator ascendent al trunchiului cerebral care are un efect tonic, difuz și durabil asupra cortexului. Formațiunea reticulată diencefalică are efecte de scurtă durată, fiind importantă pentru mobilizarea atenției.

Formațiunea reticulată exercită un rol protector asupra cortexului, permițând trecerea anumitor mesaje (filtru). Există un filtraj negativ pentru stimuli inutili, care nu mai „activează” creierul și un filtraj pozitiv care favorizează accesul stimulilor relevanți către cortex. Prin acest mecanism, se realizează concentrarea și stabilitatea atenției. Un alt mecanism care intervine în stabilitatea atenției este habituarea senzorială: stimuli repetitivi devin, după o vreme, nesemnificativi și nu mai sunt selectați.

Contradicția dintre impulsurile activator-facilitatoare ascendente și cele inhibitor-moderatoare descendente este foarte importantă pentru funcționarea optimă a atenției.

Tulburările atenției (disprosexiile)

Atenția în psihopatologie nu poate fi privită într-un singur plan ca în psihologie, ci într-o manieră sincronă cu alte funcții și procese psihice, ceea ce creează premisa unei viziuni integrative și nu analitice.

Hiperprosexia poate prezenta două variante: *globală* sau *nespecifică* – se observă în stări maniacale, psihoze delirante și *hipervigilantă*

(sectorizată sau specifică) care se întâlnește în melancolie, paranoia, nevruza obsesiv-fobică.

Hipoprosesia reprezintă un deficit de filtraj al informațiilor și dificultăți de selectare a răspunsurilor. Apare în tulburările câmpului conștiinței, nedevelopările sau deteriorările de intelect și personalitate, schizofrenie, nevroze, surmenaj.

Aprosesia apare în stări confuzionale grave, stări comatoase.

Semiologia memoriei

Memoria este un proces psihic cognitiv care fixează și stochează (depozițează) informațiile, asigurând evocarea și recunoașterea experienței trăite. Reprezintă „zestrea persoanei” și se compune, în mod analitic, din: memoria perceptuală (percepțiile trăite); memoria gândirii; memoria afectivității; memoria activității.

Delay extinde noțiunea și descrie: *memoria biologică* (filo- și ontogenetică); *memoria socială* (propriu-zisă, ca proces psihic); *memoria autistă* (probabil, manifestă în vis și în bolile psihice).

Sectoarele cronologice ale memoriei sunt două: psihopatologic (memoria de fixare și memoria de evocare voluntară sau automată) și psihologic (memoria imediată, memoria recentă și memoria de lungă durată).

Semiologia memoriei

MEMORIA

- proces psihic complex cu ajutorul căruia se realizează înțipărirea (fixarea), păstrarea (conservarea) și evocarea (reactualizarea) unor experiențe.

TULBURĂRILE DE MEMORIE	HIPERMNEZIILE
	HIPOMNEZIILE
	AMNEZIILE
	PARAMNEZIILE

Elemente de neurofiziologie

Memoria pare a avea un suport material – engrama, aceasta fiind constituită din acid ribonucleic (ARN), cantitatea de ARN crescând în procesul învățării, odată cu memorizarea.

Din punct de vedere anatomic, Papez a descris, ca suport al memoriei, un circuit cortico-subcortical (care-i poartă numele): *hipocamp – fornix – corpi mamilari – talamus – girus cinguli – hipocamp*. Acest circuit ar fi în strânsă legătură cu cortexul prefrontal.

O serie de argumente vin în sprijinul importanței acestui circuit pentru memorie: instalarea afaziei în leziunile lobului temporal dominant, concentrația superioară de ARN în zonele respective, lezarea aproape constantă a corpurilor mamilare în sindromul Korsakov (amnestic).

Prezența hipocampului ar putea explica așa-numita memorie afectivă (este bine cunoscut faptul că reținem mai bine evenimentele cu încărcătură afectivă mai mare).

Din punct de vedere bioelectric, s-a admis ipoteza circuitelor reverberante. Aceste rețele de neuroni ar juca un rol de „amplificator” care determină stocarea informațiilor prin creșterea excitabilității neuronale.

Putem, așadar, afirma că, în funcționarea memoriei, sunt implicate atât mecanisme bioelectrice și biochimice (memoria imediată și de scurtă durată), cât și mecanisme structurale (memoria de lungă durată).

Tulburări (dismnezii) cantitative

Hipoamezia este scăderea, în diferite grade, a funcțiilor mnemice (stări confuzionale și sindroame deficitare ușoare, patologia vârstei înaintate).

Amnezia reprezintă prăbușirea funcției mnemice (sindroame deficitare și stări confuzionale grave, sindrom Korsakov). Aceasta poate fi de mai multe tipuri: *anterogradă* (de fixare), cu alterarea fixării și conservarea evocării; *antero-retrogradă* – amnezie progresivă ce alterează atât fixarea, cât și evocarea; *lacunară*, ce delimitează o perioadă în care fixarea nu s-a efectuat (goluri de memorie); *selectivă* (tematică), reprezentând uitarea unor anumite evenimente sau persoane în relație cu o puternică încărcătură afectivă.

În legătură cu ordinea instalării amneziei, Delay elaborează *legea disoluției memoriei* (pierderea amintirilor se petrece de la complex la simplu), pe baza legii regresiei memoriei a lui Ribot (amintirile se pierd în ordinea inversă achizițiilor).

Hipermneziile reprezintă exagerarea evocărilor (sindromul maniacal și paranoia). În general, se rețin mai bine evenimentele cu încălzire afectivă crescută. O variantă deosebită ar fi *viziunea retrospectivă* (iderularea unor perioade lungi de viață în câteva secunde) întâlnită în situații-limită.

Tulburările (dismneziile) calitative

Acestea reprezintă amintiri deformate, neconforme cu realitatea: *criptomnezia* – evocarea unor conținuturi netrăite de pacient (mai frecvent, materiale științifice, artistice), acesta fiind convins că îi aparțin (deteriorări de personalitate, paranoia); *instrăinarea amintirilor* – pacientul nu recunoaște apartenența unor experiențe trăite, considerându-le ca auzite sau citite (fenomen invers criptomneziei, întâlnit în deteriorări de personalitate); *falsă recunoaștere mnezică (déjà vu, déjà vécu)* – pacientul recunoaște persoane și situații pe care nu le-a cunoscut sau trăit; fenomenul opus – *falsă nerecunoaștere (jamais vu, jamais vécu)*; *paramnezia de reduplicare Pick* – dedublarea evenimentelor trăite, cu senzația că s-a aflat în situații asemănătoare, dar nu identice; *pseudoreminiscențele* – falsificare a ordinii cronologice, adică trăirea, în prezent, a unor evenimente reale din trecut; *confabulația* (halucinație de memorie) – pacientul „umple” goluri din memorie cu evenimente netrăite sau total greșit plasate în timp; în general, apar la insistența examinatorului (caracter provocat); După a descris trei variante de confabulație, după conținut: „de încurcătură”, „de jenă”; mnezice (conținut verosimil); fantastice și onirice; din cauza caracterului lor neintenționat, au mai fost numite „minciuni adevărate”, fiind specifice sindromului Korsakov; *ecmnezia* – pacientul confundă trecutul cu prezentul, re trăiește cu intensitatea prezentului perioade de mult trecute (demență senilă).

O variantă particulară, dificil de încadrat, este *anecforia* care constă în posibilitatea evocării unor evenimente pe care subiectul le credea uitate.

Semiologia gândirii

Gândirea este un proces central al vieții psihice care realizează o reflectare mijlocită și generalizată a realității, cu evidențierea esențialului și abstractului, pe baza experienței și prelucrării informațiilor. Operațiile gândirii, la nivel elementar, sunt: *analiza* – procesul de descompunere a obiectelor în părți componente; *sinteza* – procesul de reunire a

părților componente într-un tot unitar; *comparația* – prin care se stabilește asemănarea sau deosebirea dintre obiecte și fenomene; *generalizarea* – grupează obiectele și fenomenele după caracteristicile lor comune; *individualizarea* – revine la individ pe baza caracteristicilor particulare; *abstractizarea* – permite diferențierea însușirilor esențiale de cele neesențiale; *concretizarea* – reconstruiește mental obiectul sau fenomenul în totalitatea trăsăturilor caracteristice.

La nivel logic, gândirea operează cu noțiuni, judecăți și raționamente.

Noțiunea reprezintă conceptul verbalizat ce cristalizează însușirile comune și esențiale ale obiectelor și fenomenelor.

Judecata constă în stabilirea unor relații logice între noțiuni, reflectând raporturile existente între obiectele și fenomenele din realitate.

Raționamentul grupează logic mai multe judecăți, obținând elemente noi asupra raporturilor existente în realitate. După structură, raționamentul poate fi: *inductiv* – extragerea unei concluzii generale din câteva judecăți particulare și *deductiv* – extragerea mai multor concluzii particulare dintr-un adevăr deja demonstrat sau postulat (axiomatic).

Un rol important în procesul gândirii îl au *asociațiile* între noțiuni, realizate prin următoarele mecanisme: contiguitate, asemănare, contrast, cauzalitate. După tipurile dominante de asociații, *gândirea* se consideră a fi *asociativ-mecanică* (asociații prin contiguitate, asemănare și contrast) sau *asociativ-logică* (asociații prin cauzalitate).

Semiologia gândirii

GÂNDIREA

(Gândirea reprezintă funcția psihică prin care sunt obținute cunoștințele despre lume și sine)

TULBURĂRILE CANTITATIVE ALE GÂNDIRII	<ul style="list-style-type: none"> - ACCELERAREA PATOLOGICĂ A RITMULUI IDEATIV - ÎNCETINIREA RITMULUI IDEATIV - TULBURĂRI ALE FLUENTEI GÂNDIRII - TULBURĂRI ÎN PRODUCTIVITATEA GÂNDIRII
TULBURĂRI CALITATIVE ALE GÂNDIRII	<ul style="list-style-type: none"> AUTISMUL SAU GÂNDIREA DEREGATĂ RAȚIONAMENTUL MORBID ASOCIAȚIILE INSOLITE ASOCIAȚIILE SUPERFICIALE ASOCIAȚIILE CIRCUMSTANȚIALE DISOCIAȚIA INCOERENȚĂ ANDELIȚIA
TULBURĂRI ÎN CONȚINUTUL GÂNDIRII	<ul style="list-style-type: none"> IDEI PREVALENTE IDEI DOMINANTE IDEI OBSESEIVE IDEI DELIRANTE

Tulburările gândirii sunt de mai multe tipuri: *de formă* (de ritm (flux) ideativ și coerență); *de conținut* (ideile patologice); *deficitare*; *tulburările limbajului vorbit și scris*.

Tulburările de ritm și coerență

Tahipsihia reprezintă accelerarea fluxului ideativ, însoțită de o accelerare cvasiglobală a vieții psihice; se întâlnește în sindromul maniaco-depresiv, schizofrenia hebefrenică, intoxicații, stări de excitație psihomotorie.

O formă particulară, relativ specifică sindromului maniaco-depresiv, este „fuga de idei”, în care pacientul trece rapid de la un subiect la altul, face asociații prin asonanță, rime, fără a fi incoerent.

Mentismul este descris ca o desfășurare rapidă și incoercibilă a reprezentărilor și ideilor. Se întâlnește în stări de tensiune emoțională, obsesivă, intoxicații cu excitante, sindromul obsesiv, schizofrenie (unde îmbracă un caracter particular, mentismul xenopatic).

Bradipsihia reprezintă încetinirea ritmului ideativ, însoțită de o încetinire globală a vieții psihice; se întâlnește în stări de epuizare, sindrom depresiv, schizofrenie, sindroame psihoorganice, sindroame deficitare.

Vâscozitatea psihică și adevizivitatea sunt forme specifice de lentitate ideativă în epilepsie.

Fading-ul mintal este o încetinire treptată (epuizare) a fluxului ideativ, mergând până la oprire, eventual, cu reluarea progresivă a acestuia; apare în schizofrenie.

Barajul ideativ, descris ca oprirea bruscă a fluxului ideativ, deci și a discursului, este caracteristic schizofreniei.

Scăderea productivității ideilor dă impresia de sărăcie ideativă, mergând până la stereotipia tematică (monoidee). Apare în surmenaj, schizofrenie, stări depresive, demențe.

Anideea reprezintă dispariția, în totalitate, a fluxului ideativ și nu poate fi acceptată decât în stările comatoase profunde.

Tulburarea legăturilor asociative (Bleuler – simptom fundamental în schizofrenie) constă în scăderea sau pierderea caracterului logic al asociațiilor. A mai fost numită „ataxie intrapsihică” (Stranski).

Incoerența reprezintă o tulburare în care conținuturile gândirii își pierd legăturile logice, în diverse grade, de la nivelul ideativ la cel noțional. *Schizofrenia* este forma extremă a incoerenței, în care gândirea devine un amalgam de noțiuni. Se exprimă prin „salata de cuvinte” sau/și verbigerare.

Verbigeratia (termen introdus de Kahlbaum) desemnează un discurs redus la o suită de cuvinte lipsite de sens sau neologisme, care se declanșează cvasiautomat pe durata a câteva ore, debitate pe un ton patetic sau cântat (litania declamativă a lui Chaslin). Această tulburare se observă în regresia schizofrenică foarte accentuată.

Incoerența gândirii, clasic specifică schizofreniei, se poate întâlni și în stările confuzionale, sindroamele deficitare (nedezvoltarea sau deteriorarea personalității).

Tulburările de conținut

Acestea se referă, în primul rând, la ideile patologice. Principalele caracteristici ale ideilor patologice sunt persistența și/sau slăbirea sau chiar pierderea relațiilor cu realitatea. O altă dimensiune importantă a ideilor patologice constă în relațiile acestora cu personalitatea pacientului. În cadrul ideilor patologice, se descriu: ideea fixă, ideea prevalentă, ideea delirantă și ideea obsesivă.

Ideea fixă (dominantă) se impune pe perioade lungi gândirii subiectului, influențând comportamentul acestuia. Poate fi reversibilă și aparține, în general, sferei normalului, dar poate fi întâlnită și în psiho-

patologie, ca de exemplu, în melancolie (monoidism), după stări onirice (ideea fixă post-onirică), în psihopatii.

Ideea prevalentă reprezintă, de fapt, un mod de gândire, în care elemente din realitate sunt înglobate (forțate) ca argumente în sprijinul unei idei. Relațiile cu realitatea sunt deformate, subiectul utilizând o logică proprie, subiectivă, denumită în psihopatologie „mecanism interpretativ”. Are tendință la dezvoltare (prin „construcția” de noi argumente bazate pe o semantică personală) și potențial psihopatologic delirant. Ideea prevalentă apare în: psihoze reactive, stări post-onirice, psihoza mania-co-depresivă, stări hipocondriace și în toate stările predelirante (pregătește și potențează „invasia delirantă”).

Ideea delirantă este reprezentată de judecățile și raționamentele care reflectă, în mod eronat, realitatea și modifică, în sensul lor patologic, concepția despre lume a bolnavului, precum și comportamentul său. Are următoarele caracteristici: este o judecată eronată ce stăpânește și domină conștiința bolnavului, modificându-i, în sens patologic, comportamentul; este impenetrabilă la contraargumente și inabordabilă prin confruntare, în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea; este incompatibilă cu existența atitudinii critice, bolnavul fiind lipsit de capacitatea de a sesiza esența ei patologică.

Ideea delirantă este specifică tulburărilor psihice de intensitate psihotică, realizând delirul (una sau mai multe idei delirante bine constituite) – partea cea mai spectaculoasă a semiologiei psihiatrice.

Conținutul (tematica) delirului se referă la: *idei delirante expansive* (expansiunea delirantă a Eului); de mărire, bogăție, grandoare, invenție, reformă, filiație, erotomanie, delirul mistico-religios; *idei delirante depressive* (retracția delirantă a Eului); de negație, autoacuzare, anticipare catastrofică, vinovăție (culpabilitate), ruină socială, morală, materială, pierdere a stimei de sine, lipsă de demnitate, incapacitate, autoliză (suicidare), hipocondriace; *idei delirante de persecuție*: delirul de prejudiciu (material, moral), delirul de urmărire/supraveghere, delirul de influență exterioară, delirul de otrăvire sau amenințare a vieții prin diferite mijloace și metode; *idei delirante mixte*: delirul de interpretare (de gelozie, de relație), delirul metafizic.

Conținutul delirului vizează: *delirul sistematizat* – în care există un nucleu de idei delirante stabile, exprimate coerent și comprehensibil; exemplul clasic îl reprezintă delirul paranoic; *delirul nesistematizat* – în

care ideile delirante se succed fără legătură, nu au stabilitate în timp și au, cel mai adesea, un caracter de incomprehensibilitate (de exemplu, delirurile cronice din schizofrenie și parafrenie).

După volumul delirului, sunt identificate: *delirul bogat – polimorf*; *delirul sărac* și *delirul rezidual*.

În funcție de modalitățile de apariție a delirului, sunt identificate două tipuri de delir: *delirul primar*, specific schizofreniei (dispoziția delirantă (pregătirea delirantă), percepția delirantă, intuiția delirantă, automatismul mental) și *delirul secundar* (prin prelucrarea delirului primar, prin mecanism halucinatoriu, prin mecanism interpretativ).

Ideea obsesivă asediază gândirea (lat. *obsidio* = „a asedia”), impunându-se conștiinței, deși este în dezacord cu personalitatea individului. Acesta îi sesizează caracterul parazit sau patologic și încearcă să scape de ea. Clinic, poate îmbrăca următoarele forme: „*boala îndoielii*”, „*boala scrupulelor*”, în care subiectul se află într-un perpetuu dubiu, întrebându-se și analizând continuu eventualele posibilități; *amintirile și reprezentările obsesive* care se exprimă clinic prin perseverarea, resimțită penibil de bolnav, a rememorării unor evenimente neplăcute; *obsesiile fobice* sau *fobiile* ce reprezintă temeri nejustificate cu obiect real; *obsesiile impulsive* sau *compulsiunile* care reprezintă teama de a nu comite acte impulsive cu consecințe negative pentru subiect; *acțiunile obsesive* (conduite de evitare, ritualuri și ceremonialuri obsesive).

Spre deosebire de celelalte idei patologice, ideea obsesivă se află în dezacord cu personalitatea subiectului care acționează împotriva obsesiei și nu în sprijinul ei.

Toate aceste tulburări sunt specifice nevrozei obsesivo-fobice sau psihopatiei psihastenice, dar pot fi întâlnite și în fazele de debut ale schizofreniei.

Tulburările deficitare ale gândirii

După etiologia lor, tulburările de tip deficitar pot fi grupate în două mari categorii: *deficit de gândire prin nedezvoltarea personalității* – întâlnit în oligofrenii și *deficit de gândire prin deteriorarea personalității* – întâlnit în sindroamele deteriorative și dementiale.

Semiologia tulburărilor de limbaj

Reprezintă o dublă verigă neurologică și psihică, în tulburările limbajului vorbit, fiind implicate o serie de anomalii de neurodezvoltare care îngerează o vulnerabilitate de tip disconectiv ce poate fi asociată sau nu tulburărilor cantitative ale gândirii, incapacitatea de expresie corectă a limbajului vorbit nefiind simetrică cu deficitul cognitiv.

Semiologia limbajului

Limbajul este definit, cel mai adesea, ca fiind activitatea mijloc de comunicare între oameni.

- TULBURĂRILE EXPRESIEI VERBALE
- EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ
- POSTURA
- TULBURĂRILE CONDUITEI MOTORII

Tulburările limbajului vorbit și ale expresiei verbale

Acestea cuprind o serie de aspecte specifice, încadrabile în interpretarea atitudinii de comunicare a pacientului cu anturajul și considerate de unii autori ca fiind tulburări de comunicare.

Tulburările formale ale vorbirii pot fi corelate cu: *debitul verbal* care se caracterizează prin creșterea debitului - bavardajul; *creșterea fluxului cuvintelor* caracteristică persoanelor sănătoase, vorbărețe, paranoia; *logoreea* - ritm și debit verbal crescut care apare în episoadele maniacale, în agitația psihomotorie; *mutismul*: absența vorbirii printr-o inhibiție de natură afectivă, care apare în stările de stupeoare, catatonie, isterie, depresie, tulburările cronice delirante; *mutacismul*: asemănător cu mutismul - un mutism deliberat, care apare în simulare și la histrionici.

Ritmul discursului este marcat de: *accelerarea ritmului (tahilalie)* care apare în oboseală, surescitare, insomnie, intoxicație acută; *inceti-*

nirea ritmului (*bradifonie*) care apare în depresie, demență, retard mintal, epilepsie; *afemie* – imposibilitatea vorbirii, în ciuda eforturilor mimice și gestuale; este rară.

Intonația se referă la intensitatea vorbirii: *voce de intensitate crescută* – tonalitate înaltă, strigăte, interjecții, injurii; apare în excitația maniacală, hipomaniacală, intoxicații acute, sindroame paranoide (în special în tulburările de personalitate de tip paranoid); *voce de intensitate scăzută, șoptită* – caracterizează, cu precădere, depresia, histrionismul.

Tulburări fonetice, semantice și sintactice

Tulburări ale foneticii – de articulație și de pronunție – apar în halbismul tonic, clonic sau tonico-clonic, în boala ticurilor.

Tulburările semanticii și sintactice afectează înțelesul cuvintelor. Acestea au fost identificate după cum urmează: *paralogismul* – cuvânt uzual folosit în alt sens (apare în schizofrenie); *neologismul* – creează cuvinte noi (apare, de asemenea, în schizofrenie); *agramatismul* – utilizarea unui limbaj telegrafic, redus la esență; *stereotipiile* – repetarea monotonă de cuvinte izolate cu caracter ritmat; *ecolalia* – repetarea cuvintelor și intonației interlocutorului (în demență); *psitacismul* (vorbierea de papagal) – vorbire lipsită de sens; *verbigeratia* – debitarea unor cuvinte fără sens; forma extremă este cunoscută sub denumirea de „salată de cuvinte”; *schizofazia* – debutează cu un discurs destul de comprehensibil, apoi se transformă într-un limbaj ermetic; *jargonofazia* – crearea unui limbaj nou; *incoerența* – alterarea maximă a vorbirii.

Tulburările specifice ale limbajului vorbit reprezintă interpretări semiologice ale tulburărilor generice de limbaj. În cadrul unei organizări de inspirație neurobiologică.

Dislogiile (tulburări mentale ale limbajului) sunt tulburări de formă ale activității verbale și tulburări de conținut ale funcției lingvistice (semantice).

Prin tulburările de formă ale activității verbale sunt vizate hiperactivitatea verbală (simplă, logoreea, bavardajul, verbigeratia) și hipoactivitatea verbală (bradifemia, mutismul, afemia).

Tulburările de conținut ale funcției lingvistice (semantice) vizează paralogismele și neologismele.

Disfaziile sunt sinonime ale afaziilor.

Dislaliile sunt tulburări de pronunțare: *rotacism, sigmatism, balism tonic sau clonic*.

Aspecte particulare ale discursului la psihotici

Glosomania este o formă de discurs în care cuvintele sunt folosite (alese) nu după intenția de a comunica, ci în funcție de calitățile lor intrinseci de formă (asonanță) sau de sens (omonime, sinonime, antonime).

Glosolalia este un discurs pe care auditorul îl percepe ca neologic (există „mai multe limbaže neologice”). Această tulburare se deosebește de jargonafazie prin faptul că este un monolog adaptat unei teme (scop) ca propagandă, rugăciune etc., iar jargonul glosolalic se observă numai în dialog.

N. Andreasen (1979) realizează un studiu extrem de interesant asupra discursului bolnavilor psihotici (depresivi, maniacali și schizofreni), analizând 113 pacienți diagnosticați după criteriile RDC (*Research Diagnostic Criteria*). Rezultatele arată că unele sunt excepționale (indiferent de diagnostic): barajul, ecolalia, neologismele, paralogismele.

La depresivi, nu s-au decolat veritabile tulburări ale comportamentului verbal, ci numai o încetinire și o oarecare sărăcire a conținutului, dar discursul nu este niciodată ilogic sau incoerent.

La maniacali, a predominat logoreea (mai mult de 150 de cuvinte pe minut), fuga de idei și distractibilitatea (în acest caz, stimuli exteriori determinând divagația discursului).

La schizofreni, tulburările au variat după stadiul de evoluție al bolii, cele mai frecvente fiind: relaxarea asociațiilor, ilogismele, sărăcirea discursului (răspunsuri scurte și elaborate), sărăcirea conținutului discursului (vag, lipsit de informație, hiperconcret sau hiperabstract, repetitiv, stereotip), răspunsurile *afături*, discursul tangențial, incoerența.

Comportamentul verbal al schizofrenului nu este uniform și variază de la un pacient la altul, iar la același pacient, de la un moment evolutiv la altul. Barajele, neologismele, paralogismele și schizofazia, considerate de autorii clasici ca fiind tulburări cvasipatognomonice, sunt rare astăzi și nu aparțin numai schizofreniilor. Ceea ce caracterizează, din punct de vedere formal, discursul bolnavilor schizofreni este discontinuitatea și lipsa de fluență a acestui discurs.

Tulburările limbajului scris sunt de mai multe tipuri: *tulburări psihografice* (corespunzătoare dislogiilor): hiperactivitate grafică (grafo-ree, incontinență grafică) și hipoactivitate grafică; *tulburări morfologice*: grifonaj, scris în oglindă, scris în ghirlandă etc.; *tulburări ale semanticii grafice*: paragramatism și neografisme.

2.2. TULBURĂRI ALE AFECTIVITĂȚII ȘI VOINȚEI

Semiologia afectivității

Afectivitatea este procesul psihic cel mai legat de personalitate, exprimând subiectivitatea și culoarea ființei psihice proprii și determinând, în bună măsură, caracterul original, unic, irepetabil al fiecărei existențe.

Delay definește afectivitatea ca fiind acea stare de dispoziție fundamentală, bogată în conținuturi emoționale și instinctuale, care dă fiecăreia dintre trăirile noastre sufletesti o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi – plăcerea și durerea.

Tulburările afectivității

Afectivitatea este un proces dinamic, evolutiv, în care revine două dimensiuni: a intensității și a calității.

Tulburări cantitative	hipertimia pozitivă hipertimia negativă
Tulburări calitative	Afectivitatea paradoxală Ambivalența afectivă Inversarea afectivă Apăsare afectivă
Tulburări ale dinamicii relațiilor afective	Labilitate afectivă Rigiditate afectivă

Afectivitatea dispune de trăsături „constante”, dar și de manifestări „dinamice”. Din punct de vedere psihologic, afectivitatea cuprinde:

- *Starea de afect*, definită ca o puternică încărcătură emoțională însoțită de modificări mimico-pantomimice și neurovegetative (tahicar-

de oscilații tensionale, paloare sau eritemă facială). Ca reacție emoțională primitivă, în sfera normalului, poate fi exemplificată prin furie, mânie etc.

- **Emoția** exprimă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect și lumea înconjurătoare, fiind o manifestare spontană, bruscă sau de lungă durată, în care tensiunea afectivă are o amplitudine mult diminuată față de starea de afect. Trăirile emoționale se pot împărți, după modul în care satisfac sau nu trebuințele sau aspirațiile subiectului, în *pozitive* (plăcere, satisfacția) și *negative* (neplăcere, frica). De asemenea, în funcție de tonalitatea lor, emoțiile pot fi *stenice* sau *astenice*, după cum cresc sau scad capacitatea de reacție. Sub aspect temporal, emoțiile determină starea afectivă a subiectului într-un moment dat al existenței sale.

- **Dispoziția** reprezintă starea afectivă generală, de fond, cu intensitate medie și durată lungă. Aceasta este determinată atât de gradul de adaptare la ambianță, cât și de starea emoțională, fiind o rezultantă a emoțiilor determinate de mediul extern și intern, combinate cu impulsuri inconștiente.

- **Sentimentele** sunt trăirile cele mai complexe, cu caracter stabil și generalizat, exprimând, în cel mai înalt mod, trăirea raportului subiectului cu mediul ambiant. Acestea angajează întreaga viață psihică și personalitatea, au un obiect precis și influențează comportamentul. Pot fi exemplificate prin prietenie, dragoste, stimă, dar și prin ură, dispreț, invidie.

- **Pasiunile** sunt asemănătoare sentimentelor, deosebindu-se, totuși, prin amplitudinea mai mare a trăirii, prin angajarea mai profundă a persoanei cu puternică instrumentare volitională și polarizare comportamentală. În funcție de orientarea lor, acestea pot fi pozitive (pasiunea pentru artă, știință, profesie) sau negative (egocentrice, individualiste, mizantropice).

Starea afectivă normală poartă denumirea de *eutimie* sau *normotimie*. Această stare nu reprezintă un *status quo* ce dispune de un dinamism intern permanent, ondulant, culisând de la starea de tristețe la cea de bucurie. Tocmai această capacitate de a putea oscila, de a nu rămâne pe o singură direcție dispozițională caracterizează normalul. Cea de-a doua trăsătură esențială este concordanța dispoziției cu evenimentele interne sau externe, precum și cu elementele motivaționale.

Dispoziția, stare de fond a inimii, dă culoare vieții, dar și gândirii noastre. Concordanța între trăirea afectivă și conținutul gândirii poartă denumirea de *catatimie* sau *fenomen de congruență*.

Având ca etalon această eutimie, afectivitatea poate prezenta: tulburări cantitative, tulburări calitative și aspecte particulare.

Tulburările cantitative

Hipertimia reprezintă o creștere a tonalității și intensității afective, depășind capacitatea integrativă și adaptativă a personalității. Aceasta constituie, de fapt, o exacerbare patologică a dispoziției spre polul pozitiv (euforia) sau spre polul negativ (depresia).

Hipertimia pozitivă - euforia („veselia patologică”, dispoziția expansivă) se caracterizează prin exaltare dispozițională, o stare de foarte bine și de satisfacție, optimism exagerat, supraestimare, megalomanie, dezinhibiție instinctuală și volițională. Această stare se poate însoți de idei catatime, idei delirante expansive sau de o idee în neconcordanță cu tonalitatea afectivă - idei delirante incongruente. Aceste tulburări se întâlnesc, în mod specific, în cadrul episodului maniacal din boala afectivă. Atunci când tulburarea este însoțită de incongruență ideativă, este vorba de o tulburare schizoafectivă, iar când intensitatea este de mică amplitudine, vorbim despre *hipomanie* (stare hipomaniacală).

În cadrul psihopatilor, se descrie timopatul euforic, apropiat hipomaniacalului, dar la care trăsătura dominantă este cea a inadaptabilității sociale, familiale și profesionale.

Euforia (dispoziția expansivă) mai poate fi întâlnită în intoxicații exogene (alcool, amfetamine, cafeină, cocaină, LSD etc.); iatrogenii (după administrare de hormoni tiroidieni, cortizoni); pe fond organic cerebral, când, alături de tulburarea afectivă, se decelează fenomene deteriorative ale intelectului și personalității (paraliză generală progresivă) sau sindromul moriatic în patologia de lob frontal (euforia este caracterizată printr-o tendință la glume cu tentă pornografică, calambururi, jocuri de cuvinte puerile pe fondul unui deficit intelectual și al scăderii simțului moral).

Starea euforică însoțește frecvent, probabil tot prin componentă frontală, scleroza multiplă în stadiul terminal și așa-numita „boală a ticurilor” (maladia Gilles de la Tourette), caracterizată prin euforie nătângă și vorbire scatologică.

În cadrul schizofreniei bebefrenice, se întâlnește pseudoexpansivitatea, o veselie neroadă, rece, puerilă.

Hipertimia negativă – depresia este caracterizată prin tristețe profundă, dezgust de viață, cantonarea într-un trecut existențial plin de evenimente negative și trăirea unui prezent chinuitor și lipsit de speranță, la care se poate adăuga comportamentul suicidar.

Depresia severă este însoțită de alte tulburări: *pierderea stimei de sine*; *tristețea vitală* – trăirea dureroasă a lui „a fi în lume”; *durerea morală* – torturarea Eului de către Supraeul absolut; *anhedonia* – pierderea capacității de a trăi bucuria, sinonimă cu pierderea interesului și a plăcerii pentru activități habituale care, altădată, îi făceau plăcere; *anestezia psihică dureroasă* – în care bolnavul se plânge că nu mai poate „trăi afectivitatea”, se simte golit de sentimente. Dispoziția depresivă determină bradipsihie și inhibiție instinctual-volițională, mergând până la starea stuporoasă (melancolia stuporoasă sau depresia inhibată). Ideeația catatimă depresivă este reprezentată de ideile depresive care pot ajunge la intensitate delirantă.

Anxietatea este un simptom asociat frecvent depresiei, ca și preocupările hipocondriace. Alături de anxietate, un alt simptom cardinal ce însoțește depresia este insomnia, în special, insomnia de trezire.

În forma sa tipică, depresia se manifestă în episodul depresiv din boala afectivă primară. De asemenea, se evidențiază la timopații depresivi, în cadrul psihopatiilor, precum și în ciclotimie și distimie.

În schizofrenie, depresia poate fi întâlnită atât la debutul acesteia (depresie atipică), cât și pe parcursul evoluției bolii (schizofrenia afectivă, însoțită de incongruență ideativă), dar și la sfârșitul episodului acut (depresia post-neuroleptică sau reactivă).

Depresia poate fi un simptom important în sindroamele psihoorganice deteriorative, de diverse etiologii sau al unor tumori cerebrale (mai frecvent de lob frontal), precum și al encefalopatiei din sindromul de imunodeficiență.

Atât hipertimia pozitivă – euforia, cât și cea negativă – depresia sunt departe de a fi omogene sub aspectul descrierilor semiologice clasice. Adesea, simptomatologia maniacală este intricată cu cea depresivă sub forma stărilor mixte.

Hipotimia reprezintă o diminuare a capacității de rezonanță afectivă, pacientul „vibrând” minim la stimuli afectivi, pozitivi sau negativi.

Această hipotimie conduce la incapacitatea modularii dispoziționale, rezultând „demodularea afectivă”.

Atât hipotimia, cât și demodularea afectivă sunt specifice schizofreniei, denumită și „psihoza hipotimică”. Această tulburare afectivă generează haloul de straniu, nefiresc, incomprehensibil al schizofreniei.

Atimia se caracterizează prin scăderea profundă a conținuturilor afective, cu indiferență evasitotală față de ambianță. Kraepelin situa acest simptom în nucleul psihopatologic al dementiei precoce (schizofrenie), pe care el o denumea „dementă afectivă”.

La schizofrenie, timia pare a fi legată mai mult de retracția autistă a Eului, de ruperea contactului cu realitatea, decât de această relaxare a tonusului afectiv. În prezent, această tulburare este rară, datorită posibilităților terapeutice, în special, biologice, care au condus la o veritabilă „încălzire” a schizofreniei.

Athymhormia, descrisă de Dide și Guiraud, în 1922, ar reprezenta un defect al dismorfismului vital instinctiv și timic, din care ar deriva dezinteresul și inafectivitatea.

Apatia se definește ca o lipsă de tonalitate afectivă, ca o „inertie a afectivității”, cu o scădere concomitentă a voinței. Este cunoscută starea apto-abulică descrisă în schizofrenie.

Tulburări calitative (paratimii)

Acestea reprezintă grupul manifestărilor afective caracterizate prin inadecvanță, alură stranie, bizară, aberantă, discrepantă motivațională. Aceste tulburări întâlnite, în mod specific, în schizofrenie, dar și în alte psihoze paranoide, sunt: *inversunea afectivă* – ostilitatea sau ura manifestată de pacient față de persoanele pe care anterior îmbolnăvirii le-a iubit (în special membrii familiei), aceasta apărând în schizofrenie, parafrenie, delir de gelozie; *ambivalența afectivă* – trăirea simultană a două stări afective diametral opuse (dragoste – ură, simpatie – antipatie); tulburarea este considerată specifică schizofreniei, ca o expresie a procesului disociativ; *investitia afectivă inadecvată (hizară)* – în care pacientul se leagă intens de persoane, animale, obiecte, scopuri sau valori cu semnificanță inadecvată sau hizară; *discordanța afectivă* – trăirea afectivă aberantă a conținuturilor psihice, expresia discordanței generale a vieții psihice din schizofrenie; *trăirea afectivă paradoxală* – specifică schizofreniei (poate apărea și în cursul reacțiilor psihotice), se caracterizează prin

faptul că pacientul, la aflarea sau trăirea unui eveniment intens psihotraumatizant, dramatic, răspunde prin euforie.

Tulburări particulare

Labilitatea emoțională reprezintă incapacitatea de a-și controla emoțiile. Poate apărea la persoane timide sau cu impresionabilitate crescută, ca și în unele stări de surmenaj sau sindrom neurastenic.

Versatilitatea timică (labilitatea afectivă) constă în treceri rapide ale dispoziției de la polul depresiv la cel euforic.

Cameleonismul afectiv este capacitatea exagerată pe care o au personalitățile demonstrative de a se adapta afectiv mediului și nu trăirii interioare motivațional-intelectuale a situației date. Este semnul unei imaturități afective și se întâlnește, în mod specific, în suferințele isterice, ca variantă accentuată a versatilității afective.

Prin **incontinență afectivă**, pacientul trece de la „râsul spasmodic” la „plânsul spasmodic”, trecerea de la o anumită stare emoțională la opusul acesteia este incoercibilă și extrem de rapidă, semn caracteristic pentru demența aterosclerotică.

Rigiditatea afectivă reprezintă incapacitatea de a se adapta afectiv, din cauza unei flexibilități reduse a controlului catatim. Este specifică personalităților paranoice, putând apărea însă și în melancolie (depresia ostilă).

Disforia este o dispoziție depresiv-anxioasă, cu disconfort somatic și neliniște psihomotorie, în care se asociază înfurea, excitabilitatea crescută, impulsivitatea și comportamentul coleros.

Anxietatea a fost definită de către Janet drept „teamă fără obiect”. Poate fi generalizată (difuză) și paroxistică (atacul de panică). Aceasta este însoțită de comportamentul de evitare mai ales în cadrul nevrozelor fobice și neurasteniei.

Anxietatea poate fi întâlnită în psihiatrie, în debutul unor psihoze endogene: schizofrenie (stare de tensiune delirantă) sau psihoză depresivă (depresie însoțită de anxietate). De asemenea, însoțește evoluția psihozelor endogene (de exemplu, anxietatea paroxistică din cursul experiențelor halucinatorii).

În cadrul psihozelor toxice alcoolice acute, în stările confuzional-onirice, în general, anxietatea poate fi extremă, generând un comportament de apărare ce poate lua forma unor manifestări auto- sau hetero-

agresive. Se poate manifesta în stările de sevraj la toxicomani, dar poate fi provocată și iatrogen, prin administrarea de medicamente anxiogene ca psihotonele, antidepresivele, cortizonul, bronhodilatatoarele.

Trebuie reținut faptul că anxietatea poate constitui manifestarea inițială sau precedentă a unor afecțiuni organice grave, precum infarctul miocardic, embolia pulmonară, hipertiroidia sau feocromocitomul, constituind o cauză a erorilor de diagnostic. Situația inversă conține echivalente somatice ale unei stări de anxietate caracterizate prin: dispnee, senzație de sufocare, amețală, dezechilibru, vertij, leșin, palpitații, tremor generalizat, transpirații, dureri abdominale, parestezii, congestie facială, durere precordială etc.

În consecință, am putea spune că anxietatea, ca și depresia, constituie un teritoriu de interferență al psihiatriei cu toate celelalte discipline medicale. Din aceste motive, pacientul anxios trebuie investigat minuțios, clinic și paraclinic, și numai după excluderea unei componente somatice, anxietatea va fi tratată ca atare.

Angoasa reprezintă, în mod clasic, somatizarea unei stări de anxietate. În conceptul nosologic actual, este foarte dificil de diferențiat angoasa ca simptom de atacul de panică (anxietatea paroxistică), care poate fi complet sau cu simptome limitate.

Semiologia voinței

Voința (*procesul volitional*) reprezintă activitatea psihică orientată spre atingerea unor scopuri propuse conștient. Reprezintă o funcție de reglaj a exprimării comportamentale conștiente.

Voința are la bază procesul decizional, iar în realizarea scopului propus, trebuie depășite toate dificultățile de ordin subiectiv și obiectiv, interne sau externe, ce acționează contrar scopului propus.

Procesul decizional impune necesitatea unei opțiuni orientate conștient către unul sau mai multe scopuri, a căror realizare necesită o serie de acțiuni. Cu alte cuvinte, procesul decizional va implica unul sau mai multe acte voluntare.

Decizia traversează mai multe faze: *formularea scopului* - în concordanță cu aspirațiile și posibilitățile subiectului de a-l realiza; *lupta motivelor* - fază intermediară extrem de importantă, în care raționalul trebuie să învingă subiectivul; *adoptarea hotărârii* - va stabili clar obiec-

tivul, caracterul acestuia (major - minor, imediat - de perspectivă), elementele contrare, precum și strategia de realizare.

În cadrul voinței, se pot distinge o componentă activatoare („voința activă”) și una inhibitoare („voința pasivă”). Prima mobilizează forțele în realizarea scopurilor, iar a doua reprimă acțiunile sau pulsunile care pot compromite acele scopuri.

Voința reprezintă, prin urmare, funcția psihică prin care se realizează trecerea conștientă de la o idee sau de la un raționament la o activitate sau la inhibiția unei activități, în vederea realizării unui anumit scop (V. Predescu, G. Ionescu).

Voința este influențată de integritatea și calitatea tuturor celorlalte funcții psihice, dar gândirea, afectivitatea și motivația de suport pot suplini unele deficiențe constituționale ale personalității.

Voința activatoare și cea inhibitoare alcătuiesc un binom armonic și complementar - dacă ar fi să luăm ca exemplu un automobil -, un joc între frână și accelerație, în care realizările depind atât de calitatea mașinii (celelalte funcții și procese), cât mai ales de cea a conducătorului (respectiv personalitatea).

Tulburările voinței

NIVELUL VOLIȚIONAL

- **VOINȚA (BULIA):** funcția care întocmește energia dinamizantă a funcțiilor instinctuale și afective; având propria lor energie, acestea pot declanșa un comportament.
- Celelalte funcții psihice, neavând un substrat energetic, trebuie susținute prin voință.
- **HIPERBULIA**
 - Nu e considerată patologică.
 - Poate apărea la unii bolnavi paranoici.
- **HIPOBULIA:**
 - Poate fi o trăsătură de personalitate.
 - Poate apărea în depresie.

TULBURĂRILE VOINTEI

Denumite și *disbulii*, acestea sunt consecutive unei deficiențe motivaționale (insuficiența motivației, motivația aberantă) sau unor tulburări cognitive sau afective. Clasic, au fost descrise cantitativ și calitativ.

Tulburări cantitative

Hiperbulia (exagerarea forței voliționale) are, în general, un caracter selectiv și se observă la toxicomani și obsesivi, dar mai ales în paranoia, unde efortul volițional în sfera delirantă este de-a dreptul impresionant.

În cadrul normalului, putem întâlni, destul de rar, însă, creșteri constituționale ale voinței (personalități ferme, tenace).

Hipobulia – scăderea forței voliționale până la dispariție (*abulie*) – se traduce, în plan comportamental, prin scăderea, în diverse grade, a capacității de a lua decizii, deci de a acționa. Spre deosebire de hiperbulie, hipobulia se întâlnește în întreaga patologie psihiatrică (stări nevrotice, psihopatii, toxicomani, traumatisme cranio-cerebrale, patologie afectivă, oligofrenii și demente, schizofrenie).

O mențiune aparte trebuie făcută în cazul *abuliei* (imposibilitatea oricărui efort volițional) întâlnită în schizofrenia catatonică și în depresiile grave.

Tulburări calitative

Disabulia reprezintă dificultatea de a trece la o acțiune sau de a sfârși o acțiune începută, având o rezonanță afectivă negativă; apare în debutul schizofreniei și în neurastenii.

Parabulia este o insuficiență volițională determinată de pulsuni sau acte parazite; se întâlnește în nevroza ticurilor și schizofrenii.

Impulsivitatea este insuficiența voinței pasive, inhibitorii, determinând comportamentul impulsiv (dezechilibrul dintre tendința impulsivă și controlul voluntar). Poate apărea la temperamentele colerice și la nevroticii anxioși, dar este caracteristică unor psihopatii (excitabilă – impulsivă) și epilepsiei.

În concepția noastră, considerăm mult mai adecvat termenul de *disfuncție volițiv-decizională* ce subliniază complementaritatea celor două componente care conduc la o rezultată unică – modul de realizare a scopului.

În acest sens, *disfuncțiile volitiv-decizionale* ar fi: *cantitative* (*hiperactivitatea volitional-decizională* prin exagerarea voinței activatoare sau inhibitoare și *hipoactivitatea volitional-decizională* prin reducerea celor două componente ale voinței) și *calitative* (*discordanța motivație – scop, disocierea binomului volitional – decizional, inadecvare decizională și motivațională*).

Tulburările integrării comportamentale

În cadrul acestora, se disting trei teritorii sau nivele diferite pornind de la simplu la complex, și anume: tulburările vieții instinctuale, tulburările activității psihomotorii și conduitele comportamentale patologice.

Tulburările vieții instinctuale

Prin *instinct*, se înțelege energia psihică pusă, în mod direct, în serviciul satisfacerii unei nevoi biologice a individului – „instinctele fiziologice” și nevoilor de conservare a speciei umane.

Școala psihanalitică utilizează noțiunea de *pulsune* în locul celei de *instinct*, pulsunea fiind forța dinamizatoare – „pornire”, „scânteie” – care determină o serie de acte comportamentale în raport cu o situație sau cu un obiect exterior.

Instinctul ar reprezenta nivelul primar, elementar, de mobilizare comportamentală, fiind condus de principiul autosatisfacției, „principiul plăcerii”, în sens freudian. Acesta aparține sferei inconștientului, Sinelui, fiind, în mare măsură, o moștenire filogenetică.

Energia psihică globală (pulsunile centrate pe „libido”) este modelată de către activitatea conștientă, fiind, așadar, supusă „principiului realității”, atributul Eului conștient și socializat prin istoria ontologică individuală și colectivă.

Arbitrajul luptei între teritoriul instinctiv-pulsional și cel adaptativ-social este realizat de setul normelor etico-morale și educaționale; acest arbitru „restrictiv, amenințător și punitiv” este Supraeul. În acest sens, sociopsihologii (K. Lewin, Murphy) au descris: „Eul autentic” – nesocializat și liber; „Eul inautentic” – socializat, educat și adaptat, dar „închis în propria închisoare” – viața socială. Tot ceea ce omul „a creat” a fost un zid de apărare împotriva propriei instinctualități.

Capacitatea de dominare a pulsurilor instinctive este proprie omului și se realizează prin mecanismele de apărare ale Eului, descrise de Anna Freud: sublimarea, deplasarea, proiecția etc.

Roger descrie următoarele categorii de instincte: *instincte de conservare personală (autoconservare)* (instinctul alimentar care, prin socializare, a generat „arta culinară”; legat de acest instinct, este și cel de migrație care a condus la descoperiri geografice și colonizări; *instinctul de apărare și cel de grupare (de asociere)* care, prin socializare, au dus la arta și știința războiului, la organizarea familială și socială) și *instinctul de conservare a speciei* – instinctul sexual ce a determinat dezvoltarea eroticii și sexologiei.

Din punct de vedere psihopatologic, vom prezenta tulburările conduitei alimentare, de apărare și sexuale.

Conduita alimentară

Menționăm că preferăm termenul de *conduită alimentară* celui de *instinct alimentar*, întrucât primul accentuează implicarea comportamentală.

Tulburări cantitative

➤ Exagerarea instinctului alimentar

Hiperfagia este o exagerare a aportului alimentar care se manifestă cu ocazia meselor curente sau în afara lor, mergând până la forma extremă – *bulimia* – nevoia coercibilă de a îngurgita alimente. Hiperfagia aparține persoanelor gurmande, dar și anxioșilor, nevroticilor și unor psihotici hipocondriaci. Bulimia se întâlnește în sindroamele deteriorative și dementiale, dar și în stările pseudodementiale din cursul evoluției cronice-defectuale a schizofreniei.

Aceste tulburări sunt însoțite de modificări ponderale, precum și de „modificarea imaginii proprii” (dilatarea corporală a Eului), asociată cu fenomene de culpabilizare și autopedepsire exprimată, uneori, prin vărsături provocate și/sau diaree, prin exces de laxative.

Când exagerarea conduitei alimentare se manifestă numai față de lichide – senzația de sete permanentă (în afara diabetului insipid), aceasta poartă numele generic de *potomanie* sau *dipsomanie*. Această tulburare este corelată de către unii psihopatologi de orientare comportamentală cu toxicomania alcoolică.

• *Diminuarea conduitei alimentare*

Se manifestă prin pierderea apetitului alimentar – *anorexie* –, fenomen ce însoțește boli organice, infecțioase și psihice (mai ales depreziile și stările reactive), fie printr-o restrângere voluntară și, uneori, selectivă față de alimente – *sitiophobia*. Aceasta din urmă poate avea o motivație normală („cura de slăbire”) sau patologică, în nevrozele fobice, obsesivo-compulsive, schizofrenie (teama delirantă de a nu fi otrăvit sau intoxicat), psihoze paranoide, paranoia.

Forma patologică cea mai frecventă este *anorexia mentală*, termen introdus de Lasègue și Gall, în 1873. Această tulburare se înscrie într-un veritabil sindrom – „*anorexia mentală a tinereilor fete*”, cca 95 % dintre cazuri manifestându-se în adolescență, cu o frecvență de 0,1 – 1 % mai crescută în societățile de tip occidental. Anorexia mentală apare mai frecvent în familiile în care mama sau sora au avut un asemenea sindrom (Samukler, 1985).

Menționăm că anorexia mentală trebuie diferențiată de negativismul alimentar care aparține sindromului catatonie din schizofrenie și depreziilor stuporoase.

Tulburările calitative sunt: *pica* – înghițirea unor materiale necomestibile, cunoscută clasic ca „*pica gravidelor*” (consumă bucăți de țenșală de pe ziduri); *bizarerile alimentare* – utilizarea excesivă a unor alimente „exotice” sau „rețete proprii bizare”, această tulburare putând fi întâlnită la caracteriopați „snobi”, în unele nevroze anxioase, ca o hipercompensare a unei situații de inferioritate, dar poate marca (dacă „rupe” linia existențială anterioară) și debutul unei schizofrenii; *pervertirea conduitei alimentare* – coprofagia (ingestia de materii fecale), necrofagia (ingerarea unor organe de la persoane decedate), canibalismul; evidențiază o gravă afectare a vieții psihice, întâlnindu-se în oligofrenii, demențe, schizofrenie, dar și în cadrul unor grupuri psihopatice („ritualuri sadice de grup”).

Conduita sexuală

Tulburările trebuie diferențiate, încă de la început, de anumite obiceiuri, tabuuri și practici sexuale ce aparțin diverselor culturi și teritorii etnico-religioase ca manifestări izolate și nu ca „reguli ale unei colectivități”.

Tulburări cantitative

➤ **Exagerarea conduitei sexuale** - *satiriazis* sau *donjuanism* pentru bărbați și *nimfomanie* pentru femei. Această tulburare este corelată cu stările de excitație psihomotorie și se întâlnește în episodul maniacal al bolii afective, schizofrenia afectivă, la psihopații euforici și în intoxicații cu amfetamine, cocaină, alte excitante ale SNC. De asemenea, poate însoți și unele forme de oligofrenie, mai ales la femeile la care „valorizarea sexuală” și „prostituația” compensează handicapul cognitiv.

➤ **Diminuarea conduitei sexuale** - termen impropriu, în opinia noastră, pentru a desemna *impotența masculină și feminină* - *frigiditatea*. În accepțiunea noastră, nu găsim scăderea instinctului sexual decât la schizofreni, personalități schizotipale și bolnavi depresivi, ca fiind legată de diminuarea globală a interesului pentru activitatea sexuală (retragerea autistă sau depresivă). Considerăm mai potrivit termenul de *tulburări de dinamică sexuală* pentru a sublinia dificultățile de obținere a satisfacției sexuale. Aceste dificultăți sunt:

- **Impotența** - imposibilitatea erecției sau erecție incompletă ce nu permite penetrarea. Mai rar de cauză organică (endocrină, urologică, diabet etc.), peste 80 % dintre cazuri sunt de origine psihică și traduc fie surmenaj, fie suferințe psihiatrice (nevroze - angoasa de castrare, stări depresive, schizofrenie, alcoolism), fie tratament prelungit cu sedative, barbiturice, neuroleptice. Impotența poate fi însoțită de idei prevalente sau delirante de gelozie, bazate pe o creștere a pulsionilor sexuale în contradicție cu imposibilitatea satisfacerii lor. În același context, pot apărea comportamente sexuale deviate (exhibiționism).

- **Ejacularea precoce** - disfuncționalitate frecventă care constă în producerea erecției fără satisfacerea partenerului, din cauza ejaculării fie înainte de penetrare (*ante portas*) sau imediat după penetrare. Tulburare legată de complexul lui Edip, aceasta s-ar putea explica prin organizarea fantasmatică a vieții sexuale (reprezentările anticipează cu mult realitatea) sau printr-o manifestare a sadismului (producerea plăcerii proprii în detrimentul partenerului).

- **Ejacularea întârziată**, chiar imposibilitatea ejaculării, este un semn al declinului sexual la persoanele de vârstă a treia, iar la tineri, reprezintă o componentă sadică de culpabilizare a partenerului (adesea, con-

atitoare preambulului unor practici sexuale perverse). Aceasta poate fi legată de primele experiențe erotice cu o „inițiativă erotico-sexuală perversă”.

- **Frigiditatea** (lipsa orgasmului, impotența feminină), preponderent tot de origine psihică, traduce fie un refuz al „feminității”, fie o componentă sadică de inferiorizare a partenerului. Noțiunea de *frigidity* trebuie folosită numai după excluderea unor cauze organice (genitale sau endocrine) și numai dacă partenerul nu prezintă o tulburare disfuncțională. Poate fi legată de experiențe sexuale psihotraumatizante (viol, incest) și apare în tulburări nevrotice anxios-fobice sau depresive, precum și în unele psihoze, mai ales melancolia și schizofrenia.

- **Vaginismul**, contractura musculaturii vaginale de origine psihogenă, manifestare isterică sau fobică, reprezintă un „protest” față de penetrare (simptomul este foarte rar întâlnit).

- **Dispareunia**, durerea produsă de contactul sexual, apărută în afara cauzelor ginecologice, semnifică o tendință masochistă și constituie o modalitate de a controla indirect actul sexual.

- **Diminuarea interesului sexual** este generată de refuzul rolului de partener sexual în favoarea celui de mamă, gospodină sau bună profesionistă. Este legată de un complex edipian de negare a sexului și de identificare a soțului cu imaginea paternală sau fraternală (relații interzise). Refuzul sexualității și dezinteresul pentru partener generează sentimentul de culpabilizare inconștientă și refugiul în boală (fenomene depresive, obsesive și idei de gelozie).

- **Comportamentul sexual evitant**, justificat uneori de o boală sau de teama de sarcină (*coitus interruptus*), se observă la anxioși, fobici și depresivi, dar poate fi întreținut de frica intens mediatizată față de boli venerice și SIDA.

- **Tulburările orgasmice** privesc trăirea personală a plăcerii sexuale, de la satisfacție până la dezgust.

Tulburări calitative (deviații sexuale, parafilii)

➤ **Deviații în alegerea partenerului:**

- **masturbația** (*ipsația* sau *onania*) reprezintă producerea satisfacției prin autoerotism. Tulburarea este întâlnită, în proporții egale, la ambele sexe, în perioada pubertară și adolescentină. Nu are o semnificație patologică decât dacă persistă după începerea vieții sexuale regulate sau devine singura modalitate de obținere a plăcerii sexuale. Este le-

gată de fantasmatica sexuală și în patologie, se întâlnește la oligofreni, în stările de excitație maniacală și schizofrenie.

- *homosexualitatea masculină (pederastia) și feminină (lesbianismul)* sunt considerate patologice numai în măsura în care sunt contrare Eului – *homosexualitate egodistonică*. Poate fi o practică unică sau asociată cu heterosexualitatea. Kinsey apreciază frecvența homosexualității la 4 % pentru bărbați și 2 % pentru femei, considerând că aceasta poate îmbrăca trei aspecte: experiență unică, episodică și ambisexualitate.

- *pedofilia* reprezintă tendința preferențială de a întreține relații sexuale cu copii, incestul fiind o formă particulară. Se întâlnește cu frecvență crescută la persoanele cu sindroame psihoorganice și stări deteriorative, precum și la unii psihopați.

- *gerontofilia* indică preferința sexuală pentru persoane în vârstă, fiind o tulburare de tip oedipian care însoțește violul patologic. Se întâlnește în psihopatii și stări psihopatoide, oligofrenii și schizofrenie, unde violul patologic poate constitui o modalitate de debut medico-legal.

- *zoofilia (bestialitatea)* se referă la întreținerea de raporturi sexuale cu animale, fiind mai ales întâlnită în situații de izolare, la oligofreni, în sindroame psihoorganice, deteriorative, alcoolism și schizofrenie.

- *necrofilia* înseamnă întreținerea de raporturi sexuale cu cadavre sau persoane muribunde; se manifestă la personalități psihopatice, oligofreni și, extrem de rar, la schizofreni care lucrează în condiții favorizante (morgă, pompe funebre).

- *pigmalionismul* este atracția sexuală pentru statui; o echivalență actuală ar fi utilizarea păpușilor gonflabile.

➤ *Deviații ale actului sexual:*

- *voyeurismul* înseamnă obținerea satisfacției sexuale privind un act sexual executat de alte persoane. În prezent, această practică este întreținută de filmele pornografice.

- *exhibitionismul* este cea mai narcisică dintre tulburările sexuale și constă în expunerea organelor genitale în public; important pentru subiect este faptul de a se expune privirii persoanelor de sex opus. Exhibitioniștii își aleg locuri preferențiale (școli, cămine, internate) și o „victimă” sau un grup de „victime”. Tulburarea aparține psihopatiilor, stărilor psihopatoide, alcoolismului, sindroamelor deteriorative, psihozei maniacale și schizofreniei.

- **sadismul** înseamnă obținerea satisfacției prin chinuirea partenerului, de la micile jocuri sexuale dureroase până la crima sadică. Se întâlnește la psihopati impulsivi și explozivi, la epileptici, în sindroame psihoorganice și schizofrenie.

- **masochismul** – opusul sadismului – se caracterizează prin obținerea orgasmului prin suferință fizică, până la veritabile torturi. Frecvent, cele două tulburări se asociază în cadrul unui cuplu sexual pervers: sado-masochist, fiecare dintre parteneri jucând un rol sau celălalt.

- **fetishișmul** duce la ideea că subiectul nu poate ajunge la plăcerea sexuală decât în prezența unui obiect investit cu puteri simbolice deosebite – fetișul. Acesta poate fi un obiect de lenjerie sau oricare obiect de uz personal și se asociază cu participarea senzorială (un anumit parfum, atingerea unei bucati de catifea).

➤ **Tulburări ale scopului actului sexual:**

- **travestitismul** înseamnă substituirea plăcerii sexuale prin purtarea hainelor sexului opus.

- **transsexualismul** reprezintă refuzul de identificare cu sexul propriu, tulburare rară, cu frecvența de 1/100 000 pentru femei și 1/30 000 pentru bărbați. Atunci când sexul genetic este diferit de sexul pacientului, se vorbește despre transsexualism veritabil; în acest caz, se poate admite – la cererea pacientului și prin hotărâre judecătorească – schimbarea sexului prin executarea unor operații estetice. Dacă sexul genetic este identic cu sexul pacientului, tulburarea se consideră psihogenă. Această tulburare este însoțită frecvent de homosexualitate, practici sadice și delictе sexuale grave.

Perversiunile sexuale sunt dificil de definit și, conform DSM-III-R, sunt veritabile parafilii, atunci când sunt practicate într-un scenariu pervers, indiferent de acordul sau dezacordul partenerului. Oricare dintre tulburările descrise mai sus și care îndeplinesc aceste condiții în afara altor tulburări mintale sunt potențial încadrabile în perversiunile sexuale.

Instinctul de apărare

Tulburări cantitative

- **Exagerarea instinctului de apărare** conduce la agresivitate, de la conduita agresivă verbală până la violența fizică și crima patologică. Se întâlnește la bolnavi cu psychoze delirant-halucinatorii (schizofrenie, psi-

hoze paranoide), în paranoia, la bolnavii cu sindroame psihoorganice, la oligofreni.

- *Diminuarea instinctului de apărare* determină așa-numitul comportament de risc, culminând cu actul suicidal. Tulburarea este întâlnită frecvent la pacienții cu tulburări depresive, psihopatii sau sindroame psihoorganice. Suicidul poate apărea și la pacienții cu alte tulburări organice incurabile (SIDA, cancer etc.).

Tulburări calitative

- *Fuga patologică* este o tulburare încadrabilă în reacția psihotică acută (vezi *psihogeniile*), fiind caracterizată printr-o acțiune automată, cu motivație de apărare, executată pe un fond de îngustare a conștiinței. Ca exemplu clasic, se poate cita cazul războiului în care soldații din prima linie, de frică, fug, pentru a scăpa de moarte, direct înspre liniile inamice, devenind astfel, din victime potențiale, victime sigure.

- *Reacțiile patologice de apărare* apar la pacienții care trăiesc experiența dedublării halucinatorii a personalității sau drama depersonalizării (schizofreni).

- *Ritualurile de evitare* - compulsive, ale marilor obsesivi, dar care pot apărea și în schizofrenie.

Tulburările conduitei motorii sunt tulburări ale comportamentului expresiv și tulburări ale activității motorii generale.

Tulburări ale comportamentului expresiv

Acestea cuprind „limbajul corporal” al pacienților, după cum urmează:

Mimica este expresia non-verbală involuntară și reflexă. Mobilitatea și „expresivitatea mimicii” poate prezenta următoarele tulburări: *hipermimia* - exagerarea mobilității mimice (se întâlnește în accesul maniacal); *hipomimia* - diminuarea mimicii la bolnavii depresivi, schizofreni, parkinsonieni, confuzi, demenți, oligofreni; *paramimia* - tulburarea manifestă prin discordanța mimicii față de conținutul afectiv (este caracteristică schizofreniei; această tulburare trebuie diferențiată de mimica compensatorie care reprezintă afișarea voluntară a unei fațade mimice ce ascunde starea sufletească reală; în schizofreniile cu evoluție cronică defectuală, se poate ajunge la *psitacismul mimic* - hipermobilitatea incomprehensibilă și inexpressivă a mimicii); *ecomimia* - mimica în ecou

imobilită în schizofrenie și în sindroamele deficitare); *amimie* – imobilitatea mimicii (se întâlnește foarte rar în stările stuporose melancolice, în cadrul schizofreniei catatonice și în sindromul P.E.M.A.: palilalie, ecolalie, mutism, amimie, din demența Pick);

Sindromul de impregnare neuroleptică poate genera un sindrom hipertonic-hiperkinetic cu diminuarea mimicii, fațesul pacientului arătând ca o „mască imobilă”.

Gestica poate reprezenta, la rândul ei, o exagerare a expresiei gestuale (sindrom maniacal, anxietate, unele forme de schizofrenie) sau o diminuare a acesteia (depresii, sindroame psihoorganice și deteriorative); *negativismul* – rezistența activă sau pasivă față de orice stimul extern sau chiar față de realizarea nevoilor fiziologice (negativism intern); poate fi pasiv, atunci când bolnavul este inert, dar nu răspunde la solicitări și activ, când bolnavul se opune executării unei acțiuni; în clinică, întâlnim negativism motor, verbal, alimentar și intern; *perakinezile* – pervertirea (pierderea) sensului și a conținutului natural și logic al mișcărilor; *manierismul* – supraîncălcarea conduitei și gesturilor simple, acestea devenind artificiale, puerile, caricaturale (mers dansat, săltăreț; când dă mâna, întinde un singur deget etc.); *bizareria* – o pierdere a conținutului logic al acțiunilor comportamentale, acestea căpătând un caracter incompreensibil; *stereotipiile* – repetarea, într-o manieră identică, a unei anumite mișcări, cel mai adesea bizară, perseverarea într-un anumit gest sau act comportamental și păstrarea îndelungată a unei anumite poziții („perna psihică”, „cocoș de pușcă”, „contractura cataleptică” și „atitudine catatonică”); stereotipiile de mișcare (kinetice sau parakinetice) sunt cel mai frecvent întâlnite în schizofrenia catatonică, în demența senilă și oligofrenii; *ecopraxia* – imitarea gesturilor examinatorului (face parte din sindromul ecopatic, alături de ecomimie și ecolalie).

Ținuta și vestimentația exprimă legătura estetică a individului cu ambianța și este o „normă socială”, deseori încălcată de bolnavul psihic, constituind, uneori, primul semn al bolii. Tulburările acestora pot fi: *dezordinea vestimentară* – care trădează o stare confuzională, debutul unei psihoze (adesea, schizofrenia), oligofrenie, demențe; *rafinamentul vestimentar exagerat* – care este întâlnit la personalitățile psihopatice, isterice sau în cadrul bizareriilor de comportament din schizofrenie; *excentricitățile vestimentare* (ținută extravagantă, culori tipătoare, ornarea cu decorații etc.) – ce exprimă tendințele megalomane, fiind întâlnite în stă-

riile de excitație maniacală sau în paranoia (excentricitatea bizară mai poate apărea în hebefrenie și în forma expansivă din paralizia generală progresivă); *travestitismul* – utilizarea vestimentației sexului opus; *cisvestitismul* – utilizarea vestimentației corespunzătoare sexului, dar inadecvată vârstei.

Tulburările simbolice ale comportamentului expresiv pot fi: *ticurile* sau *parapantomimile*, acte motorii repetitive involuntare, care dispar în somn și exteriorizează un conflict nevrotic (nevrozele mixte sau motorii) și *tulburările motorii de tip conversiv* ce apar în cadrul isteriei și reprezintă manifestarea motorie a „conversiei isterice” (paralizii și hiperkinezii isterice, crize epileptiforme).

Tulburări ale activității motorii generale

Exagerarea activității motorii poartă denumirea de *hiperkinezie*. Când pe acest fond, se adaugă neliniștea și dezorganizarea actelor motorii, vorbim despre *excitație psihomotorie* care, în forma extremă de manifestare, poartă denumirea de *agitație*.

Agitația psihomotorie este o tulburare de ansamblu a conduitelor motorii ce traduce o stare de excitație psihică. Aceasta exprimă pierderea controlului voluntar asupra propriilor acțiuni. Tabloul clinic al agitației psihomotorii prezintă variante diverse:

- *agitația reactivă* – legată de o stare anxioasă (psihoza reactivă) – este în raport direct cu un eveniment psihotraumatic și relevă trăsăturile personalității (mai frecvent, isterice – teatralism și hiperexpresivitate). Are valoarea unei veritabile comunicații și răspunde la măsuri psihoterapeutice simple și la anxiolitice;
- *agitația din psihozele delirant halucinatorii* (buleu delirant, schizofrenie, psihoze paranoide) – legată de experiența delirantă și halucinatorie trăită de bolnav. În schizofrenie, mai ales, are un aspect incoerent, bizar și detașat de ambianță;
- *agitația din accesul maniacal* apare pe un fundal euforic, cu idei delirante expansive. Este însoțită de logoree, fugă de idei și se poate accentua la contradicții minore, îmbrăcând forme coleroase. Poate ajunge la forma extremă – *furor maniacal*. Pacienții prezintă mare rezistență la oboseală, sunt dezinhibiți instinctiv-volitional și pot comite acte medico-legale, în special delikte sexuale;

- *agitația în psihopatii* se caracterizează prin hiperexpresivitate (acționează la șantaj), fiind declanșată de un conflict relational;
- *agitația în melancolie* – mai ales în forma anxioasă, fiind însoțită de idei de incurabilitate, pierderea stimei de sine și autoacuzare. Prezintă mare risc suicidal;
- *agitația din confuzia mintală și stările confuzo-onirice* – dezorientată, se desfășoară pe fundalul unei stări de anxietate extremă. Pacientul este în mijlocul onirismului său, pe care îl trăiește intens ca participant la scenariul halucinatoriu, cel mai adesea terifiant;
- *agitația în demențe*, mai ales vesperală sau nocturnă – frecvent însoțită de deambulare. Este alimentată de idei de prejudiciu material și moral și poate fi agresivă; bolnavii prezintă tendința de fugă și vagabondaj, toate acestea constituind un motiv frecvent de spitalizare, care exprimă pierderea toleranței anturajului față de pacient;
- *agitația din oligofrenie* – săracă, stereotipă, însoțită de acte absurde, gesticulație incoerentă, tendințe hetero- sau autoagresive;
- *agitația din epilepsie* – manifestată ca echivalență epileptică, fiind intercritic declanșată de incitații ale anturajului. Poate atinge o formă extremă („furor epileptic”) care, prin caracterul său automat, poate conduce la acte de mare violență și cruzime urmate de amnezia totală a episodului.

Agitația psihomotorie în psihopatologie exprimă starea psihică a bolnavului, gradul de dezorganizare a actelor fiind expresia conținuturilor sale afective și ideative.

Diminuarea activității motorii poate îmbrăca mai multe aspecte:

- *hipokinezia* reprezintă expresia, în plan clinic, a inhibiției psihomotorii; este obiectivată prin bradikinezie, lentoarea generală a mișcărilor, hipomimie, bradilalie;
- *akinezia* se caracterizează prin inhibiție psihomotorie extremă manifestată prin:
 - *baraj motor* – întreruperea bruscă și întâmplătoare a oricărei mișcări (apare în schizofrenie). Se însoțește frecvent de baraj ideo-verbal, acesta trebuind diferențiat de absența epileptică;
 - *fading motor* – diminuarea treptată, până la dispariție, a unei acțiuni; apare în schizofrenie, depresii și stări de epuizare;

- *starea stuporoasă* – pierderea tuturor funcțiilor psihice; este însoțită de o stare de prostrăție completă, de suspendare a oricărei activități motorii, adinamie, amimie și mutism. Bolnavul stuporos este imobil, pătează patul, este inert, mut, nu reacționează la stimuli și refuză alimentația (negativism alimentar). Uneori, în acest tablou, se asociază incontinența sfincteriană (starea gătoasă descrisă de vechii autori). În spatele acestei „măști stuporoase”, se poate ascunde o mare încărcătură afectivă. Din punct de vedere psihopatologic, se descriu mai multe variante de stupeoare (stupor):

- *stupeorea melancolică* – forma extremă a inhibiției depresive; de obicei, se instalează insidios, pe un fundal depresiv psihotic. Mutismul maschează o activitate delirantă intensă (idei de culpabilitate, autoacuzare, negație), însoțită de durerea morală care torturează „conștiința depresivă”. Această stare se trădează clinic prin grimase ce exprimă o veritabilă durere, gemete și prin prezența semnului clasic – „omega melancolic” – cute intersprâncenoase;

- *stupeorea catatonică* în care mimica este fie inexpresivă, fie enigmatică. Imobilitatea se însoțește de negativism activ (opoziționism) și catalepsie (conservarea atitudinilor impuse – „flexibilitate ceroasă”). Stupeorea se poate instala sau dispărea brusc sau treptat, putând persista zile sau săptămâni;

- *stupeorea reactivă* – declanșată de un eveniment psihotraumatic major (catastrofe naturale sau personale); se traduce plastic prin expresia „împietrit de durere”. Este legată direct de evenimentul psihotraumatic (legătură causală) și dispare odată cu îndepărtarea de momentul psihotraumatic (legătură temporală);

- *stupeorea confuzională* – pacientul este apatic, inert, indiferent; seamănă cu starea de comă vigilă, punând, în același timp, probleme dificile de diagnostic diferențial.

- *catatonie* – descrisă de Kahlbaum, în 1874, ca entitate nosologică independentă, inclusă de Kraepelin în cadrul demenței precoce, a fost prezentată, în 1911, de Bleuler ca o formă clinică a schizofreniei. Catatonie reprezintă un ansamblu de tulburări psihomotorii ce se desfășoară pe fondul inerției și catalepsiei. Se poate desfășura pe un fond de claritate a conștiinței – *catatonie lucidă* sau pe fond confuziv – *catatonie onirică*. Principalele simptome sunt: sugestibilitatea, catalepsia, negativismul, parakineziile (bizarerii, stereotipii, manierism); uneori, pot apă-

— manifestările ecopatice (imitarea actelor examinatorului); ecominie, ecoprazie, ecopraxie.

Conduite comportamentale patologice

Impulsivitatea este nevoia imperioasă de a efectua, în mod brusc, un act motor irațional, cu un caracter agresiv sau chiar periculos și a cărui execuție scapă de sub controlul voluntar al subiectului.

Raptusul este o succesiune de manifestări impulsive paroxistice, pentru care pacientul nu le poate ține sub control; se manifestă exploziv, violent și poate duce la heteroagresivitate sau la suicid (raptusul suicidal).

Impulsivitatea este caracteristică unor personalități disarmonice sau *borderline*, psihozelor; în acest context, alcoolul și consumul de droguri favorizează descărcările impulsive. Exemple de conduite patologice impulsive sunt piromania, cleptomania, jocurile patologice etc.

Compulsivitatea este teama de a nu comite un act impulsiv; aceasta determină o deviere a agresivității care se poate manifesta în mod simbolic. Manifestările acesteia sunt specifice nevrozei obsesiv-compulsive și personalităților psihastenice.

Gesturile și acțiunile suicidare — suicidul finalizat, tentativele de suicid și echivalentele suicidare (parasuicidul) se pot întâlni în depresii, psihopatii, alcoolism, dar și în situații existențiale limită.

Fuga constituie un abandon impulsiv cu părăsirea domiciliului sau a locului de viață obișnuit. Diversele tipuri de fugi se manifestă fără motiv sau la contrarietăți minore, fără un scop precis și sunt limitate ca timp. Se descriu: *fugi reactive* (reacția acută); *fugi gregare* (împreună cu un grup de prieteni); *fugi automate* (inconștiente, epileptice).

Violența fizică, culminând cu crima de omor, poate avea o motivație delirantă și poate constitui debutul schizofreniei (debutul monosimptomatic sau medico-legal); mai poate apărea în psihopatii, alcoolism, sindroame deteriorative, psihoze paranoide. Forme specifice de violență fizică sunt: *infanticidul* — o formă particulară ce apare la sociopatii, schizofreni, epileptici; *pruncuciderea* — uciderea copilului imediat sau la câteva zile după naștere care se întâlnește în psihozele *post-partum* (în aceste cazuri, se impune, de urgență, separarea de copil și consultul psihiatric); *crima altruistă* — aparține melancoliei; bolnavul își ucide familia și apoi se sinucide, „pentru a-i scăpa de catastrofe sau chinuri îngrozitoare”; poate fi comisă și de fanatici (uciderea unui întreg grup de sec-

tanți religioși etc.); *crimo-sadică* – aparține personalităților multiple, schizofreniei și epilepsiei (caracterul vindicativ, răzbunător).

Explozivitatea intermitentă implică episoade intermitente, la interval de luni sau ani, manifestate prin pierderea controlului și descărcări exploziv-impulsive de mare amplitudine. O formă particulară o reprezintă sindromul impulsiv-exploziv premenstrual.

Semiologia conștiinței

Aceasta este o noțiune imposibil de definit datorită complexității și multiplelor fațete subiective pe care le conține. H. Ey definea conștiința ca fiind „actualitatea experienței trăite”, iar K. Jasper, drept „totalitatea fenomenelor psihice la un moment dat”.

Tulburările de conștiință

Conștiința, din punct de vedere fiziologic, reprezintă acel proces de reflectare a prezentei lumii și a trecutului prezentului. Din punct de vedere psihopatologic, când se vorbesc de oarecare conștiință, se face referență la tulburările, în diferite grade, ale stării de conștiință.

Tulburări cantitative ale conștiinței	Starea de veghe Cetuzie Habitudine Toropare Otrubilare Stupoare Sopor Coma
Tulburări calitative ale conștiinței	Îngustarea câmpului conștiinței Starea crepusculară Contuzia mentală Derivelarea conștiinței în diferite grade Tulburări de conștiință de tip delirant

Starea de conștiință – practic, sinonimă cu vigiletatea, se bazează pe integritatea funcțiilor elementare biologice și psihologice, caracterizându-se prin luciditate, claritate și control rațional. Pe această bază, individul poate intra în „dialog” cu lumea reală.

Semantic, atributul *conștient* este precedat de verbul „a fi”, confirmând legătura ființei cu destinul său biologic. *A fi conștient* constituie o prezență obligatorie la spectacolul lumii, dar fără a garanta implicarea

personală în acest spectacol. *A fi conștient* este o condiție pentru recepțarea și prelucrarea informațiilor, dar este foarte departe, în același timp, de sensul existențial al celebrului „a fi în lume”.

Invers, *a nu fi conștient* reprezintă o absență sau o imposibilitate de a fi prezent în mediu. Starea de conștiință este individuală și informativă, nu reflexivă.

Conștiința este o structură duală, biologic-spirituală, latura biologică suprapunându-se parțial peste starea de conștiință, restul teritoriului acesteia din urmă fiind ocupat de ceea ce H. Ey numea „corul somatic”. Conștiința este, obligatoriu, conectată la lume, la ceilalți; ea presupune reflexivitate și implicare personală, filtrarea informațiilor și interpretarea lor într-o manieră proprie, pe un sistem de coordonate axiologice, etico-morale și estetice.

Din punct de vedere psihopatologic, conștiința reprezintă o luptă a conștientului cu inconștientul, iar destrucția conștiinței este interpretată ca o invazie a inconștientului asupra conștiinței.

Conștiința cuprinde mai multe nivele: *conștiința de veghe* sau *elementară* – nivelul biologic superpozabil peste starea de conștiință; *conștiința operațională* – permite efectuarea etapelor logico-operaționale ale proceselor cognitive și integrarea informațiilor în propriul sistem valoric; *conștiința axiologică* – reprezintă aderarea persoanei la un sistem axiologic concordant culturii sale; *conștiința etico-morală* – permite „prezența în lume” într-o manieră adecvată și conformă normelor sociale; *conștiința estetică* – atitudinea generală a individului față de realitate și latura expresivă a persoanei.

În acest context, destrucția sau regresia atrage după sine următoarele tulburări psihopatologice: abolirea conștiinței estetice care determină inautenticitatea trăirilor și o existență falsă, contrafăcută (caracteristică suferinței nevrotice); abolirea conștiinței etico-morale care duce la incapacitatea de adaptare și integrare socială la nivel de micro- sau macrogrup (specifică tulburărilor psihopatice); abolirea conștiinței axiologice care reprezintă pierderea sistemului de valori (apare în psihoză și psihopatii); diminuarea sau abolirea conștiinței operaționale care are loc în sindroame deficitare (oligofrenii și demențe); diminuarea sau abolirea conștiinței elementare care determină tulburări cantitative ale câmpului de conștiință de la obtuzia mintală până la comă.

Elemente de neurofiziologie

Conștiința (în sensul de *conștiință, vigilitate*) presupune integritatea structurilor de recepție a informațiilor, a formațiunilor de transport, filtrare și prelucrare a informației (formațiune reticulată și scoarță). Orice agresiune traumatică, toxică, infecțioasă, biochimică asupra uneia dintre secvențele procesului conștiinței duce la tulburări ale acesteia din urmă.

Un rol deosebit este jucat de sistemul reticulat activator ascendent - SRAA care ar produce „trezirea cortexului”.

Formațiunea reticulată este alcătuită din mase de neuroni și dintr-un sistem de fibre care părăsesc aferențele sau eferențele la nivelul trunchiului cerebral, intrând în relație cu masele neuronale ascendente și descendente. Nucleii talamici nespecfici, împreună cu cei ai hipotalamusului posterior și lateral, fac parte din formațiunea reticulată, constituind capătul cel mai rostral al acesteia.

Așadar, formațiunea reticulată reprezintă un nod de întâlnire a căilor activatoare nespecifice care merg spre cortex și a celor care coboară de la el, asigurând un efect dinamogen ascendent și, în același timp, transmițând impulsuri corticale descendente, care influențează tonusul, activitatea neuronală, funcția viscerală. Sistemul multineuronal reticulat ascendent este capabil să „moduleze” impulsurile ascendente, contribuind la realizarea procesului de percepție corticală, de aceea numindu-se *sistem activator ascendent* (SRAA).

Penfield a descris sistemul centrencefalic (părți din diencefal, mezencefal și punte) care, împreună cu cortexul temporal, ar constitui „centrul conștiinței”.

În instalarea și menținerea vigilității, intervin și mecanisme umorale, pe primul plan, situându-se sistemul adrenergic.

Jaspers a descris *criteriile de apreciere a tulburărilor de conștiință*: detașarea de realitate, tulburarea memoriei, dezorientarea, incoerența (numai în context).

Vom descrie, în cele ce urmează, tulburările de conștiință din punct de vedere semiologic, într-o ordine analitică.

Tulburările cantitative

Acestea reprezintă tulburări ale conștiinței (*vigilității*), cu alte cuvinte, diverse grade de îndepărtare de realitate:

- *obtuza* - diminuarea permeabilității și recepției prin ridicarea pragurilor senzoriale, cu dificultăți asociative sau pierderea supleței ideative; subiectiv, este resimțită ca o dificultate în precizarea și formularea ideilor;
- *hebetudinea* - dezinserția pacientului din realitate; acesta nu realizează și nu poate stăpâni situația în care se află, situație ce i se pare străină, având, în consecință, o atitudine de perplexitate sau de indiferență;
- *torporea* - dezorientare, scăderea tonusului afectiv-volițional, hipolinezie, reducerea inițiativei, apatie; poate fi comparată cu starea de somnolență;
- *obnubilarea* - scăderea tonusului întregului psihism prin ridicarea marcată a pragurilor senzoriale; recepția este întârziată și inadecvată, apar dificultăți asociative și de evocare mnestică, dezorientare temporo-spațială și aliopsihică, bradikinezie; răspunsurile bolnavului pot fi ameliorate prin intensificarea și repetarea stimulilor;
- *stuporul* - tulburare accentuată și particulară a conștiinței, cu inerție motorie totală; bolnavul nu mai reacționează decât la excitanți foarte puternici, comportamentul său fiind total rupt de realitate, granița cu coma fiind imprecisă;
- *soporul* - agravare a stării de obnubilare, manifestată prin somnolență accentuată, cu reacții foarte diminuate la stimuli; uneori, este greu de diferențiat de coma vigiliă;
- *coma* - denumită de Guiraud stare de „apsihie”, se situează în afara interesului psihiatriei;
- *suspendările pasagere ale conștiinței* - lipotimia, sincopa și crizele epileptice.

Tulburările calitative

Spre deosebire de cele cantitative, aceste tulburări afectează nivelele superioare ale conștiinței, tulburând „adekvarea” la realitate.

- *Starea confuzională* - obnubilarea conștiinței, dezorientare temporo-spațială, tulburări mnemonice importante și dificultăți logico-operationale. Aceasta conduce la dezorganizarea vieții psihice, a proceselor cognitive și de sinteză.
- *Starea confuzo-onirică (onirismul)* - se adaugă la confuzia mentală a onirismului - „starea de vis trăită în realitate” (Lasségue). Este o stare halucinatorie extrem de bogată, cu halucinații predominant psiho-

senzoriale: vizuale panoramice și auditive complexe (uneori, gustative și olfactive), cu conținut dezagreabil, terifiant; conținutul este mai frecvent zoopsic sau profesional. Bolnavul acționează în consecință, participă activ, este un actor în „scenariul oniric”. Se citează frecvent reacții de apărare și comportament halucinatoriu ce pot genera grave acte antisociale. Aceste tulburări se întâlnesc în psihoza alcoolică acută (*delirium tremens*), psihoze infecțioase, intoxicații exogene (droguri, ciuperci) și în sindroame psihoorganice post-traumatice, vasculare și tumorale.

Starea confuzională și cea confuzo-onirică implică o acțiune lezională cerebrală biologică sau toxică, putându-se instala în boli somatice cu hipoxie, anoxie cerebrală sau cu perturbarea homeostaziei (insuficiențe renale, hepatice, respiratorii, cardiace etc.).

- *Oncroidia* este „visarea patologică” în care pacientul, în stare de perplexitate, asistă la derularea, pe un ecran virtual, a unui scenariu de vis; a fost descrisă de M. Gross ca fiind debutul oneiroid al schizofreniei.

- *Starea crepusculară* este percepută diferit, din punct de vedere semiologic, de către școala anglo-saxonă care o consideră o stare oneiroidă prelungită și de școala franceză și germană care o înțelege drept o îngustare marcată și paroxistică a conștiinței, cu derularea unor activități motorii automate, însoțite sau nu de fenomene halucinatorii. După ce își revine, pacientul păstrează parțial amintirea experiențelor halucinatorii din timpul stării crepusculare sau prezintă amnezii lacunare. Această tulburare se întâlnește, în general, ca echivalentă epileptică și prezintă potențial antisocial deosebit.

- *Îngustarea câmpului conștiinței* reprezintă o slăbire a relațiilor cu realitatea, determinând pacientul să reacționeze în virtutea unui anumit conținut psihic limitat. Se întâlnește în psihopatii și stări psihopatoide („scurt circuit”), psihoze reactive și isterie (stare secundă).

Extinzând conceptul de *conștiință* din punct de vedere psihopatologic și filosofic, am putea include la acest capitol experiențele delirant-halucinatorii din schizofrenie și parafrenie, depersonalizarea din schizofrenie, precum și comprimarea – dilatarea timpului din psihoza maniaco-depresivă.

Talburările de personalitate

Etimologic, termenul de *personalitate* vine de la *persona* („mască”, „forma antică”); este vorba despre masca actorului sau, mai exact, masca imprimată cu actorul din spatele acesteia.

În accepțiunea actuală, personalitatea este un concept imposibil de definit. Considerând-o ca o „sinteză a trăsăturilor individuale”, nu suntem departe de definiția lui Boethius (sec. VI): „persoana este o substanță individuală de natură rațională”.

Allport afirma, încă din 1936, că în limba engleză, există cca 18.000 de cuvinte referitoare la *personalitate* și *comportament*.

Dacă teoria antică a umorilor a fost net dominantă aproape douăzeci de secole, în ultima sută de ani, au fost elaborate diverse concepții asupra personalității, bazate pe facultăți (puteri), instincte, impulsuri, valori fundamentale (Murray), factori (Cattell), regiuni, trăsături, tendințe.

Oricum, personalitatea este o entitate unică, irepetabilă și relativ constantă în timp, fiind considerată, pe bună dreptate, o unitate biopsihosocială.

Ne vom opri pe scurt asupra a două concepții de referință ale structurii personalității:

Freud descrie „instanțele” (nivelele) personalității. Dacă într-o primă etapă, acestea au fost inconștientul, preconștientul și conștiința, mai târziu, marele savant a descris cele trei „provincii ale aparatului psihic”: *Id* (*sine*) – produs bioenergetic, complet dezorganizat, dominat de instincte, izvor primar de energie; *Ego* (*Eu*) – rezultat al experienței proprii, în special din copilărie, acesta fiind organizat și „mediind” relațiile dintre instincte și viața exterioară; *SuperEgo* (*SupraEu*) – conține valorile morale, interdicțiile, imaginile parentale; acesta este o cenzură pentru celelalte instanțe și operează la nivel inconștient ca și *Id*-ul.

G. Allport consideră personalitatea ca fiind „integrarea progresivă, dar niciodată completă, a tuturor sistemelor care primesc adaptările caracteristice la mediile sale variate”. Autorul descrie organizarea dinamică a personalității plecând de la reflexele condiționate, ca cele mai simple forme învățate ale comportamentului adaptativ. *Reflexele condiționate* se integrează în „*deprinderi*”, iar acestea, la rândul lor, constituie „*trăsăturile personale, ca dispoziții dinamice și flexibile*”.

În sfârșit, se formează „*sisteme de trăsături – Eu-ri*”, coerente între ele, dar variabile în funcție de situație, sisteme care constituie personalitatea.

Tipologii de personalitate

O manieră importantă de studiu a personalității este cea tipologică. De la Hipocrat și până în zilele noastre, au fost elaborate diverse tipuri umane, utilizându-se diferite criterii (*biologice și/sau psihologice*).

Principalele scopuri ale acestor tipologii ar fi descoperirea unor predispoziții pentru anumite boli și predicția comportamentului.

Tipologii biologice

Hipocrate, pe baza criteriilor morfologice, a descris două tipuri: *structura apoplectică* ce predispune la crize ictale și *structura fizică* ce predispune la tuberculoză.

Galen aplică teoria umorilor și corelează, pentru prima dată, caracteristici fiziologice cu unele trăsături psihologice: *temperamentul sangvinic* – predominanța sângelui; *temperamentul coleric* – predominanța bilei galbene; *temperamentul melancolic* – predominanța bilei negre; *temperamentul limfatic* – predominanța limfei.

Viola, la începutul secolului XX, adoptă o clasificare morfologică: *tipul brevilin* – megalosplanhnic, cu predominanța trunchiului în raport cu membrele; *tipul longilin* – microsplanhnic; *normotipul*.

Pende modifică această morfologie prin corelarea cu un nivel endocrin: *tipul longilin stenic* – care este un hipertiroidian și hiperpituitar caracterizat, pe plan psihomotor, prin tahipsihie și tasikinezie; *tipul longilin astenic* – hiposuprarenal și hipogenital, caracterizat prin tahipsihie, labilitate și fatigabilitate; *tipul brevilin stenic* – hipersuprarenal și hipergenital, caracterizat prin expansivitate și euforie; *tipul brevilin astenic* – hipotiroidian și hipopituitar, caracterizat prin depresie și inerție.

Sigaud descrie și el o tipologie cu nuanță fiziologico-clinică: *tipul respirator*; *tipul muscular*; *tipul digestiv*; *tipul cerebral*.

Tipologii biopsihologice

Kretschmer este autorul unei tipologii morfopsihologice cu corelații psihopatologice: *tipul picnic* – cu predominanța diametrelor transversale – temperamentul ciclotim, predispus la psihoza afectivă; *tipul leptosom* – cu predominanța diametrelor longitudinale – temperamentul schizotim, predispus la schizofrenie; *tipul athletic* – vâscos – temperamentul vâscos, predispus la epilepsie; *tipul displastic* – *idem*.

Sheldon corelează tipurile somatice cu dimensiunea psihologică, descriind: *tipul endomorf* – caracterizat prin predominanța diametrelor bazinului față de cele ale centurii scapulo-humerale, ale cărui dimensiuni psihologice ar fi viscerotonia: atitudine relaxată, hipokinezie, latență crescută în declanșarea reacțiilor, mică amplitudine emoțională, înclinație către confort fizic și conduită hedonică, sociabilitate, politețe ceremonioasă, toleranță, mulțumire de sine; *tipul mezomorf* – caracterizat prin dezvoltarea puternică a sistemului osteo-muscular, cu predominanța extremităților față de trunchi și a diametrelor centurii scapulo-humerale față de bazin, a cărui dimensiune psihologică este somatotonia ilustrată prin: atitudine fermă, siguranță în conduită și mișcări, maturitatea aspectului general, poartă delicatețe în maniere, agresivitate competitivă, caracter energic, gust al riscului și hazardului; *tipul ectomorf* – caracterizat prin dezvoltarea membrului în raport cu trunchiul și a craniului în raport cu masivul facial, a cărui dimensiune psihologică este cerebrotonia tradusă prin suplețe psihomotorie, mobilitate idealivă, promptitudine în reacții și mișcări, decență, discreție și preferință pentru intimitate, inhibiția adresabilității sociale.

Tipologii psihanalitice

Sigmund Freud, părintele psihanalizei, a descris o tipologie care se bazează pe tipurile libidinale: *tipul oral* – caracterizat prin pasivitate, dependență, nevoia de afecțiune, protecție și siguranță; *tipul anal* – dominat de zgârcenie, corectitudine, ordine, simetrie, pedanterie, iritabilitate și încăpățănare; *tipul uretral* – ilustrat prin orgoliu, ambiție și tendințe competitive; *tipul falic* – caracterizat prin siguranță, inițiativă și dezinvoltură; *tipul genital* – ilustrat prin calități ideale de personalitate.

Harney edifică o clasificare a personalității în funcție de relația individului cu ambianța: *tipul complăzant* – caracterizat prin tendința de a se dirija spre oameni; *tipul agresiv* – cu tendința de dirijare împotriva oamenilor; *tipul detașat* – caracterizat prin tendința de a se îndepărta de oameni.

From, bazat pe aceleași principii psihosociale, descrie câteva tipuri de orientare socială: *orientare receptivă* – își realizează tendințele din surse externe; *orientare de acumulare* – persoana se bazează și se construiește prin economisirea și conservarea a ceea ce produce; *orientare comercială* – personalitatea este adaptată ca o marfă ce poate fi vândută

sau cumpărată; *orientare productivă* – își folosește calitățile în vederea realizării aspirațiilor și edificării personalității.

A. Robock realizează o tipologie bazată pe principiile reglatoare în modelarea conduitei (modul de inhibare a instinctelor depinzând de însușirile personalității): *caracter superior* – are ca principiu reglator intuiția; *caracter înalt* – bazat pe principii etico-logice, estetice și religioase; *caracter mijlociu* – generat de mijloace sociale și juridice; *fără caracter* – se bazează pe mijloace fizice – „dresajul social”.

E. Sprangler elaborează o tipologie caracterială („predispoziția pentru trăiri și acțiuni”): *tipul practic* – egoist – condus de principiul utilității; *tipul teoretic* – individualist – caracterizat prin construcții intelectuale; *tipul estetic* – ce sfidează practica, dar și preocupările și își savurează existența într-o conduită ludică; *tipul religios* – inclinat spre comunicare cu forțe supranaturale; *tipul dominator* – domină și folosește toate mijloacele pentru realizarea acestui scop; *tipul social* – este altruistul ce își risipește viața pentru a satisface pe ceilalți.

Jung, bazându-se pe fenomenul contradicției bipolare (zi – noapte, flux – reflux, naștere – moarte etc.), distinge: *tipul extravertit* – predominanța relațiilor cu ceilalți; *tipul introvertit* – predominanța vieții interioare. În prima parte a vieții, predomină extraversiunea, iar în ultima parte, introversiunea.

Rorschach descrie o tipologie în funcție de rezonanța afectivă: *tipul extratensiv* – realizează, cu ușurință, legături interpersonale, este labil, instabil, renunță ușor; *tipul intratensiv* – caracterizat prin rigiditate, fermitate, discreție; *tipul coarctat* – retractat, cu slabă energie instinctivă; *tipul ambiegal*.

Semiologia personalității

În scop didactic, considerăm util să descriem trei domenii semiologice: depersonalizarea – derealizarea; hipocondria; dizarmonia de personalitate.

Depersonalizarea, descrisă de Krishabor, în 1873, drept „nevropatie cerebro-cardiacă”, este foarte greu de definit, aceasta nesemnificând un simptom, sindrom sau entitate nosologică, fiind, mai degrabă, o stare sau „un moment de evoluție” (P. Janet).

Elementul esențial al acestei tulburări este impresia de schimbare pe care bolnavul o percepe și o trăiește; poate fi impresie de schimbare

psihică (așa-numita „desanimare”) sau impresie de schimbare somatică (desomatizare). Bolnavul trăiește dramatic sentimentul anxiogen al modificării propriului Eu, descriind această stare, în lipsa unor elemente de referință, prin expresia „ca și cum” n-ar mai fi sigur de propria identitate, nu s-ar mai recunoaște, pierzându-și simțul unității proprii persoane, căutând permanent să se regăsească pe el însuși.

Depersonalizarea este descrisă de bolnav prin sentimentul de vid interior, de încetinire a cursului vieții, de devalorizare și diminuare până la dispariție a forței de rezonanță afectivă sau chiar prin sentimentul de dedublare (bolnavul asistă ca un spectator la derularea vieții sale), iar în cazurile extreme, prin sentimentul de moarte psihică.

Tulburarea implică forul cel mai intim al pacientului, reunind, în cadrul aceleiași trăiri patologice, anxietatea, perplexitatea și straniețea; în cazul predominanței pe plan somatic, bolnavul are impresia devitalizării, „a scurgerii vieții din propriul corp”.

Efortul făcut de bolnavi în scopul regăsirii de sine conduce la o permanentă verificare introspectivă care, contrar dorinței de a elucida, le accentuează interiorizarea și îi îndepărtează de real.

Stări asemănătoare pot fi întâlnite și în cadrul normalității (cu manifestare mult diminuată), în stări afectiv-negative reactive, surmenaj, momente de scădere a vigilenței (trecerea de la veghe la somn). În patologie, se întâlnește în stările depresive, bufeuri delirante acute, dar este caracteristică, în forma ei completă, schizofreniei și psihasteniei (în care se deslășoară pe fondul clarității conștiinței, ceea ce îi accentuează caracterul dramatic).

O formă particulară, dar frecventă, de manifestare este „sindromul de automatism mental” constituit din trăiri complexe de influență exterioară („furtul și ghicitul gândurilor”, gânduri impuse, stări emoționale impuse, mișcări impuse etc.), care se întâlnește în schizofrenie.

Derealizarea reprezintă impresia de înstrăinare, de nefamiliaritate a realității trăite, care îi apare bolnavului ca iluzorie, ireală, stranie, înțesată de semnificații misterioase. Aceasta trebuie întotdeauna legată de depersonalizare, exprimând aceeași pierdere a autenticității, a apartenenței la propriul Eu.

Hipocondria ar putea fi considerată ca formă a desomatizării. Aceasta cuprinde o gamă largă de „schimbări corporale”, de la preocupări excesive de boală până la forme delirante.

În varianta minoră (nevrotică), poate îmbrăca forme obsesive, fobice sau isterice și se referă la diverse boli, fără suport real, dar trăite intens de pacienți.

Forma majoră (delirantă) se află în contradicție flagrantă cu realitatea; un exemplu ar fi „sindromul Cotard” constituit din idei de negație și transformare a propriilor organe („nu mai am ochi, stomacul mi-a putrezit”) și idei de imortalitate („nici nu mor, sunt condamnată să trăiesc în această situație”). Se întâlnește în psihoze depresive grave, mai ales la o vârstă înaintată.

O formă rară de hipocondrie, întâlnită în schizofrenie, este delirul metabolic, în care pacientul trăiește o transformare a întregului corp și se comportă în consecință (se consideră câine, pisică, obiect de sticlă etc.).

Dizarmonia de personalitate, manifestată prin dezechilibru și instabilitate, caracterizează personalitățile anormale (psihopatii și stări psihopatoide încadrate la *tulburări de personalitate*). Aceste tipuri de personalități se caracterizează prin incapacitatea de adaptare la condiții sociale obișnuite, în prezența unei dezvoltări normale a proceselor cognitive.

În general, tulburările de personalitate sunt dificil de obiectivat, din cauza caracterului lor deosebit de subiectiv și abstract, precum și a multiplelor influențe socio-culturale.

Tulburările ritmului somn - veghe

Studiul acestor tulburări a fost amplificat în decursul ultimilor ani, odată cu descoperirea particularităților electrofiziologice ale somnului și a legăturilor existente între unitatea funcțională a creierului și activitatea ritmică nictemerală sau sezonieră. În acest sens, considerăm utilă informarea despre principalele elemente de tip semiotic, legate de tulburările ritmului somn - veghe:

- **tulburări de adormire și în menținerea somnului:** *insomnia*: totală sau parțială - la adormire sau la trezire; *somnolența excesivă*: narcolepsia, apneea în somn;

- **tulburări asociate stadiului de somn:** *somnambulism*: automatism ambulatoriu în timpul somnului; *pavor nocturn*: agitație în timpul somnului; *enuresis (encomprexis)*: pierderea de materii fecale în timpul somnului; *bruxismul*: scrâșnirea dinților în timpul stadiului I și II; *crize epileptice morfeice*.

Gruparea semiologică a simptomelor psihiatrice este realizabilă în sindroame psihopatologice a căror specificitate diagnostică este limitată. Tendința nosografică actuală încearcă o globalizare a psihopatologiei pe baza unor criterii diagnostice predominant statistice a căror veridicitate este discutabilă. Progresele neurobiologice evidente ale ultimelor două decenii au permis elucidarea etiopatogeniei majorității tulburărilor psihiatrice, putându-se discuta de o veritabilă sindromologie biologică în psihiatrie. În scop didactic, considerăm că, în primă instanță, clasificarea sindromologică, în funcție de intensitatea patologică a simptomatologiei, este cea mai utilă studentului.

Pe baza acestei clasificări, **principalele sindroame psihiatrice** sunt: *sindroamele nevrotice; sindroamele psihopatice; sindroamele psihotice: afective – depresiv și maniacal, delirant (delirant-halucinatoriu), hipochondriac, catatonie, confuzional; sindroame deficitare: amestic, deteriorativ-demențial.* (vezi clasificarea de mai jos) Nedezvoltările de personalitate vor fi descrise separat, la subcapitolul *Oligofrenii*.

1. Sindroamele nevrotice

Sindroamele nevrotice prezintă, prin frecvența și polimorfismul lor, o dificultate diagnostică deosebită, generată și de nespecificitatea simptomatologiei. Acestea constituie o sursă majoră de erori diagnostice, putând masca fie o altă afecțiune psihiatrică, fie o tulburare organică gravă: cerebrală sau somatică. Dintre toate sindroamele nevrotice, singurele cu o oarecare specificitate sunt sindroamele compulsive și, în oarecare măsură, sindroamele fobice.

Sindroamele nevrotice se caracterizează prin:

- *prezența conștiinței bolii* – subiectul se recunoaște ca bolnav și pune trăirile sale patologice pe seama bolii;
- *conservarea capacităților adaptative* – eventualele probleme de adaptare sunt minime; nevroticul este în conflict cu el însuși, nu cu ceilalți;
- *personalitatea rămâne, în esența ei, păstrată.*

În general, simptomatologia este de mică intensitate, dar este trăită penibil de către pacient. Sindroamele nevrotice pot acompania numeroase boli somatice, existând o permanentă dispută între rolul etiopatogenic al tulburărilor psihice în determinismul unor boli somatice sau rolul unor boli somatice în generarea suferinței psihiatrice.

Principalele sindroame nevrotice sunt: sindromul astenic (neuras-tenia); sindromul anxios care cuprinde tulburarea de anxietate genera-lizată, atacul de panică, tulburarea fobică și tulburarea obsesiv-compul-sivă; sindromul nevrotic de conversie (nevroza isterică); sindromul ma-nifestărilor motorii ca echivalențe converșive (nevroza ticurilor).

2. Sindroamele psihopatice sau tulburările de personalitate

Acestea cuprind un grup eterogen de tulburări psihice situate, din punct de vedere al intensității, între sindroamele nevrotice și psihotice, caracterizându-se prin incapacitatea subiectului de a se adapta la con-diții sociale, familiale și profesionale obișnuite. Această incapacitate este generată de alterări ale structurilor caracteriale (caracteriopatii) și de atrofia instanțelor etico-morale ale conștiinței (anetopatii).

Din punct de vedere psihopatologic, sindroamele psihopatice se di-vid în două mari categorii:

➤ **Sindroamele psihopatice nucleare** – cu determinism puternic genetic (se implică, tot mai frecvent, o anomalie a sistemului seroto-ninic), în care manifestările comportamentale antisociale și inadaptabi-litatea se manifestă precoce, din mica copilărie, și urmăresc ca un fir roșu întreaga existență a individului (radicalii de personalitate psihopatică nucleară ai lui Binder). Aceste tulburări sunt specifice psihopatiilor.

➤ **Dezvoltările dizarmonice** ale personalității reprezintă o mo-dulare defectuoasă, o structurare deviantă, conjuncturală, a personali-tății, aceasta fiind determinată de factorii de vulnerabilitate genetico-bio-logici, dar și sociali. Exemplul tipic este cel al comportamentului antiso-cial învățat în cadrul unui grup etnic, religios, fanatic, politic sau al copi-lului crescut în medii ostile, lipsite de afectivitate (orfelinate, internate, școli de reeducare etc.).

Tulburările de personalitate, atât cele nucleare, cât și dezvoltările patologice de tip psihopatic (dizarmonic) ale personalității, răspund la patru *criterii diagnostice clinice*:

➤ **Criteriul totalității** – deși este alterată numai instanța etico-morală, întreaga personalitate a psihopatului este modificată, reacțio-nând în situații frustrante ca un „tot unitar”. Acest criteriu poate fi ase-mănat cu fenomenul „petei de ulei”, picătura inițială fiind alterarea nive-lului caracterial care se întinde și cuprinde întreaga personalitate.

➤ *Criteriul continuității* - „seria neagră” a comportamentului derădaptativ, o multitudine de conduite antisociale sau lipsite de etică și morală care urmăresc întreaga existență a pacientului (radicali lui Binder).

➤ *Criteriul intensității* - situează psihopatiile într-o poziție intermediară, între nevroze și psihoze.

➤ *Criteriul dinamicii* - oricând, structura psihopatică (dizarmonică) poate suferi decompensări atât nevrotice, cât și psihotice.

Din punct de vedere nosografic, sindroamele psihopatice pot fi întâlnite într-o arie destul de largă de suferințe: fără substrat organic demonstrabil (psihopatii; tulburări de comportament la copii și adolescenți; debutul schizofreniei - pseudopsihopatic); în context lezional (stări psihopatoide de etiologie toxică, traumatică; debutul suferințelor deteriorative - demențe).

Existența diagnosticului de tulburare de personalitate este asociată, în concepția clinică, cu integritatea structurală și funcțională cerebrală, adevăr parțial, întrucât tehnicile neuroimagistice au putut evidenția unele modificări de mică amplitudine, *lezuni la nivelul punctelor strategice de interferență conectivă*, ce determină organizarea lezională de personalitate. Modificarea personalității, *fractura personalității*, determinată de o condiție traumatică, toxică, infecțioasă, ce aduce lezarea structurală și funcțională, definește organizarea lezională a personalității.

3. Sindroamele psihotice

3.1. Sindroamele afective

Nucleul central al acestor sindroame este ocupat de modificările extreme ale dispoziției și cuprinde *sindroamele depresive și sindromul maniacal*.

Sindroamele depresive se caracterizează prin triada:

➤ *Hipertimie negativă* - depresie, „tristețe vitală”, o modificare profundă a stării timice, în sens negativ, însoțită de durere morală și pierderea raportului de integrare obiectivă a Eului în subiectivitatea temporală. Depresivul este cantonat într-un trecut chinuitor și plin de păcate, prezentul dureros și viitorul lipsit de speranță fiind, practic, eludate. El pierde plăcerea de „a fi în lume”, acest dat devenind o pedeapsă.

➤ *Inhibiție psihomotorie ca reducerea modalităților și conduitei expresive și instinctive.* Depresivul traversează timpul cu „minimum de viteză”. Mimica este hipomobilă, cu „omega” melancolic, privire stinsă, comisurile bucale lăsate, realizând „masca tristeții”. Gestica este redusă, pantomima fiind a unei „umbre” ce traversează, în obscuritate și îngrozitor de încet, „scena vieții”, fiind copleșit de trăirea suferinței propriului destin.

Pierderea interesului și a plăcerii pentru activități habituale care, altădată, îi făceau plăcere, devine o condiție a existenței depresive. Vocea este stinsă, discursul coerent, bradipsihia, bradilalia și bradifemia fiind prezente. Răspunsurile sunt monosilabice, acompaniate de gesturi și sus-pine sau plâns ce subliniază poziția de resemnare, de înfrângere, dispe-rare și neputință în fața destinului. Această inhibiție atinge intensitatea maximă în stuporul melancolic.

➤ *Tulburarea calitativă a conținutului gândirii* – sistemul delirant depresiv – cuprinzând idei de inutilitate, autoacuzare și vinovăție (pa-cientul se acuză de greșeli mărunte sau imaginare, toată existența sa fi-înd dominată de erori decizionale ce au atras eșecul celor apropiați), pierderea stimei de sine, a speranței de viitor, idei hipochondriace, de ruină somatică sau anticipare catastrofică. Totul conduce la ideea suici-dară (de autoiză), pacientul socotind suicidul ca fiind singura cale de ie-șire din acest permanent „chin existențial”.

La aceste componente de bază, în sindroamele depresive, se mai pot asocia:

➤ *Anxietatea* – mergând de la o senzație difuză, generalizată, de disconfort și pierdere a siguranței proprii existențe până la crizele anxi-oase paroxistice, însoțite de agitație psihomotorie, putându-se ajunge la raptusul melancolic suicidal. Prezența anxietății crește riscul suicidal.

➤ *Modificări caracteriale* mai evidente la persoanele în vârstă, acestea fiind dominate de iritabilitate, intoleranță, ostilitate și agresivi-tate față de anturaj.

➤ *Tulburările somnului:* insomnia, mai ales cea din a doua jumă-tate a nopții (insomnia de trezire), dar se citează și dificultăți de ador-mire și treziri multiple de-a lungul nopții; hipersomnia, mai rar întâlnită.

➤ *Tulburări somatice:* tulburări digestive dominate de anorexie, slăbire în greutate și constipație; multiple acuze somatice pe un fond hi-perestezic disconfortant, reprezentând punctul de plecare al prelucră-

rilor hipochondriace: tulburări sexuale cu scăderea libidoului, impotență sau frigiditate.

Forme clinice ale sindroamelor depresive:

- *Depresia simplă*, în care tulburarea dispoziției este centrală, celelalte simptome fiind prezente, dar mai puțin exprimate.
- *Depresia anxioasă* se alătură dispoziției depresive, generând un potențial suicidal major.
- *Depresia inhibată sau stuporoasă* este forma în care inhibiția psihomotorie atinge punctul maxim, apărând starea stuporoasă, negativismul alimentar și verbal. În spatele acestei fațade, se ascunde, de asemenea, un mare potențial suicidal.
- *Depresia delirantă* are în nucleul central al simptomatologiei sale edificiul delirant depresiv.
- *Depresia bipolară* este reprezentată de existența unui sindrom depresiv în cadrul unei tulburări bipolare.

Sindromologia depresivă poate constitui un element prodromal pentru debutul schizofreniei, al bolilor neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson) sau al bolilor organice grave (neoplasme cerebrale sau somatice). Sindromul depresiv, apărut pe parcursul evoluției unei boli somatice, constituie un factor independent de prognostic evolutiv defavorabil. Ca și în cadrul sindromului maniacal pe care îl vom prezenta mai jos, numeroase substanțe psihoactive (alcool) fie ilegale, fie chiar unele medicamente pot genera sindroame depresive sau maniacale. Pentru depresie, specific este asocierea acesteia cu tratamentul cu interferon sau substanțe de tip betablocant (sindroame depresive induse de substanțe psihoactive).

Sindromul maniacal

Simptomatologia accesului maniacal este exprimată prin triada:

- *Dispoziție expansivă* – euforie, cu optimism exagerat, plăcere de a trăi, supraestimarea persoanei proprii, generozitate.
- *Dezinhibiție psihomotorie și instinctivă* – agitație psihomotorie, excitabilitate instinctuală (mai ales sexuală), pacientul pierzându-și cele mai elementare norme de cenzură. Se conduce numai după principiul plăcerii, totul fiindu-i permis și neavând niciun fel de reticență sau jenă

față de situațiile pe care le creează (el este „stăpânul”!). Acest „cântec, joc și voie bună” poate fi înțreținut de manifestări coleroase, de contrarietăți.

- *Ideație expansivă*, caracterizată prin logoree, fugă de idei, idei delirante expansive, megalomanie, idei de filiație, de bogăție, de invenție etc.

Tabloul clinic este completat de alte tulburări:

- *Hiperinneeze* – pacientul este invadat de o multitudine de amintiri, însă memoria de fixare este de slabă calitate, din cauza marii distractibilități a acestor pacienți;

- *Hiperpraxie spontană și hipoprosexie voluntară*, atenția fiind distrasă de cel mai mic stimul de mediu;

- *Percepția superficială*, putând genera iluzii și false recunoașteri;

- *Imaginația* este exaltată, conducând la o exaltare a trăirilor Eu-lui, cu reconstrucția trecutului în sensul megaloman;

- *Simptome somatice*: insomnie rebelă (practic, lipsa nevoii de somn); deshidratare și tulburări cardiace generate de continua agitație psihomotorie, putând conduce la stări confuzionale, hipertimie, oligurie; foame și sete exagerate (crize dipsomanice); hiperexcitabilitate și incapacitatea de a-și satisface instinctul sexual descătugat – fenomen ce duce la acte antisociale, delikte sexuale.

Formele clinice ale sindromului maniacal sunt:

- *Hipomania* este o „caricatură”, o formă atenuată a excitației maniacale;

- *Mania simplă* („veselă”) corespunde, din punct de vedere clinic, descrierii clasice a sindromului maniacal;

- *Mania coleroasă sau forma crepusculară* (după G. Ionescu), dominată de agitație psihomotorie externă, culminând cu furia maniacală (furor maniacal), în care bolnavul este devastator, comițând acte de o violență extremă;

- *Mania delirantă* în care domină ideația delirantă expansivă;

- *Mania confuzivă* în care se suprapune un factor exogen, cel mai frecvent, consumul exagerat (dipsomanic) de alcool. Confuzia apărută pe parcursul evoluției unui acces maniacal poate fi consecința deshidratării și perturbărilor homeostatice, iar suprapunerea unui factor infecțios intercurrent poate conduce la o stare de delir acut cu risc letal;

- *Mania utipică* are drept caracteristică asocierea unor elemente delirante incongruente cu starea dispozițională, precum și a altor elemente din sfera schizofreniei. Se întâlnește în schizofrenia afectivă și în debutul pseudo-maniacal al schizofreniei.

- *Forme mixte*, în care se asociază elemente depresive.

3.2. Sindroamele delirante

Sindroamele delirante constituie nucleul psihozelor endogene; acestea au fost descrise clasic ca fiind de mai multe tipuri: sindromul paranoid; sindromul paranoiac; sindromul parafrenic; sindromul de automatism mental.

Sindromul paranoid conține, în esență, un delir halucinatoriu nesistematizat, lipsit de coerență, cu polimorfism tematic de persecuție și de grandoare, adesea incomprehensibil.

Sindromul parafrenic este un delir halucinatoriu sistematizat, dominat de elemente fantastice („delirul de imaginație” al lui Duprê). Se caracterizează printr-o producție delirantă pur imaginativă, uneori, bazată pe confabulație – *parafrenia confabulatorie*.

Sindromul paranoiac este un delir sistematizat nehalucinatoriu, bine structurat, care are la bază mecanismele delirului de interpretare (Scrieux și Capgras) sau cele ale delirurilor pasionale; este specific psihozei endogene denumite *paranoia*.

În cadrul sindromului paranoiac, se descriu două variante:

- *Delirul de interpretare* dominat de tematica de persecuție și grandoare are o sistematizare și o coerență remarcabile, dând un aspect de verosimilitate. Clérambault le denumea plastic „deliruri cu structura în rețea”, deoarece sistemul delirant realizează o veritabilă frescă delirantă, un serial delirant. Paranoicul are o forță de inducție redutabilă, apărând *clasicul delir indus* („la folie à deux”), dar, din păcate, istoria ne-a demonstrat că indusul poate fi, dramatic, chiar un macrogrup.

- *Delirurile pasionale* reprezintă „deliruri în sector”, acestora fiindu-le specifice implicarea emoțională maximă și binomul delirant persecuție – megalomanie. Aici sunt incluși: cverulenții procesivi; idealistii pasionali (fanatici religioși/politici); inventatorii deliranți; delirul de gelozie; delirul erotomanic – convingerea fermă că este iubit de o persoană cu statut social superior.

Sindroamele paranoiace pot fi întâlnite și în cadrul alcoolismului (delirul de gelozie al alcoolicului), precum și în cadrul sindroamelor psihoorganice vasculare sau involutive, dominate de idei de prejudiciu material și moral, cverulență, procesivitate și gelozie.

Sindromul de automatism mental reprezintă cel mai specific sindrom din punct de vedere diagnostic, fiind, în mod semnificativ, prezent în schizofrenie. Clasic, s-a descris un triplu automatism mental: ideo-verbal, motor și senzitiv.

➤ **Automatismul ideo-verbal** – în cadrul automatismului ideo-verbal, se disting patru categorii de procese: pozitive continue, pozitive episodice, negative și mixte.

Procese pozitive continue cuprind: emanciparea abstractului și emanciparea gândirii, fie nediferențiată, fie formală – halucinația strictă psihică numită și *halucinația abstractă* (Baillarger, Séglas, Kandinsky); violarea amintirilor.

Procese negative diverse sunt caracterizate prin: dispariția gândurilor și uitării – lipsa posibilității de a gândi, gândirea vidată, goală ca „robinetul care nu debitează” sau „fântâna secată”, resimțită foarte penibil de către bolnav; oprirea gândurilor; perplexitatea fără obiect; îndoielile.

Procese mixte cuprind: înlocuirea gândurilor; uitările și îmbogățirea gândurilor; aprosexia; fenomenele de automatism afectiv, emoțional și volitiv (bolnavul are impresia că „i se dă o veselie artificială”).

➤ **Automatismul senzitivo-senzorial** – cuprinde toate formele de sensibilitate, în general, fiind mai multe căi senzoriale afectate simultan. Se descriu: automatismul monocord sau „tactic” – înțepături, curenți, praf etc.; automatisme similare cu cele din intoxicația cu cocaină sau din alcoolism; tulburările cenestezice care, în funcție de personalitatea bolnavului, pot viza hipocondria, posesiunea sau persecuția.

Automatismul senzitiv este mai frecvent la femei și este însoțit de mecanisme de interpretare în sfera sexuală, cu tendințe erotico-mixte.

➤ **Automatismul motor** – constă în senzații kinestezice diverse care pot genera sentimente de posesiune.

3.3. Sindroamele hipocondriace, a căror importanță rămâne validă, sunt, în general, scotomizate de clasificările nosografice actuale, ocupând o poziție semiologică intermediară, greu de validat. Hipocondria nu constituie o entitate nosologică de sine stătătoare (cu excepția

dezvoltărilor hipocondriace), ci poate îmbrăca o intensitate nevrotică sau psihotică.

3.4. Sindromul catatonic

Se caracterizează prin tulburări psihice de etiologie diversă (endogenă, exogenă, mai rar reactivă) ce se derulează pe un fond de claritate a conștiinței sau confuziei și a căror unitate de expresie clinică o constituie alterarea conduitei și comportamentului psihomotor, interesând, în principal, motricitatea voluntară.

Simptomatologia sindromului catatonic

Negativismul exprimă conduitele de refuz ale comportamentului expresiv (negativism extern – verbal, gestual, alimentar) sau ale comportamentului sfincierian fiziologic (negativism intern), determinând glob vezical și constipație extremă.

Negativismul poate fi activ – pacientul opunându-se activ la tentativele de mobilizare și pasiv – pacientul refuzând, prin absenteism psihic, orice participare la actul comunicării.

De asemenea, poate fi total sau parțial – blocajul total al expresiei comportamentale fiind întrerupt de unele mișcări sau explozii verbale.

Catalepsia este o tulburare psihomotorie de tonus muscular și de inițiativă motrice, cu următoarele forme de expresie clinică:

- **flexibilitatea cearoasă** (descrisă de Wernicke) reprezintă rezistența plastică a musculaturii la tentativele de mobilizare, cu păstrarea atitudinii motorii imprimată (plasticitatea soldatului de plumb). Aceste atitudini pot fi nefirești și imposibil de conservat pentru o durată mai îndelungată de către individul normal. Catalepticul poate păstra aceste atitudini ore sau chiar zile întregi – de exemplu, „perna psihică” (dacă unui pacient cu catalepsie i se ia perna, capul păstrează aceeași poziție ca și cum perna s-ar afla, în continuare, la locul ei);

- **hipertonie rigidă** în care bolnavul pare o statuie și prezintă o rezistență extremă la toate tentativele de mobilizare;

- **suspendarea oricărei inițiative motorii** cu adinamie, amimie, incapacitate totală de mișcare spontană și pasivitate absolută.

Catalepsia face parte din sindromul catatonic, dar poate exista și în contexte etiopatogenice și sindromologice independente: *catalepsile din sindroamele striate* – mai ales cele parkinsoniene post-encefalitice și în

agresiunile traumatice sau tumorale ale lobului prefrontal; *catalepsia „isterică”*, contestată la ora actuală și care cuprinde somnul cataleptic, crizele cataleptice și catalepsia hipnotică.

Sugestibilitatea presupune un grad crescut de reactivitate la sugestie (proces de influențare a psihicului sau a comportamentului unei persoane de către o altă persoană). În cadrul sugestibilității catatonice, este descris așa-numitul *sindrom ecopatic* ce cuprinde: *ecomimia* – pacientul imită mimica examinatorului; *ecopraxia* – pacientul imită gestica examinatorului; *ecolalia* – pacientul repetă cuvintele examinatorului.

Manierismul implică afectarea și patetismul tuturor conduitelor de expresie, ce capătă astfel un puternic caracter de „artificial” (grimase, gesturi ceremoniale sau patetice, mers dansant etc.) sau „pueril”.

Stereotipiile reprezintă conduite expresive repetitive gestuale, de mișcare sau atitudine, verbale sau grafice.

Impulsunile sunt descărcări motorii sau verbale bruște, extrem de violente, putând merge de la o agitație extremă – „raptusul catatonic” (adesea, soldat cu crimă patologică) până la descărcări verbale stereotipe și îninteligibile – „litania catatonică” (caricatură a unui ritual religios).

Tulburările somatice pot atinge nivele înalte de intensitate, cu alterarea gravă a stării generale: hipersalivație, hipersudorație, deshidratare, edeme, tulburări verbale și motorii, hipertermie, creșterea azotemiei – tablou specific catatoniei mortale descrise de Stauder.

După starea câmpului conștiinței, sindroamele catatonice pot îmbrăca două forme: catatonia lucidă desfășurată pe un câmp de conștiință clar și catatonia onirică desfășurată pe un fond de confuzie mintală.

După cantitatea de mișcare, simptomatologia catatonică se poate manifesta destul de variat: de la *stuporul catatonic* (inerție motorie totală, prostrăție) până la *agitatia catatonică* (stereotipă, manieristă), instalată mai frecvent brusc, sub formă de raptus.

Formele clinico-etilogice ale sindromului catatonic sunt:

- *Catatonismul* reprezintă schișarea sau reducerea sindromului catatonic la semne minore; acesta se poate asocia oricărei forme clinice de schizofrenie.
- *Stupoarea catatonică* constituie tabloul specific și complet al schizofreniei catatonice.

- *Forma hebefreno-catatonică a schizofreniei are o evoluție severă, progresivă, cu ajungerea la stadiul defectual pseudodemential în trei - patru ani.*
- *Catatonia infecțioasă și tonică* - elemente catatonice pot apărea în febra tifoidă și paratifoasă, colibaciloze, encefalite, paralizii generală, intoxicații cu bulbotapină, acetilcolină.
- *Catatonia simptomatică* din tumorile cerebrale, în special de la baza creierului, și din traumatismele cranio-cerebrale.
- *Catatonia periodică* - descrisă de Gjessing, caracterizată prin episoade catatonice ce se repetă la anumite intervale, între acestea bolnavul prezentând o remisiune a simptomatologiei.
- *Catatonie mortală* - descrisă de Stauder, caracterizată prin debut brusc cu delir, halucinații, mari tulburări vegetative, agitație psihomotorie cvasipermanentă, negativism alimentar, deshidratare, azotemie crescută, hipertermie, cianoză. Această formă, foarte rară, are un prognostic extrem de nefavorabil, letalitatea fiind de 95 %. Este asemănătoare delirului acut sau encefalopatiei acute hiperazotemice. Singurele rezultate terapeutice pozitive, dar limitate erau obținute prin utilizarea precoce a terapiei electroconvulsivante. Prin posibilitățile actuale de terapie intensivă, prognosticul s-a ameliorat net (letalitate de 30 %). Din aceste motive, denumirea de *catatonie mortală* (Stauder) a fost înlocuită cu „catatonie pernicioasă” (Weitbrecht) sau „catatonie cu pericolozitate vitală” (Paulelchoff).
- *Catatonie tardivă* descrisă de Kraepelin aparține, după unii autori, schizofreniei, iar după alții, demențelor presenile și se caracterizează prin fenomene catatonice, deteriorare intelectuală rapidă, demență și sfârșit letal în unu - doi ani.
- *Catatonie experimentală* - Baruk și Jong au provocat simptome catatonice prin administrarea de toxină colibacilară (extract de bilă umană și lichid cefalo-rahidian de la pacienți cu schizofrenie și tuberculoză).

3.5. Sindromul confuzional

Sindromul confuzional cuprinde, clasic, tulburările calitative ale conștiinței, forma cea mai frecventă fiind starea confuzo-onirică, incluzând următoarele categorii de simptome: obnubilarea conștiinței cu dezorientare temporo-spațială, uneori allopsihică și, mai rar, autopsihică; onirismul; alterarea stării generale.

Simptomatologie:

Tulburări intelectuale - așa-numita „dezordine în gândire”, generată și de tulburările de memorie și de anomalii perceptive.

Tulburări ale dispoziției și de comportament - manifestate prin perplexitate anxioasă, conduite de apărare, gestică încetinită și neconcordanță, incoerență verbală.

Onirismul este caracterizat prin: prezența halucinațiilor, mai ales vizuale, dar și auditive, tactile, gustative, olfactive; tematică zoopsică, profesională, familială, mistică sau erotică; mobilitate deosebită - mergând până la „haos caleidoscopic”; intensitatea trăirii, ce explică agitația și pericolozitatea comportamentului acestor pacienți; recrudescență vesperală.

4. Sindroamele deficitare

4.1. Sindroamele amnestice cuprind:

Sindroamele amnezice organice

Amneziile organice persistente:

➤ **Sindromul Korsakov** - descris în anul 1889 ca fiind consecutiv unei carențe vitaminice la alcoolicii subnutriți. Se caracterizează prin următoarea simptomatologie: amnezie de fixare; dezorientare temporo-spațială; confabulații; false recunoașteri.

➤ **Sindroamele amnezice bihipocampice**, observate după lobectomia temporală bilaterală (tehnică utilizată în unele cazuri de epilepsie temporală rebelă), encefalite herpetice, encefalopatie post-anoxică și care se caracterizează prin: amnezie anteroretrogradă masivă, confabulații, conștientizarea tulburărilor mnezice, tulburări cognitive și comportamentale.

Sindroamele amnezice psihogene

Acste sindroame se caracterizează printr-un debut brusc, legat de un eveniment psihotraumatic și au tendință la remisiune totală.

4.2. Sindromul demential

Sindroamele deteriorative și dementiale sunt sindroame organice cerebrale care au următoarele caracteristici: diminuare continuă, importantă și globală a activităților psihice, tradusă în plan clinic prin alterarea marcată a funcționării intelectuale, afective și sociale (sindrom demen-

evoluează cronic și progresivă (sindrom deteriorativ); ireversibilitatea proceselor deteriorative.

În cadrul sindroamelor demențiale, se descrie, în faza prodromală, existența unui sindrom deteriorativ specific – *Mild Cognitive Impairment (MCI)*.

Sindroamele de nedezvoltare cognitivă (oligofreniile) sunt tulburări, în mare măsură, determinate de anomalii genetice sau de neurodezvoltare, dar și consecințe ale unor traumatisme obstetricale severe sau ale unor agresiuni toxice infecțioase sau traumatice asupra creierului în perioada copilăriei. Oligofreniile sunt acompaniate, într-o manieră variabilă, de prezența unor tulburări de tip comportamental sau a unor interferențe de tip psihotic. Studiul oligofreniilor este specific psihiatriei copilului și adolescentului, în psihiatria adultului, psihiatria socială având ca obiectiv îngrijirea acestei categorii de pacienți care asociază dizabilităților cognitive multiple alte dizabilități și incapacități.

3. NURSING ÎN PSIHIATRIE

Introducere în profesie

Istoria profesiei de *nursă, asistent medical (cel ce îngrijește pacienții)* a început în 1860, odată cu înființarea primei școli de către Florence Nihtingale.

În urma examenului, Florence Nihtingale este autorizată să practice această profesie de Colegiul Asistenților Medicali, în concordanță cu pregătirea și experiența sa, și să îndeplinească procedurile impuse de îngrijirea pacienților, indiferent de situația în care se află.

Astăzi, procesul de *nursing* a căpătat valențe noi, rolul asistentului medical a devenit mai complex, în sensul lărgirii sferei de activitate, una dintre îndatoriri fiind aceea „de a diagnostica și stabili atitudinea terapeutică adecvată pentru răspunsul individului față de o problemă de sănătate actuală sau potențială”.

În centrul îngrijirilor de sănătate, se află pacientul, dar el nu mai este perceput simplist, doar ca un individ ce suferă de o anumită boală, ci este apreciat holistic, ca o persoană cu necesități fizice, emoționale, psihologice, intelectuale, sociale și spirituale.

Aceste necesități interrelaționează, sunt interdependente, de egală importanță și reprezintă fundamentul intervențiilor asistentului medical care va trebui să se adapteze la o infinitate de reacții, manifestări, trăiri, relații interpersonale, generate de unicitatea profilului psihic al protagoniștilor implicați și de specificul situației concrete în care își desfășoară activitatea.

Este important ca asistentul medical să fie familiarizat cu aspectul complex al naturii psihice umane, să înțeleagă că indivizi diferiți au reacții diferite față de aceeași problemă, urmare a structurii lor unice de personalitate. Există mai multe accepțiuni ale conceptului de *personalitate*, dar cea mai folosită este aceea ce definește personalitatea ca fiind „organizarea mai mult sau mai puțin durabilă a caracterului, temperamentului, inteligenței și fizicului unei persoane, ce determină adaptarea sa unică la mediu”.

Conceptul holistic de *apreciere a individului* poate fi rezumat în câteva idei principale ce stau la baza susținerii științifice a desfășurării procesului de nursing:

- individul este un tot unitar caracterizat prin integritate și reprezintă mai mult decât suma părților sale componente;
- individul se află în permanentă interacțiune cu mediul înconjurător, schimbând materie și energie cu acesta;
- evoluția fiziologică a individului este ireversibilă și unidirecțională în timp și spațiu;
- individul uman se caracterizează prin capacitate de abstracție, imaginație, senzații, emoții.

Toate aceste aprecieri subliniază evoluția conceptului *îngrijirilor de sănătate* de-a lungul timpului, precum și adaptarea acestuia la principiile de organizare actuală a sistemului sanitar, urmărind, în principal, rolul asistentului medical, și anume:

- asistentul medical reprezintă un element important al echipei medicale;
- asistentul medical desfășoară o activitate autonomă, cu competențe bine stabilite;
- activitatea medicală nu vizează doar tratarea eficientă a îmbolnăvirilor, în prezent, accentul punându-se pe prevenirea bolilor și promovarea stării de sănătate;

- rolul asistentului medical intervine atât în îngrijirea individului, cât și a comunității (promovarea sănătății, educația pentru sănătate).

3.1. NURSA

Astăzi, conform I.C.N. (Consiliul Internațional al Nurselor), nursa este definită astfel:

a) este o persoană care a parcurs un program complet de formare, care a fost aprobat de Consiliul Asistenților Medicali; a trecut cu succes examenele stabilite de Consiliul Asistenților Medicali; îndeplinește standardele stabilite de Consiliul Asistenților Medicali; este autorizată să practice această profesie așa cum este definită de Consiliul Asistenților Medicali, în concordanță cu pregătirea și experiența sa; este autorizată în îndeplinirea acelor proceduri și funcții care sunt impuse de îngrijirea sănătății, în orice situații s-ar afla, dar să nu facă o procedură pentru care nu este calificată.

Asistentele medicale răspund de propria lor activitate, de practica lor; supraveghează îngrijirile auxiliare și pregătirea elevilor. Prin urmare, asistenta răspunde nu numai pentru ceea ce face, dar și pentru categoriile auxiliare.

b) Nursa este pregătită printr-un program de studiu incluzând: promovarea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; îngrijirea celui bolnav din punct de vedere fizic, mental, a celor cu deficiențe, indiferent de vârstă și în orice unitate sanitară sau în orice situație s-ar afla la nivel de comunitate. Această definiție a devenit cunoscută și acceptată în toată lumea, iar în prezent, este utilizată și în România pentru descrierea nursingului.

Codul asistentului medical descrie, de asemenea, patru responsabilități care definesc direcțiile importante, și anume: promovarea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; restabilirea sănătății; înlăturarea suferinței.

c) Profesia de nursă generalistă presupune: o pregătire pluridisciplinară – socială, tehnică, practică (în unități sanitare și pe teren, în comunitate); însușirea competențelor de bază, și anume: să dețină cunoștințe de psihologie (să știe să încurajeze), să aibă o atitudine potrivită față de pacient și familia sa; să aibă preocuparea de a înțelege ceea ce simt ceilalți (capacitate de empatie); fenomenele urmărite în special de asis-

Curriculum de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

tenta medicală sunt reacțiile: individuale, familiale și de grup - la problemele actuale sau potențiale de sănătate.

Aceasta trebuie să fie ca o mamă ce acționează conform nevoilor copilului, fiind necesar ca adeseori să îndeplinească sarcini cât mai diverse. De aceea, asistenta medicală a fost denumită „mamă profesionistă”.

3.2. NURSING

Definiția Organizației Mondiale a Sănătății

a) Definiția prezentată de O.M.S. și I.C.N. stabilește că: nursingul este o parte integrantă a sistemului de îngrijire a sănătății, acesta cuprinzând: promovarea sănătății; prevenirea bolii; îngrijirea persoanelor bolnave (fizic, mental, psihic, handicapați) de toate vârstele, în toate unitățile sanitare, așezările comunitare și în toate formele de asistență socială.

Definiția Virginiei Henderson

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

Definiția Asociației Nord-Americane

c) A.N.A. (North American Association) dă următoarea definiție nursingului comunitar: „Nursingul comunitar nu este numai o sinteză a practicii de nursing și a educării în domeniul sănătății, ci are și scopul de a menține și a stimula sănătatea populației. Îngrijirile au un caracter continuu, fiind orientate asupra individului, a familiei sau a grupului, contribuind astfel la sănătatea întregii populații a zonei respective. Nursa aplică diverse metode pentru a menține și stimula sănătatea, coordonează activitatea în acest domeniu și stimulează continuitatea. Scopul ei este și acela de a-i apropia pe indivizi, familie sau diverse grupuri. Din această definiție, reiese că intervențiile nursei nu se orientează doar spre pacienții individuali, ci cuprind și mediul social, afectiv și fizic al acestora.”

3.3. ROLUL NURSEI

În cele ce urmează, prezentăm concepția Virginiei Henderson privind rolul esențial al asistentei medicale: „Rolul esențial al asistentei medicale constă în a ajuta o persoană bolnavă sau sănătoasă să-și mențină sau recâștige sănătatea (sau să-l asiste în ultimele sale clipe) prin îndeplinirea sarcinilor pe care le-ar fi îndeplinit singur, dacă ar fi avut forța, voința sau cunoștințele necesare. Asistentă medicală trebuie să îndeplinească aceste funcții, astfel încât pacientul să-și recâștige independența cât mai repede posibil”. (Virginia Henderson, *Principii fundamentale ale îngrijirii bolnavului*).

Precizare: O.M.S. descrie, de asemenea, rolul nursei în societate, care este important pentru noi: „Rolul nursei în societate este să asiste indivizi, familii și grupuri, să optimizeze și să integreze funcțiile fizice, mentale (psihice) și sociale afectate semnificativ prin schimbări ale stării de sănătate”.

Aceasta implică personalul de nursing în activitățile de asistență care se referă la sănătate, ca și la boală și care privesc întreaga durată a vieții de la concepție la moarte.

Nursingul se ocupă, așadar, de aspectele psihosomatice și psihosociale ale vieții, deoarece acestea afectează sănătatea, boala și moartea.

De aceea, nursingul folosește cunoștințe și tehnici din științele fizice, sociale, medicale, biologice și umaniste (arta și știința).

Personalul de nursing lucrează ca partener alături de lucrători de alte profesii și ocupații, ce participă la asigurarea sănătății în activități înrudite.

Individul și, acolo unde este cazul, familia sa vor trebui să fie implicați în toate aspectele pentru menținerea unei bune sănătăți (din „Dezvoltarea Nursei Generaliste”, Raport la o reuniune O.M.S., Copenhaga, februarie 1990).

3.4. FUNCȚIILE NURSEI

Funcțiile asistentei medicale sunt de natură independentă, dependentă și interdependentă.

Funcțiile de natură independentă

Asistenta asistă pacientul din proprie inițiativă, temporar sau definitiv prin îngrijiri de confort, atunci când el nu-și poate îndeplini independent anumite funcții (ajutorul asistentei este în funcție de vârstă, de natura bolii, de diverse dificultăți: fizice, psihice sau sociale); în stabilirea unor relații de încredere cu persoana îngrijită și cu aparținătorii (apropriați); prin transmiterea unor informații, învățăminte, ascultarea și susținerea pacientului; în vederea promovării unor condiții mai bune de viață și sănătate, este alături de indivizi și colectivitate.

Funcția de natură dependentă

La indicația medicului, asistenta aplică metodele de observație, de tratament sau de readaptare, observă la pacient modificările provocate de boală sau tratament și le transmite medicului.

Funcția de natură interdependentă

Asistenta colaborează cu alți profesioniști din domeniul sanitar, social, educativ, administrativ etc. și participă la activități interdisciplinare.

Exemple: acțiuni de depistare a tulburărilor de ordin fizic, psihic sau social; acțiuni de educație pentru sănătate, de sensibilizare asupra responsabilității și asupra drepturilor pe care le are populația în materie de sănătate; acțiuni de rezolvare a problemelor psihosociale; acțiuni privind organizarea și gestionarea centrelor sau unităților de îngrijire.

Precizare: Pentru a răspunde nevoilor persoanelor și grupurilor cărora li se adresează îngrijirile, asistenta utilizează, în practica profesională, cunoștințele teoretice și practice medicale, cele de economie, informatică, psihologie, pedagogie etc.

Alte funcții: De aici, se desprind câteva funcții specifice care sunt incluse în statutul asistentei medicale și care se regăsesc în cadrul funcțiilor de natură independentă, dependentă și interdependentă. Subliniem astfel:

a) *funcția profesională:* este vorba de rolul cel mai important al asistentei, acela de a se ocupa de pacient în scopul menținerii echilibrului sau de a face pentru el ceea ce el însuși nu poate. Aici sunt cuprinse funcțiile: tehnică; preventivă; de umanizare a tehnicii; de psiholog, ca și func-

țiile din codul asistentei medicale: promovarea și menținerea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; îngrijirea în situația îmbolnăviri și recuperarea.

Aceasta cere din partea asistentei: să acorde direct îngrijirea; să educe pacienții; să educe alți profesioniști din sistemul sănătății; să participe plenar la activitatea echipei de asistență sanitară; să dezvolte practica nursingului pe baza gândirii critice și a cercetării.

b) funcția educativă – educare pentru sănătate. Această funcție presupune, alături de calități psihologice și aptitudini pedagogice, să știi să comunici, să știi să fii convingător. Rolul educativ reiese și din relațiile pacient – asistent, precum și din relațiile de muncă cu personalul din subordine, practicanți, studenți (educarea personalului de nursing).

c) funcția economică – de gestionare. Aceasta implică gestionarea serviciului, organizarea timpului, precizarea priorităților de aprovizionare etc. Funcția economică se realizează prin corelarea acesteia cu comportamentul etic.

d) funcția de cercetare. Această funcție impune dezvoltarea unor calități specifice, dar pe fondul unei pregătiri profesionale și morale superioare. Asistenta, ca participantă în echipa de cercetare alături de medic, devine o componentă importantă. Prin activitatea pe care o desfășoară (multifactorial, multidisciplinar și multisectorial), asistenta are atribuția de identificare a domeniilor de cercetare și, mai ales, de cercetare de nursing.

În cadrul funcției de natură interdependentă, asistenta colaborează (lucrează) cu personal din alte compartimente (administrativ, economic, serviciul plan-profesional), precum și cu alți profesioniști (educatori, psihologi, logopezi, profesori), fapt care-i permite să desfășoare și activități de cercetare.

Notă: În *Nursingul în acțiune* de Jane Salvage, 1992, sunt descrise patru funcții majore ale nursei. Alte funcții, precum și atribuțiile și responsabilitățile nursei sunt definite detaliat în „Dezvoltarea Nursei Generaliste”, Raport prezentat la Reuniunea O.M.S., Copenhaga, 1990.

3.5. DOMENII DE ACTIVITATE

Domeniile de activitate pentru asistenta generalistă (cu pregătire pluridisciplinară) sunt serviciile de sănătate staționar și ambulatoriu;

Curriculă de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală
învățământ, cultură; cercetare; educație; social-economic (condiții de viață); administrativ; demografic; alimentar; igienic.

3.6. LOCUL DE MUNCĂ

Poate fi în comunitate și ambulatoriu (dispensar – urban; rural; policlinică; școli, grădinițe, creșe, leagăne; cămine de bătrâni); în staționar (secții: interne, chirurgie, pediatrie, obstetrică – ginecologie etc.); inspectorate de poliție sanitară – igienă.

4. ASPECTE TEORETICE ALE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE (ALE NURSINGULUI)

Factorul decisiv pentru elaborarea unui cadru conceptual privind îngrijirile l-a constituit orientarea către o nouă concepție, și anume: îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită, considerată, în mod global, unitară.

Asistenta trebuie să cunoască „global” individul, precum și comunitatea în care acesta trăiește.

4.1. EVOLUȚIA ÎNGRIJIRILOR

Până la jumătatea secolului al XX-lea, îngrijirile au fost tributare mai ales concepției religioase, moștenite din trecut.

Florence Nightingale a căutat să elibereze îngrijirile de impregnarea religioasă, insistând pe faptul că: îngrijirile nu pot să demonstreze doar simpla caritate (mila); aceasta trebuie să cedeze locul unei înțelegeri a problemelor, bazată pe gândire. Astfel, pentru prima oară în istoria îngrijirilor, practica acordării îngrijirilor devine obiectul „gândirii”. În cartea sa, *Note despre nursing*, din 1859, Florence Nightingale descrie aceste îngrijiri.

Cu toate că formarea surorilor medicale a început, competența era limitată, începând însă din 1930, progresele medicinei și ale chirurgiei au modificat conținutul profesiei. Medicii le-au delegat o parte dintre actele

[sarcinile] lor surorilor. Pentru a face față solicitărilor, îngrijirile au fost reorganizate după principiul taylorismului, adică realizarea lor în serie. Din această cauză, bolnavul, care până atunci era în centrul preocupărilor, a trecut pe planul al doilea (activitatea nu mai era centrată pe pacient, ci pe sarcinile ce trebuiau îndeplinite, în timp ce penuria de surori accentua această situație). De asemenea, și dezvoltarea rapidă a științelor medicale, a tehnicii a contribuit la trecerea pacientului pe plan secundar, punându-se accentul pe aspectele medicale și tehnice.

Astfel, îngrijirile au ajuns a fi devalorizate, trecute pe plan secundar, lăsate adesea în sarcina ajutoarelor necalificate.

Abia mai târziu, s-a ajuns la revalorizarea relației între cel îngrijit și cel ce îngrijește.

Către sfârșitul anilor '70, curentul revalorizării relației dintre cel îngrijit și cel ce îngrijește influențează surorile belgiene, grație lucrărilor Virginiei Henderson care a descris necesitățile fundamentale ale omului, ca bază a îngrijirilor (publicații din anul 1955, apoi 1966, 1977) – *14 Nevoi Fundamentale*.

Pentru descoperirea acestor necesități trebuie să intri însă în relație cu persoana îngrijită. Este știut faptul că nu putem (este imposibil practic) să cunoaștem fiecare pacient atâta timp cât îngrijirile acordate sunt efectuate în serie (sistem taylorian). Acestei concepții noi (adică îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită) i s-a acordat însă o mare importanță, ceea ce a făcut ca nursele să-și organizeze munca în alt mod, adică în loc să li se repartizeze sarcini, să li se repartizeze bolnavi, activitatea trebuind să fie centrată astfel pe *persoană*.

Astfel, asistenta trebuie: să fie conștiința celui lipsit de conștiință; să fie ochiul pentru cel care și-a pierdut vederea; să fie mâna pentru cel căruia i-a fost amputată; să fie dragostea de viață pentru cel ce încearcă să se sinucidă; să posede cunoștințele necesare pentru tânăra mamă (*Principii de bază*, Virginia Henderson).

Alte concepte de nursing:

De-a lungul anilor, s-au conturat numeroase teorii ale nursingului.

Florence Nightingale (1820 – 1910) – teoriile sale se bazează pe conceptul de *mediu înconjurător*.

Virginia Henderson (1897 – 1996) – dă definiția nursingului, adoptată ulterior și de I.C.N.; conceptul său are în vedere cele 14 nevoi ale omului.

Myra E. Levine (n. 1920) – teoria sa este deosebită prin enunțul celor patru principii, și anume intervențiile pacientului care se bazează pe: conservarea energiei pacientului; conservarea integrității structurale a pacientului; conservarea integrității personale (psihice) a pacientului și conservarea integrității sociale a pacientului, dar și prin introducerea cuvântului *trophicognosis* propus în locul termenului *diagnostic nursing* pe care îl respinge.

Hildegard Peplau (n. 1909) – teoriile sale sunt centrate pe relația terapeutică dintre nursă și pacient, cele patru secvențe identificate de Peplau în cadrul acestei relații interpersonale fiind: orientarea, identificarea, exploatarea și retragerea.

Imogene M. King (n. 1923) – utilizând sub formă de concept major persoana, King introduce trei sisteme dinamice ce interacționează: individul, grupurile și societatea.

Betty Neuman – teoria sa este influențată de conceptul de stres descris de **Hans Selye** și propune două instrumente pentru studiul nursingului: gândirea inductivă și abordarea deductivă.

Martha Rogers (n. 1914) – teoria sa se bazează pe relația dintre om și mediul înconjurător.

Dorothea Orem – folosește, pentru prima oară, explicit termenul de *autonomie în nursing*.

Sora Callista Roy (n. 1939) – conform teoriei sale, nursingul trebuie să fie centrat pe individ și sistemul său adaptativ.

Jean Watson (n. 1940) – autorul identifică zece factori care influențează structura, studierea și înțelegerea nursingului ca știință a îngrijirii.

M. M. Leininger – publică lucrări legate de nursingul transcultural.

4.2. REORIENTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.), creată în 1948, este o instituție specializată a Națiunilor Unite, căreia îi revine, pe plan internațional, responsabilitatea principală în probleme sanitare și de sănătate publică. O.M.S. cuprinde 165 de țări (număr în continuă creștere, tot mai multe state, îndeosebi dintre cele care și-au dobândit independența, urmând să facă parte din Organizație) repartizate în șase birouri regionale.

Bucoul regional al Europei (unul dintre cele șase birouri regionale) cuprind, în prezent, 50 de state membre, printre care și România.

Pentru reorientarea serviciilor de sănătate, sunt importante următoarele hotărâri:

1) Conferința de la Alma-Ata (1978), unde s-a enunțat principiul I.P.S. (Îngrijiri Primare de Sănătate) prin „Declarația de la Alma-Ata”.

Au urmat apoi:

2) În 1979, lansarea strategiei mondiale „Santé pour tous d'ici l'an 2000” (Sănătate pentru toți până în anul 2000).

3) În 1984, statele membre ale regiunii europene au adoptat cele 38 de obiective (scopuri) ale Sănătății pentru toți.

4) Conferința de la Viena (21 - 24 iunie 1988) continuă să sensibilizeze nursele din toată Europa asupra modificărilor cerute în practica de îngrijire pentru atingerea celor 38 de obiective regionale.

5) Rezoluția Adunării Mondiale a Sănătății 45.5 din 1992 (vezi *Nursingul în acțiune* de J. Salvage).

4.3. ÎNGRIJIRI PRIMARE DE SĂNĂTATE (I.P.S.)

Definiție. Prin *îngrijiri primare de sănătate*, înțelegem: îngrijiri esențiale de sănătate, accesibile tuturor persoanelor și familiilor din comunitate, prin mijloace ce le sunt acceptabile, cu participarea lor plenară și la un preț de cost abordabil comunității și țării.

Îngrijirile primare de sănătate se sprijină pe comunitate.

Definiția comunității:

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

Comunitatea este locul de unde pleacă îngrijirile primare de sănătate; indivizii, familiile și grupurile își asigură singuri responsabilitatea acțiunilor de sănătate. Pentru realizarea acestei strategii, s-a considerat că este necesară schimbarea vechii concepții de *asistentă medicală*, și anume concepția de dinaintea de Conferința de la Alma-Ata, când: acțiunile de sănătate au fost orientate spre lupta împotriva bolii; se acordă o

pondere mai mare refacerii sănătății, și nu menținerii și dezvoltării ei; îngrijirile erau limitate la partea medicală și, în acest caz, asistenta era un executant al indicațiilor medicale, pierzându-și rolul de bază în procesul de îngrijire.

Dar îngrijirile persoanei nu presupun numai funcții tehnice, ci și de nursing ce ne obligă să gândim.

În concepția actuală, se consideră că o bună asistentă medicală (o bună îngrijire) presupune trecerea de la îngrijirile terapeutice (cărora li s-a acordat un loc prioritar în dauna îngrijirilor menite să mențină sănătatea, viața) la I.P.S., adică la îngrijirile primare de sănătate.

Îngrijirile primare de sănătate sunt denumite și *îngrijiri de sănătate comunitare*, pentru că solicită participarea comunității (a membrilor acesteia). Prin urmare, omul, în globalitatea sa, cu necesitățile sale bio-fiziologice, psiho-sociale, culturale și spirituale poate activa ca un copartener și nu ca un receptor pasiv de diverse prestații.

Îngrijirile primare de sănătate favorizează îngrijiri complete, înglobând: promovarea sănătății; prevenirea îmbolnăvirilor; îngrijirile curative curente și obișnuite; recuperarea; urgențele.

Îngrijirile primare de sănătate acoperă trei niveluri de intervenții, și anume: îngrijiri de prevenire primară; îngrijiri de prevenire secundară și îngrijiri de prevenire terțiară.

Se poate vorbi și de intervenția de nivel IV în cazul bolilor terminale (susținerea familiei etc.).

Nivelurile de intervenții

Îngrijiri de prevenire primară

Prin prevenirea primară, înțelegem menținerea și promovarea sănătății, precum și prevenirea îmbolnăvirilor. Intervenția asistentei urmărește: educația sanitară (din toate punctele de vedere: alimentație, contracepție etc.) și prevenirea specifică (vaccinări, profilaxia unor boli).

Îngrijiri de prevenire secundară

Prevenirea secundară urmărește intervențiile curative pentru tratamentul bolilor și prevenirea agravării sau a complicațiilor.

Rolul asistentei este să descopere problemele la timp (prin vizite acasă, în comunitate - nu așteptăm să ne caute oamenii, îi căutăm noi, prin controale periodice etc.).

Îngrijiri de prevenire terțiară

Prevenirea terțiară urmărește recuperarea. Rolul asistentei este să susțină persoana îngrijită pentru a se adapta la diferite dificultăți cauzate de problemele de sănătate (rol în recuperarea persoanei).

Pentru asigurarea dezvoltării îngrijirilor primare de sănătate, sunt necesare trei domenii de studiu și acțiune: identificarea a ceea ce înseamnă îngrijiri primare de sănătate; inițierea personalului sanitar, a consumatorilor în îngrijiri primare de sănătate; promovarea și recunoașterea valorii sociale și economice a îngrijirilor primare de sănătate.

1. Identificarea a ceea ce înseamnă L.P.S.

Acest proiect implică necesitatea cunoașterii și studierii unui întreg ansamblu de caracteristici: climatul, resursele de apă, caracteristicile populației, nivelul de educație a populației, categoriile sociale, resursele economice, caracterul urban sau rural, natura muncii efectuate de bărbat și femeie, incidența și prevalența unor boli, rețeaua serviciilor de sănătate.

2. Inițierea personalului sanitar și a consumatorilor de L.P.S.

a) pregătirea lucrătorilor sanitari pentru a înțelege L.P.S., indiferent că aceștia lucrează în mediu extraspitalicesc, în mediu spitalicesc sau sunt personal de instruire.

Este indispensabil ca aceștia să cunoască medii de viață diferite pentru colaborarea cu L.P.S.: mediul familial – domiciliul; mediul de muncă – activitatea bărbaților, femeilor; mediul școlar – copii; alte medii – cultural, petrecerea timpului liber etc.

Pregătirea lucrătorilor sanitari și sociali pentru a lucra cu populația, nu pentru populație, le impune acestora: să știe să asculte; să fie capabili să înțeleagă propunerile făcute (de indivizi, familii, grupuri); să știe să utilizeze informațiile; să știe să alcătuiască un plan de îngrijire (sau acțiuni sanitare stabilite cu populația); să învețe să muncească cu alte modele sociale diferit de cel îngrijit sau conducător și salariat.

Modele sociale stabilite pe relații de egalitate și recunoaștere reciprocă

Personalul din sistemul sanitar trebuie să învețe să renunțe la complexe de superioritate sau de inferioritate între diferitele categorii pro-

Curriculul de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

profesionale și să cunoască valoarea socială a persoanelor care îndeplinesc alte profesii.

Personalul din sistemul sanitar nu trebuie să-și asume un comportament de dominație față de consumatori de prestații, spunându-le ce au de făcut, fără să-i asculte cel puțin ce au de spus.

Important! Asistenta generalistă a cărei activitate se desfășoară în comunitate trebuie să mențină contacte regulate cu persoane, familii, grupuri, la domiciliu, la școală, în diverse instituții (locuri de muncă) și/sau locuri recreative.

Asistentele trebuie să abordeze îngrijirile de așa natură, încât să satisfacă nevoile de sănătate ale pacientului, ale familiei, colectivității și societății.

b) populația trebuie pregătită să (lucreze) coopereze cu lucrătorii sanitari.

3. Recunoașterea valorii sociale și economice a I.P.S. și a persoanelor care le acordă

În acest context, trebuie să studieze costul, incidența economică a I.P.S., ținând cont de: durata timpului de muncă; mijloacele și tehnologiile necesare; cheltuieli (local, dotare etc.); dotarea cu personal.

4.4. CADRUL CONCEPTUAL AL ÎNGRIJIRILOR

Orice activitate ce se dorește a fi profesională urmărește să se sprijine pe baze științifice. Cu toată diversitatea teoriilor și conceptelor despre îngrijiri (în această profesie), în întregul lor, acestea comportă o anumită înțelegere privind persoana îngrijită, sănătatea și îngrijirile (nursingul).

1. Conceptual, *omul* este o ființă unică, cu nevoi biologice, psihologice, sociale și culturale, o ființă în continuă schimbare și în interacțiune cu mediul său înconjurător, o ființă responsabilă, liberă și capabilă de a se adapta.

După Virginia Henderson, conceptual de *individ* are următoarea sferă semantică: „Individul este o entitate bio-psiho-socială formând un tot indivizibil (noțiune privind globalitatea individului). El are necesități

fundamentale (comune tuturor), cu manifestări specifice pe care și le satisface singur dacă se simte bine. El tinde spre autonomie în satisfacerea necesităților sale”.

2. În ceea ce privește termenul *sănătate*, au fost formulate mai multe definiții.

Definiția O.M.S. cu privire la *sănătate* este următoarea: „Sănătatea este o stare de bine fizic, mental și social, ce nu constă numai în absența bolii sau a infirmității”.

Alte definiții:

„Sănătatea este o stare în care necesitățile sunt satisfăcute în mod autonom, nu se limitează la absența bolii”. (Virginia Henderson)

„Sănătatea este o stare de echilibru bio-psiho-social, cultural și spiritual, stare de autonomie și independență, fără a fi egală cu absența bolii sau a infirmității, este o stare dinamică ce dă posibilitatea unui organism de a rămâne în echilibru cu mediul extern și intern.” (Dinamica se referă la capacitatea individului de adaptare la modificările mediului intern și extern.)

„Sănătatea reprezintă ansamblul forțelor biofizice, fizice, afective, psihice și sociale, mobilizabile pentru a înfrunta, compensa și depăși boala.”

3. Concepția despre *boală* se referă la ruperea echilibrului, a armoniei, reprezentând un semnal de alarmă tradus prin suferința fizică, psihică, o dificultate sau o inadaptare la o situație nouă, provizorie sau definitivă. Este un eveniment care poate merge până la respingerea socială a omului din anturajul său.

4.5. COMPETENȚA ASISTENȚEI MEDICALE

Practicarea unor îngrijiri de calitate presupune multe cunoștințe și elemente de competență: cunoașterea unui model conceptual de îngrijire (de nursing); cunoștințele acumulate; cunoașterea demersului științific.

1. Cunoașterea unui model conceptual de îngrijire

Definiție: Un model conceptual este un ansamblu de concepte, o imagine mentală care favorizează reprezentarea realității.

Modelul conceptual (cadrul conceptual) este, prin urmare, o dimensiune esențială de bază care ne permite să aplicăm „filosofia noastră” privind îngrijirile. Nu poate să fie altfel, deoarece cadrul conceptual este stabilit pe bază de postulate, valori și elemente.

Pentru a defini cadrul conceptual al unei profesii – oricare ar fi câmpul ei de acțiune –, este necesar mai întâi să se precizeze următoarele elemente: scopul profesiei; țelul activității sale; beneficiarul; rolul său; dificultăți întâlnite la pacienții de care se ocupă (sursele de dificultate puse în evidență de asistentă sunt legate de lipsa de forță fizică, voință sau de cunoștințe); natura intervenției acordate pacientului (de înlocuire, suplinire, ajutorare, întărirea forței, sporirea forței); consecințele acestei acțiuni. Toate aceste elemente, atunci când se organizează într-o structură teoretică globală, devin cadrul său conceptual (sau modelul său conceptual, în cazul nostru, al nursingului).

2. Cunoștințele acumulate

Științifice

- Cunoștințele științifice acumulate pe parcursul formării asistentei o ajută la înțelegerea ființei umane în dimensiunile sale fizice, intelectuale și afective. Acestea furnizează, de asemenea, explicații asupra mediului fizic și social.

Tehnice

- Noțiunile și abilitățile tehnice se referă la procedeele metodice și științifice care servesc la promovarea sănătății și combaterea bolilor.

Relaționale

- Cunoștințele relaționale se referă la capacitatea asistentei de a stabili relații cu pacienții, de a crea un climat propice unor relații calde de umanitate. De asemenea, asistenta trebuie să știe să colaboreze cu anturajul pacientului (familie, prieteni), să lucreze într-o echipă multidisciplinară și în comunitate.

Etice

- Cunoștințele etice sunt legate de ansamblul de norme și principii referitoare la valorile morale ale persoanei și profesiei, reglând, în același timp, buna conduită a asistentei.

Legislative

- Cunoștințele legislative se referă mai ales la reglementările și directivele incluse în legi, în vederea protejării asistentei și a pacientului.

Cunoașterea demersului științific

Demersul științific este un instrument de investigație, de analiză, de interpretare, de planificare și de evaluare a îngrijirilor. Cunoașterea demersului științific aplicat în îngrijirea individualizată a pacienților îi va permite asistentei să ajungă la continuitate și la planificarea unor îngrijiri de calitate.

Instrumentul logic și sistematic pe care-l utilizează nursingul este demersul științific.

Capitolul II

MODELUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON

În acest context, este necesar să se precizeze conceptele-cheie ale acestui model:

- Individul bolnav sau sănătos este văzut ca un tot complet prezentând 14 nevoi fundamentale pe care trebuie să și le satisfacă;
- Scopul îngrijirilor este de a păstra sau a restabili independența individului în satisfacerea acestor nevoi;
- Rolul asistentei îl constituie suplینirea a ceea ce el nu poate să facă singur.

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

Un model conceptual este o abstracție, o creație a spiritului.

1. COMPONENTELE ESENȚIALE ALE UNUI MODEL CONCEPTUAL

Componentele esențiale ale unui model conceptual sunt următoarele: postulatele, valorile și elementele (scopul profesiei; țelul activității (beneficiarul); rolul activității; dificultăți întâlnite de pacient (sursa de dificultate); intervenția acordată; consecințele).

Postulatele

Acestea reprezintă suportul teoretic și științific al modelului conceptual, fiind enunțuri pentru susținerea altor enunțuri. Acestea sunt re-

Curriculă de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

cunoscute și acceptate (nu trebuie demonstrate). Postulatele pe care se bazează modelul Virginiei Henderson sunt următoarele:

- Orice ființă umană tinde spre independență și o dorește.
- Individul formează un tot caracterizat prin nevoi fundamentale. Când una dintre nevoi rămâne nesatisfăcută, individul nu este „complet”, „întreg”, „independent”.

Valorile sau credințele

Modelul Virginiei Henderson este susținut de trei valori:

- Asistenta posedă funcții care sunt proprii.
- Când asistenta preia din rolul medicului, ea cedează o parte dintre funcțiile sale unui personal necalificat.
- Societatea așteaptă un serviciu din partea asistentelor, pe care nu poate să-l primească de la niciun alt personal.

Elementele

Cele șase elemente care dau sens vieții profesionale sunt enunțate în cele ce urmează.

Scopul profesiei este: de a ajuta pacientul să-și conserve sau să-și restabilească independența, în așa fel ca el să poată să-și satisfacă nevoile prin el însuși; de a favoriza vindecarea; de a asista muribundul spre un sfârșit demn.

Membrii acestei profesii tind spre un ideal. Fiind însă realiști, neputând să-l atingă, ei acceptă să desfășoare activități limitate care au scopul de a conserva sau a restabili independența persoanelor îngrijite.

Obiectivul activității profesionale este beneficiarul, adică persoana sau grupul de persoane spre care este îndreptată activitatea.

În atingerea obiectivului, se ține cont de faptul că individul, bolnav sau sănătos, formează un tot cu nevoi comune tuturor ființelor umane, dar și de faptul că manifestarea nevoilor este diferită de la un individ la altul.

Rolul profesiei desemnează rolul social pe care îl au membrii profesiei.

Rolul asistentei este de suplire a dependenței (a ceea ce nu poate să facă persoana), de a încerca să înlocuiască necesitatea în așa fel ca persoana să poată să-și satisfacă cerințele mai ușor și fără handicap.

Sursa de dificultate

Dificultățile întâlnite la pacient, care fac ca persoana să nu poată răspunde la una dintre nevoile sale, sunt cauzate de o lipsă: de forță; de voință sau de cunoștințe.

Aceste dificultăți țin de competența asistentei, fiind important de știut de care lipsă este dată sursa de dificultate. Dar dificultățile întâlnite de pacient nu sunt toate legate de profesiunea noastră.

Intervenția aplicată persoanei

Asistenta nu trebuie să piardă din vedere omul în globalitatea sa. Intervenția va fi orientată asupra „lipsei” și constă în a spori (a crește) independența persoanei.

Consecințele sunt rezultatele obținute – „ameliorarea” dependenței sau „câștigarea” independenței, respectiv atingerea scopului.

2. NEVOILE FUNDAMENTALE

Generalități

Fără îndoială, există anumite nevoi fundamentale comune tuturor ființelor umane, care trebuie satisfăcute pentru a atinge un nivel optim de bunăstare. Cadrul conceptual al Virginiei Henderson pornește de la existența unor necesități fiziologice și aspirații ale ființei umane, numite *nevoi fundamentale*.

Nevoile fundamentale și dimensiunile bio-psiho-sociale, culturale și spirituale

Cadrul conceptual al Virginiei Henderson se bazează pe definirea celor 14 nevoi fundamentale, cu componentele bio-psiho-sociale, culturale și spirituale ale individului.

Atingerea de către pacient a independenței în satisfacerea acestor nevoi este specifică profesiei de asistentă medicală. Pentru a aplica mo-

delui conceptual al Virginiei Henderson, asistenta trebuie să știe că o nevoie fundamentală este o necesitate vitală, esențială, a ființei umane pentru a-și asigura starea de bine, în apărarea fizică și mentală. Cele 14 nevoi fundamentale sunt următoarele:

- a respira și a avea o bună circulație;
- a bea și a mânca;
- a elimina;
- a se mișca și a avea o bună postură;
- a dormi și a se odihni;
- a se îmbrăca și a se dezbrăca;
- a-și menține temperatura corpului în limite normale;
- a fi curat, îngrijit, a-și proteja tegumentele și mucoasele;
- a evita pericolele;
- a comunica;
- a acționa conform propriilor convingeri și valori, a practica religia;
- a fi preocupat în vederea realizării;
- a se recrea;
- a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea.

Fiecare dintre aceste nevoi comportă diferite dimensiuni ale ființei umane, și anume: o dimensiune biologică (bio-fiziologică); o dimensiune psihologică; o dimensiune sociologică; o dimensiune culturală; o dimensiune spirituală.

Cele 14 nevoi fundamentale îmbracă forme foarte variate în funcție de individ, de starea sa de sănătate, maturitatea sa, obiceiurile personale și culturale. Fiecare nevoie prezintă componente bio-fizico-psiho-socio-culturale.

Cele 14 nevoi formează un tot unitar, iar a considera o nevoie făcând abstracție de celelalte constituie o negație a „totului”; a încerca să separe fizicul de psihic este, așadar, inutil.

Conform conceptului Virginiei Henderson, scopul ideal al profesiei de asistentă îl constituie independența persoanei în satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale.

Asistenta care vrea să personalizeze îngrijirile trebuie să țină seama, prin urmare, de diversele dimensiuni implicate, precum și de interacțiunea între nevoi. Satisfacerea sau nesatisfacerea unei nevoi are consecințe asupra satisfacerii sau nesatisfacerii celorlalte nevoi.

O nevoie nesatisfăcută poate să pară (sau să fie) de ordin bio-fiziologic, dar aceasta nu înseamnă că este singura dimensiune interesată. De exemplu, nevoia de a elimina comportă și o dimensiune psihologică – nevoia de intimitate pe care o resimte persoana sau tensiunea nervoasă care se repercutează, de asemenea, comportă și dimensiunea cultural-spirituală: prin valoarea acordată igienei în anumite culturi sau referitor la anumite obiceiuri și ritualuri.

În clasificarea nevoilor, după Virginia Henderson, circulația este alăturată nevoii de a se mișca. Dată fiind însă legătura fiziologică care unește funcția cardio-respiratorie, unii preferă să alăture funcția circulatorie nevoii de a respira, ceea ce este, în fond, logic.

O altă problemă care nu este specificată este sexualitatea. Se consideră că faptul de a comunica înglobează sexualitatea, aceasta fiind un mijloc de combatere a solitudinii ființei și de comunicare la nivelul corpului său.

În concluzie, toate aceste dimensiuni, în ansamblul lor, pot modifica manifestările de satisfacere a fiecăreia dintre nevoi, influențând, implicit, satisfacerea nevoilor fundamentale. De exemplu, pentru nevoia de a se alimenta, reamintim factorii dimensiunii psihologice, socio-culturale și chiar religioase (spirituale) care pot influența satisfacerea nevoii.

Dimensiunea psihologică

În acest sens, sunt enunțați factori psihologici ca frica, anxietatea, emoția, repulsia pentru anumite alimente.

Dimensiunea socio-culturală

Această dimensiune se referă la climatul familial în timpul mesei, obiceiurile alimentare legate de familie sau cultură, importanța acordată alimentației.

Dimensiunea spirituală (religioasă)

În acest context, sunt relevante aspecte precum restricția alimentară impusă pentru anumite religii (de exemplu, carnea de porc la evrei).

3. CLASIFICAREA NEVOILOR UMANE DUPĂ TEORIA LUI MASLOW

Abraham Maslow, psiholog și umanist american, afirmă că există cinci categorii de nevoi umane, ierarhizate, în ordinea priorităților, astfel: nevoi fiziologice; nevoi de siguranță; nevoia de apartenență; nevoia de recunoaștere socială și nevoia de realizare (depășire).

Conform acestei teorii, trebuie să fie satisfăcute, mai întâi, nevoile de bază (toate sau cea mai mare parte dintre acestea) – fiziologice și de securitate –, pentru ca persoana să poată tinde spre satisfacerea nevoilor de ordin superior, și anume apartenența, stima, realizarea, depășirea de sine).

4. NEVOIA ȘI HOMEOSTAZIA

Satisfacerea, în ansamblu, a nevoilor unei persoane permite conservarea în stare de echilibru a diverselor sale procese fiziologice și psihologice.

Nevoia constituie o stare care cere un aport, o ușurare, indicând lipsa unui lucru cu caracter de necesitate, de dorință (dorit, vrut), de utilitate.

Homeostazia este definită ca o stare de echilibru și de autoreglare care se instalează între diverse procese fiziologice ale persoanei. Acest concept se extinde, de asemenea, și la procesele psiho-sociologice.

Astfel, astăzi, se vorbește despre *homeostazie fiziologică* și despre *homeostazie psiho-socială* a individului.

Evoluția spre o nevoie superioară nu se poate realiza pe deplin decât atunci când nevoia inferioară este satisfăcută.

Nesatisfacerea unei nevoi, fie aceasta de ordin fiziologic sau psihologic, este susceptibilă a avea repercusiuni pentru una sau mai multe nevoi.

Exemplu de autoreglare (transpirația în febră): o eliminare insuficientă a acidului uric poate provoca un oarecare grad de acidoză metabolică pe care nevoia de a respira va încerca să o compenseze printr-o respirație rapidă și profundă, antrenând astfel o mai mare eliminare de CO_2 și o restabilire posibilă a echilibrului acido-bazic.

Exemplu cu efect mai puțin favorabil în procesul de autoreglare: o persoană care nu se poate mișca va avea apetitul scăzut, capacitatea pulmonară redusă, motilitatea intestinală încetinită, tonusul psihologic scă-

tut, homeostazia proceselor fiziologice și psihologice putând fi astfel perturbată.

Ierarhizarea nevoilor după Abraham Maslow

Nevoia de realizare implică: realizarea personalității, autodepășirea și creativitatea.

Nevoia de recunoaștere poate fi de mai multe tipuri: de iubire - de recunoaștere; de stimă - de recunoaștere a statutului, a competenței; de respect.

Nevoia de apartenență se referă la nevoia: de a stăpâni situațiile; de a aparține unui grup; de a fi recunoscut și acceptat de către grup; de a avea cui împărtăși; de putere.

Nevoia de siguranță se manifestă în cazul agresiunilor externe (pierderea locului de muncă, schimbarea mediului, orașului), în contextul unor catastrofe, a unor evenimente sociale deosebite, pe timp de război etc.

Nevoile fiziologice (nevoi fizice și corporale elementare) sunt următoarele: nevoia de a mânca, a bea, a se odihni, a comunica, a se distra, a elimina, absența durerii, anularea suferinței; nevoia de aer, apă etc.

Evoluția spre o nevoie superioară nu se poate realiza pe deplin decât atunci când nevoia inferioară este satisfăcută.

5. INDEPENDENȚĂ ȘI DEPENDENȚĂ ÎN SATISFACEREA NEVOILOR FUNDAMENTALE

Ca să-și mențină un echilibru fiziologic și psihologic, pacientul trebuie să atingă un nivel minim de satisfacere a nevoilor sale.

Independența la adult

Aceasta implică atingerea unui nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor (un bun echilibru fiziologic și psihologic), prin acțiuni pe care le îndeplinește individul însuși (singur), fără ajutorul unei alte persoane. Independența înseamnă, prin urmare, satisfacerea uneia sau a mai multor nevoi prin acțiuni proprii, îndeplinite de însăși persoana în cauză.

Pentru copii, independența se consideră și atunci când nevoile sunt îndeplinite cu ajutorul altora (de către alții), în funcție de faza de creștere și de dezvoltare a copilului.

Dependența

Aceasta implică incapacitatea persoanei de a adopta un anumit comportament sau de a îndeplini, în mod individual, fără ajutorul unei alte persoane, acțiuni care să-i permită un nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor, astfel încât să poată obține o anumită stare de independență.

Originea probabilă a acestei dependențe este o lipsă de forță (când pacientul nu poate), lipsă de voință (când nu vrea), lipsă de cunoaștere (când pacientul nu știe cum să acționeze pentru satisfacerea nevoilor fundamentale).

Observație: Asistenta știe că propria sa competență nu este suficientă în vastul domeniu al sănătății. Așa, de exemplu, în cazul unui pacient nesatisfăcut din cauza lipsei de bani, a locuinței, a căldurii, intervenția asistentei este limitată. De aceea, în astfel de situații, ea recunoaște competența altor profesioniști cu care lucrează interdependent.

Important de reținut: Noțiunea de *nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor* înseamnă că poate exista un oarecare grad de insatisfacție, fără ca acest lucru să presupună însă și o dependență a persoanei.

De exemplu: O persoană este independentă dacă folosește, într-un mod adecvat, fără ajutorul altei persoane, un aparat, un dispozitiv, o proteză (proteză auditivă, oculară, dentară, cârjă, sac de stomie, membru artificial etc.), fapt care-i permite să manifeste o stare de bine, fiind, așadar, independentă. Dependența apare din momentul în care o persoană trebuie să recurgă la altă persoană pentru a utiliza un aparat, un dispozitiv de susținere sau o proteză.

O altă precizare: Se consideră că este eronat să calificăm pacientul „dependent”; de aceea este preferabil să se folosească sintagma „problemă de dependență”.

Manifestarea de dependență

Atunci însă când o nevoie fundamentală este nesatisfăcută din cauza unei surse de dificultate, apar una sau mai multe manifestări de dependență. Acestea sunt semne observabile ale unei anumite incapacități a persoanei de a răspunde prin sine însuși la această nevoie.

Exemplu: Incapacitatea unei persoane de a-și proteja tegumentele poate duce la roșeață sau la leziune, aceasta fiind o manifestare de dependență față de această nevoie. Un alt exemplu ar fi incapacitatea de a

simptomica generatoare, de asemenea, de manifestări de dependență care pot conduce la izolarea socială.

Dependența unei persoane trebuie să fie considerată (apreciată) nu numai în raport cu intensitatea sa, dar și cu durata sa (de la câteva zile la ani de zile). Astfel, dependența poate fi de mai multe tipuri: moderată sau totală, temporară sau permanentă.

Clasificarea nivelurilor de dependență

Nivelul de dependență (indicele de gravitate) al persoanei îngrijite se poate determina în funcție de evaluarea funcției de independență/ dependență a fiecărei nevoi fundamentale, după următorul tabel:

Tabel de corespondență a nivelurilor de dependență

Niveluri de dependență	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
	Persoana este independentă și autonomă.	Persoana prezintă o dependență moderată.	Persoana prezintă o dependență majoră.	Persoana prezintă o dependență totală.

Fiecare nevoie fundamentală poate fi încadrată într-una dintre cele patru categorii.

Totalul de puncte obținut permite clasificarea pacienților în patru categorii de dependență, astfel:

Clasificarea în patru categorii de dependență

persoană independentă:	până la 14 =	nivel 1
pacient cu dependență moderată:	de la 15 la 28 =	nivel 2
pacient cu dependență majoră:	de la 29 la 42 =	nivel 3
pacient cu dependență totală:	de la 43 la 56 =	nivel 4

Importanța practică

Evaluarea nivelului de dependență a pacientului se folosește ca instrument de măsură pentru a ne orienta în procesul de îngrijire. Astfel, consemnarea și urmărirea nivelului de dependență ne permite aprecierea rezultatului obținut în urma tratamentului și intervențiilor de îngrijire.

Determinarea și consemnarea nivelului de dependență se pot face și numai pentru una sau mai multe dintre nevoile nesatisfăcute, acordând nevoii respective un punctaj de la 1 la 4, fără să se mai facă totalizarea punctelor.

Tipuri de dependență și nivelul de intervenție

Dependența poate să intereseze aspectul biologic, psihologic, social, cultural și spiritual al ființei umane. Pacientul poate să prezinte patru forme de dependență: potențială, actuală, descrescândă, permanentă.

Această problemă trebuie să fie considerată sub unghiul celor trei niveluri de intervenții deja menționate: prevenirea primară, secundară și terțiară.

Potențială Dacă problema de dependență este posibil să apară din cauza anumitor predispoziții, atunci vorbim de o stare de *dependență potențială*. În acest caz, trebuie planificată o intervenție. *Exemplu:* La un pacient subalimentat, imobilizat, poate ușor să apară roșeață sau răni prin presiune (escară). O acțiune preventivă poate evita însă această problemă de dependență.

Actuală În același timp, dacă problema este prezentă, dependența este *actuală*. În acest caz, acțiunile vor fi corective.

Descrescândă Atunci când dependența pacientului se reduce, se spune că aceasta este în *descrescere*. Rolul asistentei, în acest caz, este de a susține acest progres și de a ajuta pacientul să-și regăsească gradul optimal de autonomie.

Permanentă Dacă în ciuda îngrijirilor din partea asistentei, problema nu poate fi corectată, atunci dependența este *permanentă* sau *cronică* (de exemplu, în paraplegie). Rolul asistentei, în acest caz, constă în suplinirea a ceea ce pacientul nu poate face independent și de a-l ajuta să se adapteze în aceste limite.

6. SURSELE DE DIFICULTATE

Sursele de dificultate se definesc ca fiind cauza dependenței. Orice obstacol major care împiedică satisfacerea uneia sau a mai multor nevoi fundamentale constituie o sursă de dificultate. Sursele de dificultate pot fi cauzate de: factori de ordin fizic; factori de ordin psihologic; factori de ordin social; factori de ordin spiritual; factori legați de cunoștințe insuficiente.

1. Factori de ordin fizic

Sursele de dificultate de ordin fizic cuprind toate obstacolele (pie-dicile) fizice de natură intrinsecă sau extrinsecă ce influențează negativ satisfacerea uneia sau a mai multor nevoi fundamentale. Sursele de difi-cultate intrinseci provin de la individul însuși. Poate fi vorba de o pro-blemă articulară, de o paralizie, de o problemă metabolică, de o infecție, de o excrescență care obturează trecerea aerului, a alimentelor, a sub-stanțelor excretorie etc. Sursele de dificultate extrinseci cuprind agenți exteriori care, în contact cu organismul uman, împiedică funcționarea normală (de exemplu, o sondă nazo-gastrică sau vezicală care cauzează iritații, un pansament compresiv, o imobilizare etc.).

2. Factori de ordin psihologic

Sursele de dificultate de ordin psihologic cuprind sentimente și emoții, pe scurt, stările sufletești și intelectuale care pot influența satis-facerea anumitor nevoi fundamentale, de gândire, anxietate și situații de criză (doliu etc.).

Manifestările de dependență la acest nivel pot afecta toate nevoile (de exemplu, anxietatea poate cauza hiperventilație, anorexie, diaree, per-turbarea capacității de comunicare etc.).

3. Factori de ordin social

Sursele de dificultate de ordin social cuprind problemele generate persoanei în raport cu anturajul său, cu partenerul de viață, cu familia sa, cu prietenii, colegii de muncă, pe scurt, problemele legate de inserarea (încadrarea) în comunitate. Aceste surse pot fi prezente pe diverse pla-

nuri relaționale culturale și economice. Se pot prezenta sub formă de modificări ale rolului său social (serviciu nou, șomaj), dificultăți de comunicare, probleme de adaptare la o anumită cultură, sentiment de respingere etc. Asistenta nu poate întotdeauna să influențeze direct problemele generate de aceste surse de dificultate, dar ea trebuie să știe să le recunoască și să ajute pacientul. Asistentele trebuie să deceleze nivelul igienei locuințelor, salubritatea, aerul ambiant etc. Sursele de dificultate de ordin social pot să afecteze calitatea vieții (cu repercusiuni asupra tuturor nevoilor) și pot constitui surse de stres, de depresie, de malnutriție etc.

4. Factori de ordin spiritual (sursele de dificultate de ordin spiritual)

Este vorba despre aspirațiile spirituale, despre revolta persoanei împotriva sensului vieții, despre întrebări religioase, filosofice, despre anumite limite în practicarea religiei care-i dau persoanei o serie de insatisfacții. Acestea au repercusiuni mai ales asupra persoanelor în vârstă sau la muribunzi, putând însă apărea manifestări de dependență și la alte categorii.

5. Factori legați de lipsa de cunoștințe (sursele de dificultate legate de lipsa de cunoștințe)

Asistenta poate ajuta pacientul în procesul de câștigare a unor cunoștințe care sunt necesare pentru satisfacerea nevoilor. Astfel, sunt necesare informații pentru cunoașterea de sine, precum și o serie de cunoștințe despre sănătate și boală, cunoașterea celorlalte persoane, cunoașterea mediului social.

Intervenția asistentei se poate răsfrânge direct asupra sursei de dificultate sau asupra manifestărilor de dependență. Uneori însă nu se poate acționa asupra sursei de dificultate.

Astfel, în cazul unei probleme de retenție urinară, din cauza efectului anesteziei la un pacient operat, asistenta nu poate acționa asupra sursei, ci doar asupra retenției care constituie problema de dependență a pacientului. Din contra, atunci când este vorba de insuficiențe cunoștințe, acțiunile asistentei pot viza direct sursa de dificultate, printr-o învățare (educare) adecvată a pacientului.

Modelul conceptual al Virginiei Henderson

Alte situații în care intervenția asistentei asupra sursei de dificultate nu este posibilă se referă la deficitul vizual sau intelectual.

Există însă și situații în care intervenția asistentei poate fi prezentă la cele două niveluri: de exemplu, un pacient cu escară din cauza imobilizării (asistenta se ocupă de rană, dar și de sursa de dificultate, prin schimbarea poziției pacientului).

Capitolul III

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

Prezentare generală

Ce este procesul (sau demersul) de îngrijire?

Este o metodă organizată și sistematică care permite acordarea de îngrijiri individualizate. Demersul de îngrijire este centrat pe reacțiile particulare ale fiecărui individ (sau grup de indivizi) la o modificare reală sau potențială de sănătate.

După Geneviève Dechanoz, procesul de îngrijire reprezintă aplicarea modului științific de rezolvare a problemelor, a analizei situației, a îngrijirilor, pentru a răspunde nevoilor fizice, psihosociale ale persoanei, pentru a renunța la administrarea îngrijirilor stereotipe și de rutină, bazate pe necesități presupuse, în favoarea unor îngrijiri individualizate, adaptate fiecărui pacient. Este un mod de a gândi logic, care permite intervenția conștientă, planificată, a îngrijirilor, în scopul protejării și promovării sănătății individului.

Aplicarea cadrului conceptual al Virginiei Henderson în procesul de îngrijire ușurează identificarea nevoilor pacientului pe plan bio-psihosocial, cultural și spiritual, precum și găsirea surselor de dificultate care împiedică satisfacerea nevoilor. De asemenea, permite stabilirea intervențiilor capabile să reducă influența acestor surse de dificultate, cu scopul de a ajuta persoana să-și recapete autonomia (pe cât posibil).

Etapile procesului de îngrijire

Procesul de îngrijire comportă cinci etape: *culegerea de date; analiza și interpretarea lor (probleme, diagnostic de îngrijire); planificarea îngrijirilor (obiective); realizarea intervențiilor (aplicarea lor); evaluarea.*

Culegerea datelor ne permite să facem o inventariere a tuturor aspectelor privind pacientul în globalitatea sa. Se poate spune că acestea ne informează asupra a ceea ce este pacientul, asupra suferinței, asupra obiceiurilor sale de viață și asupra stării de satisfacere a nevoilor fundamentale.

Analiza și interpretarea datelor ne permit să punem în lumină problemele specifice de dependență, precum și sursa de dificultate care le-a generat, adică elaborarea diagnosticului de îngrijire.

Planificarea îngrijirilor ne permite: determinarea scopurilor (obiectivelor) care trebuie urmărite, mai precis determinarea obiectivelor de atins (rezultatul așteptat); stabilirea mijloacelor pentru rezolvarea obiectivelor (pentru atingerea rezultatelor); executarea, aplicarea intervențiilor; utilizarea planului de intervenții elaborat (precizarea concretă a intervențiilor).

Evaluarea constă în analiza rezultatului obținut (dacă intervențiile au fost adecvate, dacă s-a obținut rezultatul dorit sau nu), observându-se, totodată, dacă au apărut noi date în evoluția stării pacientului (care trebuie notate) și, eventual, dacă este necesară reajustarea intervențiilor și obiectivelor (proces ciclic).

Care sunt avantajele utilizării procesului științific din punct de vedere al calității îngrijirilor?

Avantajul cel mai mare este legat de faptul că demersul se sprijină pe datele furnizate de pacient sau luate din alte surse sigure. Aceste date permit să se observe situația în ansamblul ei și să se aprecieze nevoile reale ale fiecărui pacient considerat ca o persoană diferită și unică în sine.

Demersul constituie, prin urmare, un instrument de individualizare și de personalizare a îngrijirilor, acestea concurând la umanizare.

O altă calitate a demersului constă în faptul că informațiile constituie o resursă foarte utilă pentru controlul calității de îngrijire, punând la dispoziția întregii echipe de îngrijire detaliile planificării îngrijirilor și făcând posibilă raționalizarea îngrijirilor, coordonarea și stabilirea priorității.

1. CULEGEREA DE DATE SAU APRECIEREA

(PRIMA ETAPĂ A DEMERSULUI SAU PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

Culegerea datelor constituie faza inițială, debutul procesului de îngrijire de la care începe derularea acestui demers. Culegerea informațiilor este un proces continuu, în sensul că pe tot parcursul muncii sale, asistenta nu încetează să observe, să întrebe și să noteze datele care îi privesc pe fiecare pacient.

Prin urmare, începând din momentul sosirii pacientului în spital sau al contactului inițial cu personalul de îngrijire, într-un centru de sănătate, în comunitate și pe tot parcursul îngrijirii, culegerea de date îi permite asistentei să-și stabilească acțiunile de îngrijire.

Multe dintre asistentele din spital se informează despre pacient încă înainte de a-l vedea (citesc dosarul, culeg date mai semnificative), pentru a-l aborda astfel cu un spirit deschis.

Tipuri de informații culese

Informațiile culese sunt de mai multe tipuri: date obiective – despre pacient observate de asistentă; date subiective – expuse de pacient; date conținând informații trecute; date conținând informații actuale; date legate de viața pacientului, de obiceiurile sale, de anturajul său sau de mediul înconjurător.

Îngrijirea pacientului pornește de la informațiile primite. Scopul investigațiilor noastre este de a rezolva problemele pacientului, pe care acesta nu și le poate rezolva singur. Identificarea problemelor de îngrijire a pacientului se bazează pe cunoașterea pacientului.

Cunoașterea deficiențelor pacientului

Este foarte importantă cunoașterea așteptărilor acestuia în ceea ce privește: îngrijirea, sănătatea, spitalizarea sa, propriile resurse cu ajutorul cărora să poată face față nevoilor de sănătate.

Prin cunoștințele noastre, trebuie (putem) să aprofundăm problemele reale și potențiale.

Toate informațiile culese pot fi grupate în două mari categorii: date relativ stabile și date variabile.

Date relativ stabile

Informații generale: nume, vârstă, sex, stare civilă etc.

Caracteristici individuale: rasă, limbă, religie, cultură, ocupație etc.

Gusturi personale și obiceiuri: alimentație, ritm de viață etc.

Evenimente biografice legate de sănătate: boli anterioare, sarcini, intervenții chirurgicale, accidente etc.

Elemente fizice și reacționate: grup sanguin, deficite senzoriale, pro-teze, alergii etc.

Rețeaua de susținere a pacientului: familie, prieteni etc.

Date variabile

Sunt date în continuă evoluție și schimbare, cerând, totodată, o constantă reevaluare din partea asistentei.

Date variabile legate de starea fizică: temperatură, tensiune arterială, funcție respiratorie, apetit sau anorexie, eliminare, somn, mișcare, reacții alergice, inflamații, infecții, oboseală, intensitatea durerii, reacții la tratament, la medicamente etc.

Date variabile legate de condițiile psihosociale: anxietate, stres, confort, disconfort, stare depresivă, stare de conștiință, grad de autonomie, capacitate de comunicare, acceptarea sau neacceptarea rolului etc.

Așa cum am mai menționat, colectarea datelor este un proces continuu care trebuie urmărit de către asistentă în munca sa zilnică, pentru a descoperi cum să se ajungă la satisfacerea nevoilor.

Aceste date se află la dispoziția întregii echipe de îngrijire și constituie un instrument de lucru în procesul de îngrijire, care trebuie să fie adus la zi, cu regularitate, în funcție de evoluția stării pacientului.

Surse de informație

Pentru culegerea datelor, asistenta trebuie să recurgă la diferite surse de informații, astfel: sursa directă, primară: pacientul; surse secundare sau indirecte: familia și anturajul pacientului; membrii echipei de sănătate; dosarul medical (actual și anterior); scheme de referință (consultarea unor date; cazuri specifice: hemodializa).

Mijloacele principale cele mai eficace de a obține informațiile dorite sunt, fără îndoială, următoarele: observarea pacientului; interviul pacientului; consultarea surselor secundare (mai sus enumerate).

Observarea

Observarea rămâne elementul primordial, de bază, pe care îl folosește asistenta pe parcursul activității și presupune: o capacitate intelectuală deosebită de a sesiza, prin intermediul simțurilor, detaliile lumii exterioare (diferite detalii).

Observarea este un proces mintal activ și se bazează pe subiectivitatea celui ce observă, ceea ce determină marea sa „fragilitate”.

Observația este filtrată prin mecanismele noastre senzoriale, de percepție și emotivitate.

Pe scurt, percepția este un proces selectiv care ne face să vedem ceea ce am învățat să vedem și ceea ce este de văzut. În atenția noastră, trebuie să se afle diminuarea subiectivității (prin efort intelectual).

Implicarea simțurilor

În cursul muncii sale pentru pacient, asistenta se folosește de organele de simț, de vedere, auz, atingere și miros.

Vederea ne aduce o multitudine de informații despre caracteristicile fizice ale unei persoane (fizionomia, privirea, comportamentul etc.) și ne informează, de asemenea, asupra anumitor semne și simptome care traduc o nevoie nesatisfăcută, o problemă de sănătate: față tristă sau denotând suferință; agitație sau descurajare; erupții ale pielii, ictere etc.

Prin simțul auzului, ne parvin cuvintele. În acest sens, sunt importante: intonația voci; gemetele, văicărelile, plângerile; zgomotele emise de pacient, bătăile cardiace, gazele.

Atingerea joacă rol important la examenul fizic sau la palparea anumitor părți ale corpului, permițând cunoașterea detaliilor (indurație, grosimea unei mase, căldura membrelor etc.).

Mirosul permite: dectarea unui miros relevant pentru gradul de curățenie al pacientului; identificarea unor procese patologice – infecția unei plăgi care degajă un miros urât; halena – de exemplu, la un diabetic (în acidoză).

Utilizarea observației

Pentru a fi eficace, observația trebuie făcută cu multă atenție, fiind necesar ca asistenta să-și dezvolte spiritul de observație și, pe cât posibil,

să facă abstracție de propriile preocupări și să se concentreze asupra pacientului și asupra a tot ceea ce-l înconjoară.

Cadrul conceptual al nevoilor fundamentale constituie o grilă de observație sistemică și practică. Această grilă cu cele 14 nevoi ale pacientului din punct de vedere bio-psiho-social, cultural, spiritual permite observarea pacientului ca un tot, construind o viziune holistică asupra persoanei. De asemenea, aceasta presupune depistarea surselor de dificultate care sunt cauza dependenței pacientului.

Elemente de evitat

Asistenta trebuie să se ferească de: subiectivism, judecăți preconcepute, rutină și superficialitate, lipsa de concentrație și continuitate.

Precizare: În observarea pacientului de către asistentă, pentru culegerea datelor, se recurge și la instrumente de măsură termometrice, aparate de monitorizare etc. Acestea ar fi informațiile culese după modelul medical, dar este foarte important ca datele să fie după modelul nou, al procesului de îngrijire care permite o viziune globală a pacientului din punct de vedere bio-psiho-social în acordarea de îngrijiri individualizate. Dacă folosim modelul medical, vom avea numai informații medicale.

Interviul

Generalități: Interviul (întrevederea, dialogul, discuția cu pacientul) este o formă specială de interacțiune verbală care se desfășoară în intimitate, între asistentă și diverse persoane care recurg la îngrijiri de sănătate.

Acesta permite depistarea nevoilor nesatisfăcute ale persoanei, precum și diverse manifestări de dependență pe care le determină.

Interviul este, prin excelență, un instrument de personalizare a îngrijirilor (instrument de cunoaștere a personalității).

Condițiile pentru interviu

Trebuie să se țină cont de anumiți factori importanți: alegerea momentului oportun pentru pacient; respectarea orei de masă, a momentelor de odihnă și de repaus, a perioadelor când pacientul se simte foarte suferind.

Asistenta trebuie să-și organizeze astfel munca, încât să prevadă un timp suficient de lung pentru a-i permite pacientului să se exprime în ritmul său.

Asistenta trebuie, de asemenea, să creeze toate condițiile, ținând cont de intimitatea la care pacientul are dreptul și de confortul acestuia.

Interviul se bazează pe abilitatea asistentei de a stabili o comunicare eficientă și clară.

De asemenea, interviul presupune capacitatea asistentei de a manifesta un comportament care să reflecte: o atitudine de acceptare, capacitate de ascultare, o atitudine de respect, capacitate de empatie.

Asistenta demonstrează acest comportament prin: menținerea unui contact vizual - expresie (mimică) senină, surâzătoare a feței (după caz), printr-o poziție comodă și un limbaj care îi dovedesc pacientului dorința sa de a-l asculta și de a-i ușura urmărirea interviului.

Abilități ale asistentei de a facilita interviul

Este foarte importantă abilitatea de a pune întrebări adecvate. Întrebările pot fi închise sau deschise.

Întrebările închise aduc un răspuns limitat prin „da” sau „nu”.
Exemplu de întrebare închisă: „Ați dormit bine?” (răspuns monosilabic).

Întrebările deschise îi permit pacientului să se exprime. *Exemplu de întrebări deschise:* „Vorbiți-mi despre problema care v-a adus la spital.” sau: „Puteți să-mi descrieți obișnuința dumneavoastră în legătură cu somnul?”. Întrebările deschise pot fi de diverse tipuri: de tip narativ (de exemplu: „Povestiți-mi ce probleme vă mai creează boala.”, „Povestiți-mi ceea ce s-a petrecut.” - desfășurarea unui eveniment); de tip descriptiv (de exemplu: „Descrieți-mi felul dumneavoastră de a proceda.”); de tip de calificare (de exemplu: „De ce nu mâncați niciodată carne?”).

Un rol deosebit de important îl joacă și următoarele abilități:

➤ abilitatea de a confirma (valida) percepțiile sale în legătură cu pacientul, în așa fel încât să elimine subiectivismul observației sale (de exemplu: „Mi-ați spus că sunt două zile de când vomati.”). Cereți-i să vă repete ceea ce credeți că nu ați înțeles.

➤ abilitatea de a readuce pacientul la răspunsurile necesare atunci când face digresii (de exemplu: „Văd că vă preocupă mult digestia dumneavoastră, dar n-ați putea să-mi dați amănunte și despre somnul dumneavoastră?”).

➤ abilitatea de a face o sinteză (de exemplu, pe scurt: „Ceea ce mi-ați povestit demonstrează că nu puteți niciodată să vă destindeți din cauza nervozității dumneavoastră.”).

➤ *abilitatea (capacitatea) de a aplica o ascultare activă:* prin repetarea ultimei părți din frază pacientului; prin extragerea și reformularea conținutului emotiv din enunțul pacientului și răspunzându-i în așa fel încât să-i demonstrezi că înțelegi ceea ce el simte (trăiește);

Aceste accesibilități sunt necesare pentru a nu-l face pe pacient să se închidă în el, să nu mai răspundă. Asistenta trebuie să știe cum să pună întrebări suplimentare sau să treacă sub tăcere unele chestiuni care pun pacientul în situații neplăcute.

Scop

Începerea relației asistentă – pacient, este favorizată de: schimbul de informații, idei și emoții; obținerea de informații asupra celor cinci „dimensiuni” ale pacientului: fizică, afectivă, intelectuală, spirituală, socială; observarea pacientului: interacțiunile dintre pacient și familia sa, modul în care acesta evoluează în mediul spitalicesc; furnizarea de date pacientului, care-l vor determina să pună întrebări și să participe la stabilirea obiectivelor și efectuarea îngrijirilor.

Tipuri de interviu

➤ *Structurat* – pentru obținerea datelor de bază ale fiecărui pacient, de exemplu: „Cum vă numiți?”, „Cu ce vă ocupați?”

➤ *Semistruat* – condus cu obiective și puncte de reper dinainte precizate, de exemplu: „Relatați-mi despre suferințele dumneavoastră legate de constipație”.

Etapele interviului

a) Începerea interviului

Asistenta se prezintă declinându-și numele, funcția și explicând scopul interviului.

Exemplu: „Bună ziua... Mă numesc... și sunt asistentă. Aș dori să discutăm zece minute în legătură cu starea dumneavoastră de sănătate și să-mi răspundeți la câteva întrebări care-mi vor permite să planific îngrijirile. Sunteți de acord?”

Pacientul va fi asigurat, cu această ocazie, de confidențialitatea interviului.

b) Desfășurarea interviului

Asistenta pune întrebări deschise sau închise, ale căror răspunsuri vor forma „profilul” pacientului.

Pe parcursul interviului, asistenta și pacientul devin, rând pe rând, emițător și receptor.

Exemplu:

Pacientul: „Pentru ce este sursa de oxigen pe peretele de deasupra patului meu? Asta înseamnă că sunt grav bolnav?”

Asistenta: „Nu, nu înseamnă asta. Toate saloanele din această secție sunt prevăzute cu surse de oxigen. Spitalul are un sistem central de distribuție a oxigenului și, dacă un pacient are nevoie, putem să i-l administrăm rapid. Acesta este motivul pentru care ați fost neliniștit?”

Pacientul: „Nu, eram doar curios”.

Asistenta: „În această situație, aveți alte probleme care vă neliniștesc?”

Pacientul: „Da”.

Este de preferat să se semnaleze apropierea sfârșitului interviului.

Exemplu: „Am să vă mai pun două întrebări.” sau „Vom termina în două minute”.

c) Concluzia interviului

La sfârșit, asistenta va trage concluziile asupra interviului.

Exemplu: „Vă mulțumesc că mi-ați răspuns la aceste întrebări.”; „Am înțeles care vă sunt problemele.”; „Răspunsurile date de dumneavoastră mă vor ajuta să vă planific îngrijirile.”

Profilul pacientului este constituit din informațiile culese prin intermediul interviului și cuprinde ca elemente de bază următoarele:

Informații generale

Nume, prenume

Sex

Stare civilă

Ocupație

Religie

Surse de susținere

Antecedente medicale

Boli copilăriei, vaccinări

Traumatisme

Spitalizări (experiența pacientului cu ocazia spitalizărilor anterioare)

Intervenții chirurgicale

Alergii medicamentoase

Utilizarea tratamentelor empirice

Antecedente familiale

Boli cronice, afecțiuni mentale ale membrilor de familie

Mod de viață, obiceiuri

Utilizarea de alcool, tutun, droguri

Obiceiuri de muncă, somn, alimentație

Practicarea exercițiilor fizice

Probleme de sănătate actuală

Apariția simptomelor

Natura acestora

Caracteristici (localizare, durată, intensitate etc.)

Factori declanșatori (frig, umezeală, efort etc.)

Măsuri luate pentru a le ușura și efectul acestora

Cunoștințe despre sănătate

Mediul ambiental:

- Factori de risc (poluanți, zgomote, trepidatii)

- Securitatea fizică (respectarea măsurilor de protecția muncii)

Profilul psiho-social și cultural

Limbă vorbită, etnie

Capacități cognitive

Emoții, sentimente, stări sufletești care pot influența satisfacerea nevoilor

Probleme generate în raport cu familia, anturajul

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

Examenul fizic

Investigații radiologice și endoscopice

Explorări funcționale

Exame de laborator

FISA DE INTERVIU

STAGIU PRACTIC: _____ SPECIALITATEA: _____
 ELEV: _____ SCOALA: _____
 ANUL: _____ DATA: _____

DATE GENERALE DESPRE PACIENT

(INIȚIALELE PACIENTULUI): _____

Vârsta: _____ Sexul: _____
 Starea civilă: _____ Nr. copii: _____
 Religia: _____ Profesia: _____
 Statutul social: _____ Ocupația: _____
 Locul de muncă: _____
 DOMICILIUL: Localitatea: _____ Casa: _____ Camere: _____

OBÎȘNUINȚE DE VIAȚĂ

ALCOOL: da/nu/ocazional TUTUN: da/nu/ocazional
 DROG: da/nu/denumirea: _____ mod de administrare: _____
 CAFEA: da/nu/ocazional
 Dieta: _____ greutate: _____/kg; înălțime: _____; TA: _____
 Puls/min.: _____; Semne particulare: _____
 Alergii cunoscute: _____ reacția: _____

STAREA DE DEPENDENȚĂ

Autonom/semiindependent/dependent

Proteze: dentară/oculară/auditivă/de membru/valvulară;

Stimulator cardiac/din anul: _____

Lentile de contact/ochelari - dioptrii: _____

Afecțiuni care limitează activitatea: cardiace/respiratorii/locomotorii/senzoriale/alte: _____

ALTE PROBLEME DE SĂNĂTATE

Spitalizări anterioare pentru: _____ la data: _____

Operații/intervenții: _____ la data: _____

Tratamente prescrise: _____ urmate: da/nu.

Impresii din spitalizarea anterioară: _____

PREZENTARE DE CAZ (CULEGEREA DE DATE):

Data apariției: _____

Motivul internării: _____

Probleme de sănătate (dependență - P -): _____

Surse de dificultate (etiologia - E -): _____

Manifestări de dependență (semne și simptome - S -): _____

Alte date (investigații paraclinice etc.): _____

2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

(A DOUA ETAPĂ A PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

Pentru ca datele culese să poată orienta asistenta spre intervenții individualizate, este important ca ele să fie analizate și interpretate. Aceasta presupune identificarea nevoilor specifice ale pacientului, nu numai a celor care caracterizează orice ființă umană. De exemplu, nevoia de a fi curat este comună tuturor, în timp ce nevoia de a face zilnic duș este personală, particulară pentru o anumită persoană. O altă persoană, pentru a fi independentă, are nevoie să-și poată spăla zilnic părul. Există, de asemenea, nevoi personale în ceea ce privește dinții, bărbieritul, unghiile etc. Identificarea nevoilor particulare se face, pe cât posibil, cu participarea pacientului. Datele culese pentru cele 14 nevoi vor indica una sau mai multe nevoi particulare. Acestea pot să conducă acțiunile asistentei la intervenții individualizate.

Analiza

Analiza datelor se face prin: examinarea datelor; clasificarea datelor: date de independență – acelea care permit satisfacerea autonomă a nevoilor; date de dependență; stabilirea problemelor de îngrijire; recunoașterea legăturilor și a priorităților (problemele).

Analiza presupune, de asemenea, regruparea datelor pentru fiecare din cele 14 nevoi.

Regruparea permite identificarea resurselor individuale.

Interpretarea

Interpretarea datelor înseamnă a da un sens, a explica originea sau cauza problemei de dependență, adică a defini sursele de dificultate.

De reținut: Analiza și interpretarea datelor vor conduce asistenta la stabilirea diagnosticului de îngrijire.

Notă: Organizarea datelor se poate face și după diferite alte metode (Maslow, Gordon, pe sisteme: sistem respirator, sistem cardiovascular etc.).

Analiza și interpretarea datelor, în nursing, este o sarcină complexă.

Dificultatea provine din: numărul mare de date culese (relativ la cele 14 nevoi); varietatea surselor de informații (pacient, familie, dosar,

echipă de îngrijire etc.), caracterul schimbător al unui mare număr de date; subiectivitatea persoanei care culege datele; caracterul adesea urgent și grav al situației.

Rolul asistentei este să determine prin datele culese ce nevoie este nesatisfăcută și unde se află sursa de dificultate (care reprezintă obstacolul în satisfacerea nevoii).

Diversele cunoștințe ale asistentei în nursing și în științele conexe (anatomie, fiziologie, fiziopatologie, psihologie, sociologie etc.) îi vor fi sprijin în procesul de analiză și interpretare a datelor.

Departajarea între manifestările de independență și manifestările de dependență

Exemplu:

1. Comportamente ale pacientului care-i favorizează satisfacerea nevoilor: își ia masa regulat și cu poftă; alimentație variată care respectă normele; nicio alergii alimentare; hidratare în jur de 2000 ml/zi.

2. Comportamente ale pacientului care nu-i favorizează satisfacerea nevoilor: lipsa poftei de mâncare; greutate la stomac atunci când mănâncă; dificultate în a dormi persistentă de două zile; spune că nu simte gustul alimentelor pentru că este prea nervos și se gândește cum va fi la întoarcerea lui acasă.

Din manifestările de la punctul întâi, se poate vedea că această persoană evoluează, în general, bine, dar starea sa actuală arată (punctul doi) un oarecare dezechilibru, din cauza unei neliniști legate de reîntoarcerea acasă. Această persoană are nevoie de suportul asistentei și de informații privind convalescența la domiciliu. Această neliniște și lipsa de informații pot constitui o problemă de dependență.

Exercițiu:

M. P. este un pacient de 76 de ani, spitalizat de mai multe săptămâni, ca urmare a unui accident vascular cerebral (AVC), cu imobilizare aproape completă a părții drepte. Pacientul prezintă, de asemenea, dificultate în articularea cuvintelor. Respirația sa este superficială: ritm 24/min. Apetitul său este bun, dar are nevoie de ajutor pentru a-și tăia alimentele și a-și susține mâna dreaptă (este dreptaci). Se hidratează bine, poate să țină în mână un pahar, poate să ceară bazinetul, dar nu poate

să-și mențină scaunul prea mult (incontinentă de fecale și pierderi de urină, scaune moi). Prezintă, de asemenea, roșeață la nivelul sacrului (29 cm diametru). De câteva zile, poate să se întoarcă în pat ajutându-se de marginea patului. Stă zilnic în fotoliu timp de o oră, se simte, în general, anxios, în momentul ridicării fiindu-i frică să nu cadă. Cu toate aceste limite, comunică bine, îi place să-l atingi, să-l mângâi, dar se și plictisește, n-are decât un televizor și se simte foarte singur.

Faceți partaj între datele care-i favorizează și cele care nu-i favorizează satisfacerea nevoilor, diferențiind, prin urmare, între manifestările de independență și cele de dependență. Pentru a ușura exercițiul, vă enumerăm manifestările de dependență: respirație superficială (ritm 24/min.); partea dreaptă imobilizată; are nevoie de ajutor pentru a-și tăia alimentele și pentru a-și susține mâna; nu poate să-și rețină scaunul mult timp; incontinentă de fecale și urină; roșeață la nivelul sacrului; anxietate în momentul în care se ridică; îi este frică să nu cadă; dificultate în a articula cuvintele, plictiseală, sentimentul de solitudine.

Diagnosticul de îngrijire (nursing)

Pornind de la informațiile culese și de la departajarea manifestărilor de dependență, asistenta poate să definească problemele pacientului și să stabilească un diagnostic de îngrijire.

Formularea sintetică a informațiilor într-un diagnostic de îngrijire înlesnește munca asistentei, clarificându-se astfel sensul intervenției sale.

Definirea diagnosticelor de îngrijire nu constituie un element nou, bazele disciplinei fiind fixate de Florence Nightingale, în anii 1854 - 1855, după care au urmat din ce în ce mai multe descrieri despre problemele de îngrijire și despre necesitatea unui cadru conceptual pentru profesia de asistentă.

În ultimele două decenii (pe plan mondial), îngrijirile acordate de asistente au evoluat considerabil în materie de responsabilitate.

Învățământul tinde să formeze nu numai asistente executante, ci, de preferință, asistente care să răspundă în mod autonom de problemele unui individ.

Pe scurt, când rolul asistentelor a început să evolueze, acestea s-au reunit pentru a forma grupul de studiu pentru clasificarea diagnosticilor de îngrijire (S.U.A., 1973).

Grupul de studiu Asociația Nurselor Americane (ANA), a fost format din asistente practice, asistente din învățământ teoretic, conducătoare. Acest grup elaborează o listă de diagnostice care au fost studiate și testate în practică. Apoi, acest grup se transformă în „North American Nursing Diagnosis Association” (NANDA). Asociația Nord-Americană de Diagnostic de Îngrijire (în franceză, A.N.A.D.I. – Asociația Nord-Americană de Diagnostic Infirmier).

În cadrul acestui grup, care se reunește periodic, se completează lista de diagnostice, se dezbat probleme de educație continuă, de folosire a unui vocabular mai uniform și mai comod în formularea diagnosticului.

Reproducem, în cele ce urmează, diferite definiții ale diagnosticului de îngrijire:

1) „Diagnosticul de îngrijire este o formă simplă și precisă care descrie răspunsul (reacția) persoanei (sau grupului) la o problemă de sănătate. Acesta constituie o judecată practică bazată pe colectarea și analiza datelor și servește drept pivot pentru planificarea îngrijirilor. Diagnosticul de îngrijire relevă rolul autonom al asistentei.” (*Planification des soins infirmiers*, autori: Louise Grondin, Rita I. Lussier, Margot Phaneuf, Lise Riopelle)

2) „Diagnosticul de îngrijire este un enunț concis, actual sau potențial, al manifestărilor de dependență a persoanei, regrupate sau nu, și legate de o sursă de dificultate.” (*Répertoire des diagnostics infirmiers*, autori: Lise Riopelle, Louise Grondin, Margot Phaneuf).

3) „Diagnosticul de îngrijire vizează o problemă de sănătate reală sau potențială pentru care nursele, prin baza pregătirii și experienței lor, sunt capabile (calificate) să acorde îngrijire.” (Gordon, *Le diagnostic infirmier. Témoin du rôle propre de l'infirmier*, AMIEC Cahier nr. 12, p. 41).

4) „Un diagnostic de îngrijire este enunțul care descrie răspunsul uman (stare de sănătate sau alterare actuală/potențială a unui mod de interacțiune) al unui individ sau al unui grup, pe care asistentele pot să îl identifice legal și pentru care pot prescrie intervenții definitive în vederea menținerii sănătății sau reducerii, eliminării, prevenirii deteriorărilor (înrautățirii)”. (L. J. Carpenito, *Le diagnostic infirmier. Témoin du rôle propre de l'infirmier*, AMIEC Cahier nr. 12, p. 42).

5) În 1990, este adoptată oficial definiția diagnosticului de îngrijire (de nursing) de către Adunarea Generală a ANADI: „Enunțul unei judecăți clinice asupra reacțiilor la problemele de sănătate prezente sau po-
120

socială, la evenimentele de viață ale unei persoane, ale unei familii sau ale unei colectivități". (*Le diagnostic infirmier. Témoin du rôle propre de l'infirmier*, AMIEC Cahier nr. 12, p. 14).

Diagnosticile de îngrijire servesc ca bază pentru a alege intervențiile de îngrijire care vizează atingerea rezultatelor pentru care asistenta este responsabilă.

Componentele diagnosticului de îngrijire (de nursing)

Diagnosticul de îngrijire este format din două sau trei părți principale: problema de dependență a persoanei; cauza problemei de dependență; semne și simptome.

1. Prima parte a diagnosticului

Prima parte a diagnosticului constă în enunțul problemei, problema care exprimă o dificultate trăită de persoană, un comportament sau o atitudine nefavorabilă sănătății sau satisfacerii nevoilor sale. Reamintim că problema de dependență o putem defini ca o schimbare defavorabilă de ordin bio-psiho-social, cultural sau spiritual în satisfacerea unei nevoi fundamentale care se manifestă prin semne observabile.

Precizare: Problemele de dependență se definesc în urma analizei și interpretării datelor (a manifestărilor de dependență).

Termenii care indică o schimbare în starea de sănătate, frecvent folosiți în formularea problemei, sunt: alterare, deteriorare, deficit, incapacitate, diminuare, dificultate, perturbare.

După culegerea datelor, asistenta poate să tragă o concluzie, explicând clar situația și definind problemele.

De exemplu: alterarea stării de conștiință; atingerea integrității pielii; alterarea integrității fizice; alterarea mobilității fizice; alterarea eliminării intestinale: constipație.

2. A doua parte a diagnosticului

A doua parte a diagnosticului este constituită din enunțul cauzei (etiologia) problemei, adică a sursei de dificultate. Reamintim că sursa de dificultate poate fi definită ca o piedică (obstacol major) în satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale.

Cauza poate fi legată de factorii de ordin fizic, psihologic, social și spiritual sau de o insuficientă cunoaștere.

Diagnosticul de îngrijire (format din trei părți) utilizează formula P.E.S.: probleme de sănătate; etiologie; semne și simptome.

P E S

Probleme de dependență	Etiologia sau cauza	Semnele prin care se manifestă
------------------------	---------------------	--------------------------------

Exemplu:

P = alterarea eliminării intestinale: constipația;

E = din cauza imobilității;

S = manifestată prin scaune rare, dure; senzații de presiune la nivelul rectului, dureri abdominale.

Există *trei tipuri de diagnostic de îngrijire*:

- **diagnostic actual** - când manifestările de dependență sunt prezente, observabile;

- **diagnostic potențial** - când o problemă poate surveni, dacă nu se previne;

- **diagnostic posibil** - este acela care descrie o problemă a cărei prezență nu este sigură. În loc să se risce descrierea unui diagnostic eronat, este preferabil să se prezinte ca ceva posibil, atrăgând în felul acesta atenția personalului de îngrijire care urmează apoi să infirme sau să confirme diagnosticul.

Sinteza celor trei tipuri de diagnostic de îngrijire

ACTUAL

Problema este prezentă, semnele și simptomele sunt validate, iar cauza, identificabilă.

Exemplu: „Alimentație inadecvată prin deficit din cauza stării depresive”.

POTENȚIAL

Problema are mari șanse să survină, fiind prezenți factorii de risc.

Exemplu: „Atingerea potențială a integrității pielii, din cauza imobilității”.

POSIBIL

Problema poate fi prezentă (prezența problemei nu este certă), dar sunt indicii care lasă să se întrevadă. Colectarea de date va trebui să infirme sau să confirme.

Exemplu: „Perturbarea posibilă a stimei de sine din cauza unei dificultăți în asumarea rolului de tată sau disfuncții sexuale”.

Deoarece diagnosticul de îngrijire trebuie să se orienteze spre acțiunile autonome, este esențial să se identifice o cauză sau etiologia asupra căreia asistenta poate să acționeze.

Orientarea diagnosticilor spre intervenții autonome și/sau intervenții de colaborare

Formularea diagnosticului de îngrijire se face, așadar, pornind de la informațiile culese, continuând cu analiza și interpretarea lor de către asistentă și exprimă problema persoanei, cauza acestei probleme și semnele prin care se manifestă și care reies din datele culese (după cum rezultă din exemplele anterioare). În acest sens, redăm mai jos și alte exemple:

Exemplul 1

Date culese:

- amputație de gambă stângă;
- refuză să-și privească bontul;
- își ascunde bontul sub cuvertură;
- exprimă sentimente negative față de această operație;
- vorbește puțin.

Diagnostic de îngrijire:

- alterarea imaginii corporale din cauza...
- amputația gambei, manifestată prin...

Exemplul 2

Date culese:

- stă toată ziua la televizor, nu-i interesează alte lucruri;
- se apropie puțin de alte persoane, spune că se simte singur și se plictisește, primește puțin vizitatori.

Diagnostic de îngrijire:

- sedentarism din cauza lipsei de motivație de a face alte activități sau exerciții;
- sentiment de inutilitate din cauza lipsei de activitate sau
- sentiment de singurătate din cauza izolării sociale.

Exemplul 3

După culegerea datelor și separarea manifestărilor de dependență ale pacientului M.P., putem formula următoarele diagnostice:

Diagnostice:

1. problemă respiratorie potențială din cauza imobilității, manifestată prin...;
 2. dificultate în a se alimenta din cauza imobilității părții drepte, manifestată prin...;
 3. modificarea eliminării intestinale și urinare (incontinență) din cauza pierderii controlului sfincterian, manifestată prin...;
 4. lezarea integrității pielii din cauza presiunii asupra sacului, manifestată prin...;
 5. anxietate (de exemplu, frica de a cădea);
 6. alterarea comunicării din cauza accidentului vascular cerebral (AVC), manifestată prin dificultate în articularea cuvintelor.
- Diagnosticile astfel formulate orientează munca asistentei spre intervenții cu obiectivul bine precizat.

Problema conexă (de colaborare)

Trebuie să ținem cont, în același timp, de funcțiile de colaborare ale asistentei cu medicul. Trebuie precizat, de asemenea, faptul că nu toate problemele identificate de asistentă pot să constituie diagnosticul de îngrijire cu rol propriu (independent). Astfel, după L. J. Carpenito, toate problemele identificate de către asistentă se pot defini în două tipuri de probleme, utilizând doi termeni, și anume: diagnosticul de îngrijire (probleme cu rol propriu de îngrijire) și problemele conexe (cu rol de colaborare sau cu rol interdependent de îngrijire). Problemele conexe pe care le identifică asistentă sunt probleme reale sau potențiale de sănătate (complicații) care rezultă sau pot rezulta din situații patologice sau iatrogene.

Problema conexă este definită astfel: problemă reală sau potențială de sănătate (complicație) corespunzând unui răspuns fiziopatologic al organismului (unui traumatism, unei boli) pe care asistentele au întreaga responsabilitate să îl recunoască, să îl semnaleze și să îl trateze în colaborare cu medicul. Se impune, prin urmare, ca asistentele să identifice și problemele de îngrijire care țin cont de funcțiile de colaborare (diagnostic de îngrijire colaborativ).

De exemplu, în cazul unui „diabetic” (când pot apărea: hipotensiune, stare de leșin, tremurături, roșeață a feței, iritabilitate sau somnolență, vomă) sau în cazul „iminenței de infarct miocardic” (cu dureri retrosternale, aritmii, tahicardie etc.), cazuri în care intervențiile asistentei sunt de colaborare, dar permit, în același timp, și intervenții autonome vizând confortul bolnavului, diminuarea anxietății etc.

Exemple de diagnostic de îngrijire colaborativ (reunind problema și cauza): intoleranță (imposibilitatea, nu suportă) la activități fizice din cauza condiției sale cardiace; modificarea stării de confort din cauza durerii retrosternale; anxietatea legată de frica de moarte.

Precizare: În formularea diagnosticului de îngrijire, cauzele (sursele de dificultate) care constituie a doua componentă a diagnosticului, se leagă de prima componentă – de problemă – prin următoarele cuvinte: „legat de”, „din cauză”, așa cum ați observat în exemplele de mai sus.

În cazul imposibilității cunoașterii sau a neclarității sursei de informare, asistenta va descrie doar problema pacientului (sau specifică: sursa posibilă!).

Se poate întâmpla, așadar, ca uneori, problema de dependență să fie privită ca o sursă de dificultate sau invers.

Exemplu: „Durerea” poate fi o problemă de dependență, dar și sursă de dificultate (exemplu: în mișcare), tot așa, și frica, stresul, doliul etc. care pot fi, de asemenea, tratate ca probleme de dependență și ca surse de dificultate.

EXERCITII

Cazul nr. 1

M. S., 63 ani, este văduv de o lună; în prezent, refuză să se alimenteze, plânge frecvent, se izolează. Fiica sa declară că el se trezește foarte devreme și umblă fără rost, în lungul și în latul camerei. Fața sa este tristă și împietrită. Fiind de puțin timp pensionar, este lipsit de ocupație. Diagnosticalele de îngrijire pot fi formulate reunind problema și cauza sa.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ/SURSA DE DIFICULTATE

Stare depresivă: doliul neacceptat încă.

Sentiment de izolare: pensionar, fără ocupație.

SEMNE

Manifestate prin... (vezi textul).

Cazul nr. 2

M. I., pacientă de 40 ani, se plânge că nu are scaun decât la cinci sau șase zile. Fecalele sunt de consistență dură și dificil de eliminat. Este o femeie puțin activă, căreia îi place să mănânce bine. Meniul său se compune întotdeauna din carne, cartofi, paste făinoase și produse de patiserie.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ/SURSA DE DIFICULTATE

Constipație generată de:

- *dieta săracă în fibre;*
- *lipsa de mișcare;*
- *lipsa de cunoștințe.*

SEMNE manifestate prin... (vezi textul).

Cazul nr. 3

I. D., 38 ani, operat de puțin timp, este purtătorul unei colostomii (anus artificial). Este adesea trist și pierdut în gânduri. Refuză ca soția să-l asiste la îngrijirile sale speciale și nu se întoarce spre ea imediat după ce și-a efectuat îngrijirile.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ/SURSA DE DIFICULTATE

Problema de cuplu: modificarea schemei corporale.

Sentiment de rușine față de noua imagine corporală.

Perturbarea imaginii de sine: din cauza schemei corporale.

SEMNE manifestate prin... (vezi textul).

Atenție:

- Trebuie să știm să facem diferența între manifestările de dependență și problemele de dependență;
- Nu este obligatoriu să utilizăm toate (sau numai) diagnosticele din lista NANDA (Asociația Nord-Americană pentru Diagnosticul de Nursing) sau alte clasificări adoptate.

Putem să formulăm propriul nostru diagnostic de îngrijire sau, mai bine zis, putem să formulăm problema identificată de noi la o persoană, prin propriii noștri termeni. Importantă este identificarea corectă a problemei pe care o prezintă persoana și formularea care să ne conducă (orienteze) spre intervențiile ce le putem face (spre aplicarea practică a îngrijirilor).

Exerciții de testare a cunoștințelor

Alegeți o singură problemă pe care o considerați cea mai potrivită pentru emularea diagnosticului, având următoarele date:

1. Date culese	Probleme
<ul style="list-style-type: none"> • lipsa familiei sau a prietenilor • comunică puțin, este retras • se simte singur și înălțurat • arată ostilitate 	<ul style="list-style-type: none"> alterarea comunicării verbale izolarea socială anxietate alterarea procesului de gândire

R = 2

2. Date culese	Probleme
<p>Pacientul se exprimă în felul următor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „eu nu mai valoriz nimic acum” • „eu nu voi mai ajuta pe nimeni” • „altădată, eu puteam să fac față situațiilor celor mai dificile, pe când acum...” 	<ul style="list-style-type: none"> 1. modificarea imaginii corporale 2. perturbarea interrelațiilor sociale 3. perturbarea cronică a stimei de sine 4. perturbarea situațională, a stimei de sine

R = 4

Prezentare de cazuri

Doamna T. (68 ani) a fost pianistă concertistă; în prezent, locuiește cu fiica și ginerele său. A trebuit să se pensioneze devreme din cauza unei artrite reumatoide severe, îi place să asculte muzică și să citească, însă, în prezent, nu poate să asiste la concertul orchestrei simfonice, cu

toate că are abonament pentru sezon. Este obligată să stea acasă când are dureri articulare și resimte oboseala când își sporește activitățile. Mișcările mâinii sunt limitate, mai ales în flexie. Degetele sunt deformate și edematiolate; merge încet și cu rigiditate. Fiica sa spune că trebuie să-și ajute mama pentru cea mai mare parte a activităților sale.

Alegeți cea mai bună formulare de diagnostic (problemă + etiologie) pentru sintetizarea datelor culese de la dna T.: deficit de îngrijire personală din cauza intoleranței la activități fizice; intoleranță la activități fizice legată de diminuarea tonusului muscular; diminuarea mobilității fizice din cauza durerilor articulare și a limitelor funcționale; perturbarea de rol legată de pensionarea forțată, de incapacitatea de a-și asuma rolul (pianistă); diminuarea mobilității fizice din cauza artritei.

R = 3

Doamna M. (83 ani) are o fractură de șold de acum cinci ani și, în prezent, se mișcă puțin în timpul zilei. Prezintă uneori incontinență urinară și se plânge de mici pierderi de urină. Se plânge că nu poate să adoarmă din nou după ce a fost la toaletă noaptea.

Este somnolentă dimineața și spune frecvent că este foarte obosită pentru a se trezi la micul dejun. În cursul zilei, este iritabilă și se plânge că asistenta n-o lasă să-și facă siesta.

Cum poate fi formulat diagnosticul de îngrijire? (problema + etiologia)

R = perturbarea obișnuințelor de somn din cauza necesității de a se scula pentru a urina și a diminua mobilității.

Criterii care permit stabilirea unor priorități între problemele de dependență

Pentru a stabili o ordine a priorităților între diagnosticile de îngrijire, trebuie avută în vedere, mai întâi, în ce măsură nevoia nesatisfăcută amenință (vatămă) homeostazia pacientului sau securitatea sa și gradul de dependență. Asistenta trebuie să se ocupe mai întâi:

1. de o nevoie a cărei nesatisfacere pune în pericol starea de homeostazie a pacientului;

2. de o nevoie a cărei nesatisfacere antrenează o foarte mare cheltuială de energie;

Procesul de îngrijire

3. de o insatisfacție care poate să compromită serios securitatea pacientului;
4. de o nevoie a cărei nesatisfacere determină un grad important de dependență;
5. de o nesatisfacere la nivelul unei nevoi care repercutează asupra mai multor nevoi;
6. de o nevoie a cărei nesatisfacere vatămă (deranjează) confortul pacientului;
7. de o nevoie a cărei nesatisfacere se repercutează asupra demnității pacientului (lipsa de respect, comunicare sau informație insuficientă);
8. de o nevoie care este importantă în ochii pacientului (exemplu: pacient paralizat, afazic, să comunice cu copiii).

Exercițiul nr. 1

Puneți cifrele 1, 2 sau 3 în paranteză, după prioritatea apreciată de dumneavoastră.

Operată în ajun pentru vezica biliară:

- A. ☐ modificarea respirației din cauza durerii;
- B. ☐ durere toracică dreaptă, din cauza intervenției;
- C. ☐ risc potențial de hemoragie din cauza unor probleme sanguine.

Exercițiul nr. 2

Doamna X este urmărită la domiciliu. Ea a avut o intervenție asupra colonului și este purtătoarea unei colostomii; iată diagnosticele elaborate:

- A. ☐ insuficientă cunoaștere în legătură cu îngrijirea colostomiei;
- B. ☐ o lejeră alterare a funcției digestive – posibilă anxietate;
- C. ☐ modificarea schemei corporale – rău (greu acceptabilă).

Stabiliți prioritățile.

Exercițiul nr. 3

Doamnei T. îi place să cânte la pian. Ea suferă de artrită și are probleme (vezi diagnostic).

- A. ☐ constipație din cauza alimentației sărace în fibre;
- B. ☐ depresie ușoară, probabil cauzată de o pensionare anticipată;
- C. ☐ alterarea mobilității degetelor din cauza artritei.

Stabiliți prioritățile.

Sinteza diferentelor între diagnosticul de îngrijire și diagnosticul medical

Diagnosticul de îngrijire

1. Ține cont de starea pacientului care trăiește o problemă de dependență și de reacția sa față de această stare.
2. Identifică un răspuns uman specific unui procent de boală particular, condiție sau situație.
3. Se schimbă în funcție de modificările răspunsurilor pacientului.
4. Nu există o terminologie anume desemnată și acceptată de comunitatea profesională de nursing pentru a descrie reacția umană.
5. Ține cont de sursele de dificultate sau de factorii care contribuie (care cauzează) problema de sănătate.

Exemplu: Aport caloric (excedent) întrecând nevoile organismului, legat de inactivitate sau lipsă de cunoștințe.

6. Servește ca ghid în determinarea tipurilor de intervenții de tip nursing care vor asigura ca îngrijirea acordată, furnizată de orice nursing, să promoveze reacții sănătoase și un trai de calitate.
7. Orientează asistenta spre intervenții autonome.

Diagnosticul medical

1. Ține cont de problema de sănătate în sine, descrie procesul (exemplu: artrită reumatoidă, AVC).
2. Identifică un proces anume de boală în legătură cu patologia unor organe și sisteme specifice.
3. De obicei, rămâne constant în decursul bolii (deși mai poate fi adăugat și un alt diagnostic).
4. O terminologie anumită a fost desemnată și acceptată de comunitatea profesională medicală pentru a descrie procesele specifice de boală.
5. Formularea să nu implice, în general, factorii etiologici (exemplu: obezitatea).
6. Servește ca ghid în determinarea cursului obișnuit al tratamentului medical pentru promovarea însănătoșirii.
7. Orientează practicianul spre tratament medical.

3. PLANIFICAREA ÎNGRIJIRILOR

(A TREIA ETAPĂ A PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

După formularea diagnosticului de îngrijire, asistenta elaborează un plan de acțiune care să influențeze pozitiv starea fizică și mentală a persoanei și să reducă problemele de dependență.

- *Definiție:* Planificarea îngrijirilor înseamnă stabilirea unui plan de intervenție, prevederea etapelor, a mijloacelor de desfășurare, ca și a precauțiilor care trebuie luate.

- *De reținut:* Planul de intervenție ține cont și de prescripțiile medicale. Planul de intervenție cuprinde două componente: obiectivele de îngrijire și intervențiile.

Planul de intervenție îi permite asistentei să judece urgențele și importanța problemelor de dependență, putând astfel să decidă prioritățile pe care trebuie să le respecte în cursul unei zile de muncă.

Acest plan se întocmește ținând cont de toate sursele de informație și de participarea tuturor colaboratorilor din echipa de îngrijire, în vederea clarificării problemelor pe care le are persoana (pacientul) și pentru o orientare comună a acțiunilor ce urmează a fi întreprinse.

Un astfel de plan, care ușurează urmărirea îngrijirilor ce trebuie acordate de către toți membrii de echipă, din toate turele de lucru, constituie un instrument de comunicare, de unificare și de continuitate a îngrijirilor.

Important: Deoarece planul de îngrijire este stabilit pornind de la nevoile și capacitățile pacientului, acesta are dreptul să participe la deciziile privind intervențiile, are dreptul să-și spună opinia asupra îngrijirilor pe care le dorește. Obiectivul principal al îngrijirilor este de a aduce persoana la un grad optim de independență în satisfacerea nevoilor proprii.

Este, prin urmare, esențial, în măsura în care este posibil, să se colaboreze cu persoana îngrijită în pregătirea planului de intervenții și în elaborarea priorităților.

Asistenta trebuie să informeze persoana cu privire la acțiunile pe care le întreprinde și să-i solicite acordul.

De exemplu: Asistenta poate să-i spună unui pacient slăbit care stă de mult timp în pat: „Planul de îngrijire pe care l-am făcut pentru dumneavoastră impune să vă ridicați din pat. Astăzi, vă voi așeza în fotoliu, în

trei reprize. Pentru a evita problemele respiratorii și ca să nu vă încerce o stare de slăbiciune, ar fi bine să nu rămâneți în fotoliu mai mult de 30 de minute. Sunteți de acord să încercăm?”

Sau unui pacient cu incontinență, în urma îndepărtării unei sonde, care poate fi reeducat, i se poate spune: „Mi-ar plăcea să vă ajut în rezolvarea problemei dumneavoastră vezicală. Dacă vreți, eu vă duc la toaletă la fiecare două ore în cursul zilei, ca să puteți dumneavoastră, puțin câte puțin, să reluați mai bine controlul vezical. Dumneavoastră ce credeți în acest sens?”

Unui pacient afazic, în recuperare, i se poate spune: „Eu cred că dumneavoastră v-ar plăcea să încercați să vă exprimați, nu-i așa? Dacă mă ajutați, putem începe să lucrăm împreună la pronunția a două consoane. În timp ce vă fac toaleta (baia parțială) și de fiecare dată când voi veni să vă văd, vom căuta cuvinte care încep cu «p» și dumneavoastră veți încerca să le pronunțați cu mine. Găsiți că aceasta este o idee bună?”

În unele cazuri, planurile de intervenție se pot face în întregime cu colaborarea pacientului, dar nu întotdeauna este posibil acest lucru. Uneori, nu este de dorit să i se comunice pacientului toate obiectivele propuse, aceasta în cazul în care există riscul de a-i produce acestuia neînțelepciune sau reacții negative.

1. „Planificarea îngrijirilor” se mai numește și „Plan de intervenții”.

Prioritatea 1: Nevoi fiziologice (respirație, circulație, nutriție, hidratare, eliminare, temperatură, confort fizic)

Prioritatea 2: Nevoi de securitate (pericole din mediul înconjurător, frică)

Prioritățile 3 - 4 - 5: Nevoia de a simți dragostea, de a nu fi izolat (pierderea unei ființe dragi, a stimei de sine, a realizării etc.)

Precizare: Problemele care trebuie trecute în planul de îngrijire se aleg cu discernământ, deoarece, teoretic, fiecare pacient ar putea avea 50 - 60 de diagnostice de îngrijire și atunci, folosirea planului ar fi aproape imposibilă.

A. Obiectivele de îngrijire, prima componentă a planificării îngrijirilor

Un obiectiv de îngrijire poate fi definit astfel:

- descrierea unui comportament pe care-l așteptăm de la pacient;
- un rezultat pe care dorim să-l obținem în urma intervențiilor.

Acest rezultat definește comportamentul scontat al pacientului, un comportament care se dorește să se observe în manifestările pacientului (reacții specifice prevăzute). Pacientul și familia trebuie incluși în acest proces de formulare a obiectivului.

Obiectivul de îngrijire vizează, așadar, atitudinea, comportamentul sau acțiunea pacientului însuși (sau a familiei, a grupului și colectivității).

Iată un exemplu de obiectiv care ar fi acceptabil în cazul unui pacient parțial paralizat: pacientul să se îmbrace fără ajutor în decurs de... (săptămâni) sau pacientul să-și mențină tot timpul gamba (piciorul) și brațul drept (dacă ele sunt afectate), într-o bună poziție anatomică; se precizează și obiectivul de îngrijire: asistenta va verifica la fiecare trei ore.

Caracteristicile unui obiectiv de îngrijire

Obiectivul de îngrijire trebuie astfel formulat, încât să reiasă clar și precis care sunt rezultatele pe care pacientul (familia, grupul, colectivul) și asistenta speră să le obțină, precum și care sunt acțiunile, intervențiile pe care asistenta și pacientul (familia, grupul, colectivul) le pot întreprinde pentru a-și atinge scopul fixat.

Pentru aceasta, asistenta trebuie să formuleze obiectivele pornind de la sistemul SPIRO (mijloc mnemotehnic pentru elaborarea obiectivelor de îngrijire).

Obiectivele astfel formulate trebuie să răspundă la următoarele cinci întrebări:

S = specificitate: Cine face acțiunea?

P = performanță: Ce face pacientul? Ce se poate face pentru pacient?

I = implicare: Cum se face acțiunea?

R = realism: În ce măsură se poate face acțiunea?

O = observabil: Când?

Prin urmare, obiectivul trebuie să aibă următoarele caracteristici (componente):

Specificitate: Să aparțină unui singur subiect (familie, grup etc.); exemplu: „Ca dna X...”.

Performanță: Acțiuni, atitudini, comportamente așteptate de la persoană, pornind de la un verb activ; exemplu: „Ca dna X să înțeleagă și să efectueze...”.

Notă: În situații grave de dependență marcată, implicarea asistentei în vederea satisfacerii nevoilor este aproape totală, având în vedere că pacientul nu poate totdeauna să se implice; în acest caz, obiectivul va avea un caracter mai pasiv, dar el are întotdeauna ca subiect pacientul. Expriimarea, în aceste cazuri, se va face cu verbe la diateza pasivă. Exemplu: „Dna X va fi supravegheată la fiecare oră privind...”.

Implicare: Nivelul de angajare a persoanei (trebuie să acționeze singur sau cu ajutor); exemplu: „Ca dna X să înțeleagă și să efectueze ea însăși...” sau „Ca dna X să meargă cu ajutorul (asistentei, cârjei)”.

Realism: Obiectivul trebuie să țină cont întotdeauna de capacitățile fizice, intelectuale, afective ale persoanei; pentru a fi aplicabil, el trebuie să fie realist și aceasta atât din punct de vedere al capacității persoanei, cât și din punct de vedere al abilității și disponibilității asistentei pentru a-l ajuta să atingă obiectivul; exemplu: „Ca dna X să efectueze ea însăși îngrijirile stomiei, respectând principiile învățate”.

Observabil: Comportamentele, acțiunile și atitudinile să poată fi „obiectiv” observabile, măsurabile, evaluabile cu precizie; exemplu: „Ca dna X să procedeze ea însăși la aplicarea dispozitivului de stomie de fiecare dată”.

Obiectivul este uneori formulat și în termeni de intervenții executate de asistentă. Exemplu: asigurarea confortului (pat comod etc.); prevenirea complicațiilor infecțioase (mobilizarea pacientului etc.); ameliorarea microclimatului etc.

Precizăm că este preferabil ca obiectivele să fie formulate în termeni de comportament așteptat de la pacient, mai curând decât în termeni de intervenții executate de asistentă (sau altă persoană).

De asemenea, trebuie să practice o formulare în termeni care să stabilească obiectivul ce poate fi realizat (mai ales studenții au tendința să exprime obiectivele ca posibil de realizat 100 %).

Obiectivele pot fi pe termen scurt (O.T.S.) (ore, zile); pe termen mediu (O.T.M.) (o săptămână); pe termen lung (O.T.L.) (săptămâni, luni).

Exemple:

O.T.S. - Dna X va fi așezată în fotoliu în fiecare zi, timp de o oră, de trei ori pe zi (acesta este un obiectiv de intervenție a asistentei).

O.T.M. - Într-o săptămână, dna X să meargă fără ajutor până la baie.

O.T.L. - Dna X să-și mărească progresiv mobilitatea degetelor pentru a fi capabilă să tricoteze în termen de o lună.

Pentru fiecare problemă, pot fi formulate unul sau mai multe obiective.

Pentru a atinge un obiectiv îndepărtat, se fixează mai multe obiective scurte sau pe termen mediu.

Exemplu: Dna X va trebui să facă în fiecare zi, în trei reprize, exerciții de flexie a degetelor și pumnului (termen scurt). Într-o săptămână, ea trebuie să fie capabilă să preseze o minge, rând pe rând, în fiecare mână (termen mediu).

Aceste obiective cumulate vor duce, puțin câte puțin, la obiectivul pe termen lung: peste o lună, aceasta să poată să tricoteze.

În cazul unui pacient internat în spital, O.T.L. Global este considerat ca obiectiv de atins până la externarea pacientului și trebuie scos în evidență în planul de îngrijire, pentru ca toată echipa de îngrijire să știe spre ce rezultat tind eforturile comune.

Exemplu: Îngrijim două femei cu vârsta în jur de 70 de ani: una activă și una care nu-și părăsește patul (zace la pat), ambele operate de fractură de col femural.

Obiectivul, în primul caz, va fi ca la întoarcerea la domiciliu, la soțul ei, aceasta să fie capabilă să meargă cu ajutorul unui baston și să efectueze sarcini zilnice obișnuite.

Obiectivul, în al doilea caz, va fi ca pacientul să se înapoieze la casa de bătrâni cu fractura vindecată și fără complicații.

Un alt tip de obiective pe care asistenta trebuie uneori să le elaboreze sunt obiectivele permanente.

Exemplu: Dna X se va ridica întotdeauna cu ajutor.

De reținut: Este util, în anumite cazuri, să se menționeze, în formularea obiectivului, momentul în care se va face evaluarea sa. De exemplu: „a se evalua la fiecare oră” sau „a se evalua la trei zile” etc.

Exercițiul de elaborare a obiectivelor

Pornind de la următoarele diagnostice de îngrijire, elaborați obiectivele necesare: deshidratare ușoară, legat de o hidratare insuficientă; diminuarea amplitudinii respiratorii, din cauza imobilizării îndelungate (vârsta 74 ani); predispoziție la escare de decubit, din cauza faptului că pacientul este imobilizat de mai multe zile și se mișcă foarte puțin în pat.

Sugerăm următoarele răspunsuri:

R1 = Ca pacientul să bea 2000 ml lichide timp de 24 ore (la intervenții, se va preciza cum se va face repartizarea cantității de lichide).

R2 = Ca pacientul să-și amelioreze amplitudinea respirației: să facă exerciții respiratorii timp de cinci minute, de două ori pe zi.

R3 = Ca pacientul să se întoarcă și să-și schimbe poziția în pat, ajutându-se de marginea patului său auxiliar, la fiecare două ore.

B. Intervenția, a doua componentă a planificării îngrijirilor

Alegerea tipului intervenției îi permite asistentei să determine modul de acțiune pentru a corecta problema de dependență a pacientului.

Acțiunile asistentei (de exemplu: de suplینire sau de completare a ceea ce pacientul nu face singur) au ca scop conservarea sau atingerea unui grad optim de independență a pacientului.

Asistenta care întocmește planul de îngrijire trebuie să se gândească la intervenții care răspund cu adevărat nevoilor specifice ale pacientului.

Intervențiile trebuie să fie, prin urmare, novatoare, personalizate, observabile, măsurabile (evaluabile).

Pentru ca intervențiile să fie evaluabile, este necesar să se indice: la ce oră (2, 6 sau 10 h), în care moment al zilei (dimineața, după baie etc.); la ce interval (de trei ori pe zi, de patru ori pe zi etc.) sau ce continuitate, pe ce durată trebuie să se desfășoare acțiunea asistentei sau să se supra-vegheze continuu semnele (de exemplu: dispneea).

4. EXECUTAREA (APLICAREA) ÎNGRIJIRILOR

(A PATRA ETAPĂ A PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE)

Aplicarea îngrijirilor constituie momentul realizării conștiente și voluntare a intervențiilor planificate pentru a obține rezultatul așteptat.

Aplicarea în practică a acțiunilor are ca scop să ajute pacientul să-și mențină sau să-și recapete independența sau un mare nivel de independență. În aplicarea în practică a intervențiilor, sunt antrenati: pacientul, asistenta, echipa de îngrijire, familia (apartinătorii). Implicarea acestora are ca scop reducerea sau eliminarea cauzei problemei.

Pacientul: execută acțiunile planificate pentru el, în funcție de resursele proprii (exemplu: exerciții, răspunde la diverși stimuli...).

Asistenta: supervizează aceste acțiuni, încurajează, informează, își manifestă empatia, ajută și efectuează toate îngrijirile necesare pacientului.

Echipa de îngrijire: asigură completarea și eficacitatea activității profesionale.

Familia: în anumite circumstanțe, este alături în acțiuni de îngrijire.

Observație: Cele două etape ale demersului de îngrijire: planificarea îngrijirilor (a III-a etapă) și executarea îngrijirilor (a IV-a etapă) sunt strâns legate între ele, astfel: în rubrica planificare, decidem intervențiile care trebuie să se execute în etapa următoare: „ridicarea pacientului de trei ori în cursul zilei”; în rubrica executarea intervențiilor: „ridic pacientul de trei ori în cursul zilei”. Această relație strânsă poate să fie sursă de confuzie între cele două etape pentru studenții de la școala postliceală sanitară, care ar trebui, atunci când concep planul de îngrijire, să repete aceleași elemente și în etapa a III-a, și în etapa a IV-a.

Pentru a se evita această confuzie, este posibil ca intervenția (atât în ceea ce privește planificarea, cât și aplicarea) să fie consemnată o singură dată în planul de îngrijire, într-o rubrică de „Intervenții”.

Trebuie să precizăm că realizarea intervenției reiese din evaluarea stării pacientului înainte, în timpul și după intervenție. Este însă foarte important ca intervenția să fie formulată clar și precis; în consecință, va trebui indicat: cui se adresează acțiunea (persoană, familie etc.); orarul (înainte de masă, la două ore, de trei ori pe zi, la culcare sau data); natura acțiunii (cu un verb activ, observabilă, măsurabilă); semnătura asistentei care planifică, execută îngrijirile.

Exemplu: „Se determină pacientul să practice exerciții respiratorii (zece respirații abdominale profunde), câte cinci minute la două ore”.

Semnătura: Maria Pop

Exercițiu: pentru integrare în procesul de îngrijire.

(fără evaluare)

Domnul V. R., în vârstă de 68 de ani, este spitalizat de puțin timp pentru probleme cardiace care acum sunt în ordine. Câteva elemente reies din culegerea de date. Pacientul se alimentează destul de bine, dar se hidratează foarte puțin (o băutură la masa de prânz). Cu toate că i s-a recomandat să facă mișcare, el are dificultate în a se deplasa din cauza unei fracturi a gambei drepte, unde mai simte puțină durere. Are nevoie de ajutor pentru a se deplasa, însă se jenează să-i ceară ajutor asistentei. Nu sună decât foarte rar. Prezintă defecare regulată, la două zile, însă scaune dure și mișțiuni puțin mai frecvente. El spune că se reține adesea de la a urina. Prezintă, de asemenea, incontinență ușoară ocazională. Se plânge uneori de durere în partea inferioară a abdomenului.

Notă: Se acordă prioritate nevoii de a se mișca, pentru că aceasta îi produce cea mai pronunțată dependență cu repercusiuni asupra altor nevoi. Pentru a ușura demersul, problema cardiacă se lasă deoparte.

PLAN DE ÎNGRIJIRE (GHID) (FĂRĂ EVALUARE)

Nevoia	Date care demonstrează dependența	Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții
A se mișca	- dificultate în a se deplasa; - durere la nivelul gambei; - are nevoie de ajutor pentru a se deplasa.	Alterarea mobilității din cauza sechelei unei fracturi manifestate prin... (vezi nota de la sfârșitul planului)	Ca într-o săptămână, el să fie capabil să se deplaseze pentru a merge la toaletă.	Se fac exerciții pasive și active ale membrilor inferioare de două ori pe zi. Se determină pacientul să meargă cu ajutor de trei ori pe zi, cinci minute la început și apoi crescând un minut în fiecare zi.
A comunica	- îi este jenă să ceară ajutor; - nu sună desult foarte rar.	Dificultate în a comunica, legată de jenă.	Ca el să-și exprime nevoile cu mai multă îndrăzneală (a se evalua la trei zile).	Se răspunde cu rapiditate când sună; se subliniază disponibilitatea asistentului pentru a-l ajuta.
A elimina	- micșuni puțin mai frecvente; - incontinență ocazională; - dureri (uneori) în partea inferioară a abdomenului.	Modificarea schemei urinare (ușoară incontinență) din cauza dificultății în a se adapta pentru mobilizare.	Ca el să-și restabilească o schemă urinară normală, orar de eliminare într-o săptămână.	Se explică pacientului necesitatea de a urina atunci când simte această senzație pentru a evita incontinența. Se va conduce la toaletă la două ore. Se lasă urinarul la îndemână pe timpul nopții.
A se hidrata	- se hidratează puțin; nu bea lichide între mese.	Insuficiență hidratare, legată de frica de a fi obligat să meargă la toaletă.	Ca el să bea 1500 ml de lichid în 24 ore (a se evalua zilnic).	Se lasă portia de apă la îndemână. Se explică necesitatea de a bea cel puțin un pahar de apă între mese. I se oferă pacientului un pahar de suc la ora 10, la ora 14 și la ora 20.

Notă: La formularea diagnosticului - din acest plan - semnele (a treia componentă a diagnosticului) riser din datele care demonstrează dependența; de aceea, considerăm că nu mai este necesar să le scriem aici.

Precizare: Fiecare plan de îngrijire va fi completat cu: intervenții constante - exemplu: așezarea obiectelor la îndemână pentru cei cu defect vizual; elemente de supraveghere; comportament; reacții la medicamente; funcții vitale etc.; intervenții cu rol delegat care reies din prescripțiile medicului.

Sfaturi pentru efectuarea intervențiilor de îngrijire:

- Nu efectuați niciodată acte de îngrijire fără a se cunoaște raționalamentul, efectul așteptat;
- Înainte de orice acțiune, reexaminați pacientul pentru a evalua starea problemelor și verificați dacă intervențiile prevăzute sunt întotdeauna potrivite (practicați o culegere specifică de date);
- Nu sunteți roboți. Fiți atenți la reacțiile pacientului și modificați orice intervenție ineficăce;
- Implicați pacientul și familia sa. Explicați-le întotdeauna rațiunea intervențiilor dumneavoastră;
- Pregătiți mediul înconjurător terapeutic și fără pericole.

Executarea îngrijirilor și relația asistent - pacient

În optica Virginiei Henderson, îngrijirile trebuie să fie de suplinire și de satisfacere a nevoilor fundamentale.

De asemenea, îngrijirile trebuie să favorizeze drumul spre independență, spre câștigarea autonomiei pacientului. Pentru aceasta, asistenta trebuie să fie capabilă de disponibilitate, de voință de a ajuta și de deschidere față de alții, atribute care constituie un climat esențial în desfășurarea activității.

Această relație trebuie să urmărească stabilirea unui anumit tip de comunicare: funcțională, pedagogică și terapeutică.

Comunicarea funcțională presupune ușurarea schimburilor (dialogurilor) cotidiene.

Comunicarea pedagogică implică învățarea, transmiterea informațiilor necesare prevenirii (primare, secundare și terțiare), precum și reabilitării atât din punct de vedere fizic, cât și psihic a pacientului.

Comunicarea terapeutică implică stabilirea, între asistentă și pacient, a unei relații de: acceptare reciprocă; atitudine de respect, căldură; înțelegere empatică față de pacient.

În cursul îngrijirilor (igienă, tratament), asistenta se întretine cu pacientul, îl ascultă, îl atinge (cu dulocie), răspunde la întrebările sale, împarte cu el povara bolii și îi comunică acestuia înțelegerea sa empatică.

Acest contact cu pacientul este un pretext pentru a realiza relații de încredere, respect reciproc, ceea ce conferă îngrijirilor un caracter uman care este o condiție a calității îngrijirilor. Adesea însă, din cauza sarcinilor pe care asistenta trebuie să le îndeplinească, se observă că nivelul relațiilor între îngrijitor și cel îngrijit nu este propice stabilirii acestora, deoarece preocuparea asistentei este mai degrabă centrată asupra sarcinilor de îndeplinit, decât asupra persoanei înseși. Este cazul pacienților cu stare gravă și multe tratamente, când asistenta este supraaglomerată.

Trebuie să se țină însă cont de faptul că cu cât starea pacientului este mai critică, cu atât anxietatea și durerea sunt mai mari și el are nevoie, cu atât mai mult, de suport și înțelegere din partea asistentei.

O problemă asemănătoare apare și în cazul îngrijirii unui pacient confuz sau inconștient, când interesul pentru stabilirea unei relații cu pacientul trebuie să fie evident. În aceste situații, îngrijirile acordate cu căldură și respect pot să îi creeze pacientului, la nivel emoțional, revenirea unei flăcări de conștiință.

În lucrul său cu pacientul, asistenta trebuie să comunice cu acesta în multiple circumstanțe: atunci când aceasta ajunge la spital; atunci când se realizează interviul pentru culegerea de date; atunci când se execută îngrijirile zilnice, moment în care asistenta trebuie să-i explice totul pacientului, astfel ca el să fie informat despre tratamente, despre examenele și intervențiile pe care va trebui să le suporte etc.

Această comunicare verbală și nonverbală trebuie să fie o comunicare terapeutică, o relație de ajutor pentru pacient.

Atitudinea de a asculta, arta de a pune întrebări și de a răspunde (interesul concentrându-se spre pacient) nu sunt decât câteva dintre caracteristicile acestei forme de comunicare.

Situații sau reacții în timpul îngrijirilor care trebuie să fie în atenția asistentei

Anxietatea este un sentiment de inconfort și de tensiune pe care-l resimte persoana. Poate să apară sub formă acută, în prezența unei dureri, a fricii, a neliniștii etc. Anxietatea poate să producă ușoare modificări ale pulsului, ale respirației, ale tensiunii arteriale, o creștere mar-

cantă a acestor semne vitale. Asistenta trebuie să învețe să deceleze anxietatea pacientului, putând fi de mare ajutor pentru acesta.

Stresul este una dintre problemele cele mai răspândite în timpul nostru. Acesta se manifestă atât din punct de vedere fizic, cât și psihologic. Stresul psihologic provine dintr-un dezechilibru între exigențele la care individul trebuie să facă față și capacitatea sa de a corespunde. Pe de altă parte, este prezent sentimentul de a nu avea destul timp: viața este ca o cursă permanentă contra cronometru. Stresul poate antrena numeroase probleme de sănătate atât pe plan psihologic (anxietate, frică de eșec, depresie), cât și pe plan fizic, prin insatisfacția anumitor nevoi fiziologice ca foamea, setea, frigul, inconfortul etc. Indiferent de proveniența stresului (fizic sau psihologic), acesta poate afecta organe, ca de exemplu: stomacul (ulcer de stres). Asistenta poate să ajute persoana printr-un suport psihologic și prin rolul său de suplinire în satisfacerea nevoilor fundamentale ale persoanei căreia ea îi acordă îngrijiri.

Frica - Anxietatea se asociază adesea cu frica. Frica este un sentiment pe care-l resimte o persoană față de un pericol fizic sau psihologic. Nu trebuie să minimalizăm importanța acestui sentiment față de un tratament, față de intervenții sau față de moarte. Atunci când asistenta știe să deceleze frica la persoana îngrijită, este important ca ea să-i demonstreze înțelegere, voința sa de a-l asculta și de a-l asigura.

Durerea este o senzație neplăcută percepută într-unul sau mai multe puncte ale organismului. Ea este însoțită de reacții psihologice (anxietate, depresie, furie etc.), de preocupări sociale (neliniște, îngrijorare pentru viitor, pentru familie), fundal pe care întrebările cu caracter religios se intensifică. Există diverse forme de durere, dar putem să le clasăm în două mari categorii: durerea acută și durerea cronică. Rolul asistentei față de această dificultate constă în a-i administra pacientului medicamentele (rol delegat), în a-i acorda îngrijiri care să-i potolească starea de rău fizic, comunicarea terapeutică cu acești pacienți care suferă având o importanță unică.

Singurătatea - Boala, infirmitatea și bătrânețea nu sunt atractive. Persoanele în vârstă, bolnavii cronici și persoanele din unitățile psihiatrice trăiesc frecvent experiența singurătății și a izolării. Singurătatea este starea individului care se regăsește singur cu el însuși. Uneori, aceste momente sunt benefice pentru ființa umană, dar trebuie să existe un echilibru între gradul de intimitate de care persoana are nevoie (pentru

conservarea demnității sale) și între legăturile sociale care sunt necesare pentru (realizarea) deschiderea și dezvoltarea personalității. Singurătatea frecventă și prelungită a persoanelor bolnave duce, adesea, la deteriorarea mentală și afectivă. Rolul asistentei, focusat pe susținerea persoanei singuratice, este de a stabili o relație de ajutor, un climat de încredere, de acceptare, de respect și înțelegere. Relația de ajutor nu înseamnă a da sfaturi persoanei, ci a-i susține în dificultatea sa, aducându-i suficientă căldură și înțelegere empatică. În afară de situațiile amintite mai sus, asistenta întâlnește la pacienți, în timpul executării îngrijirilor sale, multe alte dificultăți de care trebuie să țină cont.

Astfel, mai amintim:

Imobilitatea sau diminuarea activității normale care poate afecta percepția imaginii și stimei de sine.

Înstrăinarea - este vorba de pacienții aflați în serviciile de sănătate care sesizează (percep) că nu există loc (că nu se ține seama) de opiniile lor, de neliniștea lor, de capacitatea lor de decizie, de dreptul lor la informație, de referințele și chiar de personalitatea lor, cu toate caracteristicile proprii.

Sentimentul de neputință - situație în care pacientul se vede condamnat și constată cu amărăciune inutilitatea îngrijirilor, își dă seama că nimeni nu poate să facă nimic mai mult pentru el.

Modificarea schemei corporale - o schimbare progresivă, cum ar fi: slăbirea, obezitatea, menopauza, îmbătrânirea, poate să producă, la unele persoane, perturbări importante. Însă șocul cel mai puternic este format de o boală deformantă, cum ar fi artrita, paralizia ori de intervenții chirurgicale mutilante: amputația membrelor, a sânilui, a organelor genitale etc. Aceste situații, care ating schema corporală și la care pacientul se resimtează cu dificultate, îl fac pe acesta să trăiască sentimente de frustrare, de devalorizare și de pierdere a încrederii în sine.

Pierderea unei ființe dragi, a unui rol, a unui statut social sau a unui avantaj creează dificultăți de ordin material, profesional sau emotiv.

Doliul după decesul unei ființe dragi este o pierdere cu repercusiuni importante.

Toate aceste situații pot fi reduse (atenuate) de către asistentă, prin îngrijiri potrivite, printr-o înțelegere empatică, printr-o prezență umană și căldură sufletească, gata să ajute persoana ce trăiește aceste dificultăți.

Fără o prezență de calitate și o comunicare ce constituie o relație de ajutor, toate aceste îngrijiri se pot vâdi iluzorii.

De reținut: În vederea executării unor îngrijiri potrivite fiecărui pacient, asistenta trebuie să știe să aplice mai multe metode de acțiune care să ușureze suferințele persoanei bolnave și să-i asigure un plus de confort și o stare de bine.

Executarea îngrijirilor constituie un moment potrivit pentru asistenta care vrea să învețe, să informeze pacientul asupra problemelor sale de sănătate, asupra tratamentului ori cu privire la obiceiurile de viață mai puțin potrivite pentru satisfacerea nevoilor fundamentale. Învățarea pacientului este un act de îngrijire esențial și necesar. Această învățare poate să fie specifică (exemplu: a învăța pacientul să-și facă injecție, în cazul diabetului) sau poate să conțină alte sfaturi practice; înainte de a începe învățarea, mai întâi, trebuie să evaluăm cunoștințele pacientului și dorința acestuia de a învăța. Trebuie să încurajăm pacientul să pună întrebări, îi putem spune, de exemplu: „Puneți-mi toate întrebările pe care le vreți, chiar dacă ele vi se par stupide. Noi toți ne simțim câteodată limitați, deci să nu credeți că sunteți singurul. Toate întrebările sunt importante, chiar și acelea care vă par neînsemnate.”

5. EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR

(A CINCEA ȘI ULTIMA PARTE A DEMERSULUI DE ÎNGRIJIRE)

Evaluarea constă în a aduce o apreciere (o judecată) asupra progresului pacientului în raport cu intervențiile asistentei.

Evaluarea este o condiție absolută a calității îngrijirilor. Dacă intervențiile planificate nu și-au atins scopul, atunci trebuie să știm de ce nu avem rezultatul scontat și cum să corectăm situația.

Când se face evaluarea?

Evaluarea trebuie să se facă cu regularitate, la diverse intervale. Un obiectiv indică, în general, la cât timp trebuie să se facă evaluarea (de exemplu: dacă există mențiunea „se va evalua mâine” sau „din trei în trei ore” sau „în trei zile”, examinarea trebuind să fie făcută în termenul fixat).

Ce se evaluează?

Există mai multe metode de a determina ceea ce trebuie evaluat. Ne propunem să evaluăm două aspecte: rezultatul obținut sau schimbarea observată, adică reacția pacientului la îngrijiri și satisfacția pacientului înșiși.

a) Rezultatul obținut

Când asistenta formulează obiectivele îngrijirilor, ea exprimă ce rezultat prevede să se obțină în urma îngrijirilor acordate.

De exemplu: un obiectiv poate fi formulat în felul următor: „... ca dna X să accepte să-și exprime mâine sentimentele resimțite cu ocazia primului pansament după mastectomie”.

Pentru a realiza acest obiectiv, asistenta își va planifica toate intervențiile în vederea obținerii acestui rezultat: va merge să vadă pacienta când aceasta va fi mai odihnită, o va asculta, o va stimula să se exprime, va manifesta empatie, va începe să abordeze cu ea probleme legate de perceperea imaginii de sine.

Pentru a ști dacă obiectivul a fost atins, asistenta va trebui, ea însăși, să-și pună niște întrebări în legătură cu modul în care a reușit să întrețină o relație cu pacienta.

Exemplu de evaluare:

Doamna X, încă șocată, nu poate să se exprime prea mult; plânge, este descurajată, dar, în urma discuției avute cu asistentă, este mai calmă. După cum se vede, rezultatul nu a fost atins și obiectivul va trebui re-luat. La o nouă încercare de evaluare, putem să demonstrăm că obiectivul a fost atins.

Dna X acceptă să vorbească despre sentimentele sale, plânge, zice că nu va mai fi niciodată ea însăși, că se devalorizează. Îi este teamă pentru relațiile sale cu soțul. Cu toate acestea, spune că s-a mai îmbărbătat vorbind cu asistenta.

Rezultatul este satisfăcător: pacienta vorbește despre sentimentele sale, dar apar alte probleme, alte dimensiuni care vor fi subiectul unor noi obiective, cu evaluările necesare. După cum se vede, evaluarea rezultatelor este, într-un fel, o culegere de date, atingând anumite aspecte ale problemei de sănătate a persoanei. Noile date obținute despre evoluția pacientului sunt astfel adăugate, sunt revăzute, se stabilesc prioritățile, obiectivele și se decid noi intervenții dacă este cazul (proces ciclic).

Prin urmare, evaluarea se face pe tot timpul îngrijirii. Când se observă că semnele nu s-au diminuat (că obiectivul pentru persoană nu a fost atins), că acțiunile de îngrijire (ale asistentei) nu au avut impactul dorit, procesul de îngrijire se reia de la prima etapă (reformularea diagnosticului, a obiectivelor, modificarea intervențiilor). Evaluarea permite reajustarea obiectivelor și, implicit, modificarea intervențiilor, acest proces prezentând o asemănare cu spirala educației, căci ne permite să evaluăm în permanență.

b) Satisfacția pacientului

Este important să se cunoască aprecierea pacientului, trebuind însă, în același timp, să avem rezerve, pentru că pacientul nu știe întotdeauna ce anume implică o bună îngrijire; este, de asemenea, posibil ca lui să-i displace unele intervenții, deși beneficiază de o îngrijire excelentă.

Evaluarea nu ar fi completă fără o evaluare a întregului proces urmat. Această evaluare este necesară atunci când situația pare să stagneze, când nu se observă rezultate. De asemenea, se impune o evaluare a procesului urmat atunci când se produc numeroase schimbări în starea pacientului (intervenții, complicații, naștere etc.), pentru că va fi necesară introducerea unor date noi.

Cum se face evaluarea?

Evaluarea se face pornind de la un punct de referință care, de fapt, este obiectivul de îngrijire.

De exemplu: Obiectivul pentru o escară de 2 cm diametru și 2 mm profunzime poate fi: „ca escara de decubit să granuleze într-o săptămână”. Pornind de la acest punct de referință, asistenta va putea să judece cu ușurință evoluția acestei probleme. Persoana care face evaluarea unui obiectiv dat va trebui să înregistreze observația, să indice data și să semneze.

Concluzie: Procesul de îngrijire este un proces ciclic și permanent reînnoit.

Precizare: Planurile de îngrijire, așa cum le găsim descrise în diverse publicații, furnizează lină directoare de care trebuie să se țină seama.

Toate pot fi instrumente de lucru utile și trebuie folosite ca puncte de plecare, pentru că aduc informațiile de bază, ajută învățarea, ușurează

demarajului planificării, facilitează stabilirea unui plan de îngrijire individualizat.

Utilizarea lui nu trebuie să se facă orbește, pentru că în niciun plan standard (scris în termeni generali), nu pot fi cuprinse și tratate toate problemele particulare.

Analizând cu atenție planul standard, putem determina ce anume se aplică la pacientul nostru, astfel încât obiectivele acestuia să fie extrem de specifice și individualizate. Un plan de îngrijire extensiv ține cont atât de prescripțiile medicale, cât și de intervențiile autonome ale asistentei. Astfel, asistenta trebuie să verifice prescripția medicului înainte de a-și planifica intervențiile autonome.

De exemplu, unul dintre pacienți prezintă ca diagnostic de îngrijire „intoleranță la activitate”. Asistenta nu va putea să-și planifice mijloacele de intervenție pentru această problemă înainte de a ști care sunt activitățile autorizate de medic.

Înainte de a decide intervențiile autonome, asistenta va verifica prescripțiile medicale referitoare la: limitarea activităților fizice, restricții alimentare, alte prescripții ale medicului ca rol delegat.

Capitolul IV

NEVOILE FUNDAMENTALE

1. NEVOIA DE A SE MIȘCA ȘI DE A AVEA O BUNĂ POSTURĂ

A se mișca și a avea o bună postură sunt necesități ale ființelor vii de a fi în mișcare, de a-și mobiliza părțile corpului prin mișcări coordonate și de a-și păstra diferite segmente ale corpului într-o postură care să permită confortul și funcțiile organismului. Această necesitate este strict legată de nevoia de a avea o bună circulație (mișcarea favorizează și condiționează circulația sângelui).

Independența nevoii este determinată de integritatea aparatului locomotor (sistemul osos și muscular), a sistemului nervos (vizează cerebelul, bulbul rahidian care conține centrul echilibrului) și a aparatului vestibular (are rol în păstrarea echilibrului și orientarea în spațiu).

Factori care influențează satisfacerea nevoii:

Vârsta și dezvoltarea fizică

Copilul mic are mișcările mai puțin coordonate, dobândindu-și controlul pe măsură ce se maturizează; este foarte activ și adoptă poziții uneori bizare.

Adultul este activ în deplinătatea puterii fizice, dă suplețe mișcărilor și le coordonează.

Vârștnicul are o forță fizică diminuată și mobilitate redusă; rămâne însă activ în exerciții moderate.

Constituția și capacitățile fizice influențează mișcarea în sensul intensității efortului fizic.

Factorii psihologici

Emoțiile pot determina mișcări ale corpului mai rapide și, adesea, involuntare.

Stresul, teama prelungite pot determina ticuri.

Personalitatea, temperamentul fac ca individul să fie mai activ sau, dimpotrivă, mai calm.

Factorii sociologici - spirituali

Cultura - individul practică activități fizice în funcție de gradul de cultură și de societatea în care trăiește.

Factorii sociali - în societate, individul practică activități ce impun eforturi fizice mai mari sau mai mici, eforturi compensate prin ore de repaus.

Factorii spirituali implică mișcările și posturile caracteristice riturilor religioase.

Manifestările de independență

Postura adecvată sau atitudinea înseamnă păstrarea raporturilor corecte între diferite segmente ale corpului.

Raporturile normale

Poziția în picioare se numește *ortostatism* și se caracterizează prin capul drept, privirea drept în față, spatele drept, membrele superioare pe lângă corp, membrele inferioare drepte, piciorul în unghi drept cu gamba.

Poziția *semișezând* se caracterizează prin următoarele: culcat pe spate, toracele formând un unghi de 30 - 45° cu linia orizontală.

Poziția în *jezuit* este definită de următoarele: capul drept, spatele drept rezemat, membrele superioare sprijinite, coapsele orizontale, gambele verticale, piciorul în unghi drept cu gamba.

Clinostatismul sau poziția *decubit* (poziția culcat) implică: *decubit dorsal* (culcat pe spate); *decubit ventral* (culcat pe burtă); *decubit lateral stâng* (culcat pe partea stângă); *decubit lateral drept* (culcat pe partea dreaptă).

Mișcările adecvate sunt: *abducție* (îndepărtarea unui segment de corp de linia mediană); *adducție* (mișcarea de apropiere a unui segment de linia mediană); *mișcarea de flexie și extensie* (apropierea sau îndepăr-

tare a două segmente de corp unul de celălalt); *pronație* (mișcarea de rotație a mâinii cu fața palmară [palma] în jos); *supinație* (mișcarea de rotație a mâinii cu fața palmară [palma] în sus); *mișcarea de rotație* (mișcarea unei articulații în jurul axului).

Clasificarea exercițiilor fizice se realizează după cum urmează: *exerciții active* – mișcări executate de individ; *exerciții pasive* – mișcări executate de o altă persoană; *exerciții cu deplasare* – cu efectuare de lucru mecanic; *exerciții izometrice* – fără deplasare, doar cu tensiune musculară crescută; *mișcări armonioase coordonate*.

Rolul nursei pentru păstrarea independenței se înregistrează sub următoarele aspecte: educația sanitară a pacientului pentru orice fel de sport; practicarea exercițiilor fizice corespunzătoare vârstei și capacității fizice a individului; învățarea pacientului să practice tehnici de destindere și relaxare, aceasta implicând, obligatoriu, postura confortabilă; evitarea și eliminarea tabagismului; evitarea meselor copioase; evitarea surplusului ponderal.

Dependența în satisfacerea nevoii

Când această nevoie nu este satisfăcută, apar următoarele *probleme de dependență*: imobilitatea, hiperactivitatea, necoordonarea mișcărilor, postura inadecvată, mișcările inadecvate, refuzul de a face mișcare, edeme ale membrilor.

a) Imobilitatea reprezintă o diminuare sau o restricție a mișcării, fiind recomandată adesea ca metodă terapeutică sau poate fi cauzată de traumatisme și boli organice sau funcționale.

Sursele de dificultate care determină imobilizarea pot fi: *de ordin fizic*: alterarea centrilor nervoși (AVC), alterarea integrității aparatului locomotor (fracturi, entorse, luxații), piedici ale mișcării (pansamente, aparat gipsat, extensie continuă); *de ordin psihologic*: tulburări de gândire, anxietate, stres, pierderea cuiva drag, separarea; *de ordin sociologic*: eșecul, izolarea, lipsa cunoașterii de sine, despre alții.

Manifestările de dependență se referă la: dificultatea de deplasare – dificultatea de a se ridica, dificultatea de a se așeza, dificultatea de a merge; diminuarea sau absența mișcărilor – prezența parezelor sau paralizilor.

Pareza indică diminuarea tonusului muscular și reducerea drastică a mișcărilor la acest nivel.

Paralizia înseamnă absența totală a mișcării, tonus muscular zero.

Monopareză sau *monoplegia* interesează un membru; *hemipareză* sau *hemiplegia* – jumătate de corp; *parapareză* sau *paraplegia* – membrele inferioare; *tetrapareză* sau *tetraplegia* sunt afectate toate cele patru membre.

Contractura musculară reprezintă contracția involuntară și permanentă a unuia sau a mai multor mușchi care determină o poziție inadecvată.

Crampa musculară este o contracție musculară de scurtă durată.

Atonia musculară se referă la absența totală a tonusului muscular.

Hipotonia musculară înseamnă diminuarea tonusului muscular.

Atrofia musculară înseamnă absența volumului muscular și a tonusului muscular.

Hipotrofia musculară se referă la scăderea volumului muscular și a tonusului muscular.

Anchiloză denumește imposibilitatea mișcării unei articulații.

Escarele sunt distrugerii tisulare care apar ca urmare a unui deficit de nutriție locală, de obicei prin leziuni vasculare sau prin compresii continue.

Regiunile predispuse apariției escarelor sunt: *decubit dorsal* (regiunea occipitală, omoplați, coate, regiunea sacrococcigiană, călcâie); *decubit lateral* (umăr, regiunea trohanteriană, fețele laterale ale genunchilor, maleolele); *decubit ventral* (tâmpile, umeri, creasta iliacă, genunchi, degetele picioarelor).

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să aibă tonusul muscular și forță musculară păstrată sau să și le recapete singur, cu ajutorul nursei, al cadrului metalic, cârjelor sau bastonului, în termen de...	Asistenta planifică un program de exercițiu, în funcție de cauza imobilizării și de capacitatea pacientului.
Pacientul să și recapete integritatea tegumentelor și a activității articulare cu ajutorul nursei sau al aparatelor medicale, progresiv, în termen de...	Asistenta schimbă poziția pacientului în pat, la interval de două ore. Masează regiunile expuse riscului de apariție a escarelor, le podrează cu talc, efectuează sau asigură igiena perfectă a regiunilor predispuse la escare.

Nevoile fundamentale

Obiective	Intervenții autonome și delegate
	<p>Efectuează mișcări pasive la fiecare două ore.</p> <p>Învăță pacientul care este postura adecvată și cum să efectueze exerciții musculare active.</p>
Pacientul să-și mențină funcția respiratorie la parametri normali, singur sau cu ajutorul nursei, permanent.	<p>Asistenta efectuează tapotaj toracic.</p> <p>Educă pacientul să practice exerciții de respirație profunde.</p> <p>Schimbă poziția pacientului în pat la interval de două - patru ore.</p> <p>Educă pacientul să expectoreze (să elimine) secrețiile, să tușească.</p> <p>Educă pacientul să renunțe la fumat sau să reducă numărul de țigări.</p> <p>Administrează medicația prescrisă de medic.</p>
Pacientul să fie echilibrat psihic cu ajutorul nursei sau al echipei medicale, în termen de...	<p>Pregătește psihic pacientul în vederea efectuării oricărei tehnici.</p> <p>Redă încrederea pacientului că imobilitatea sa este o stare trecătoare și că își va putea relua mersul.</p>
Pacientul să-și mențină satisfăcute celelalte nevoi fundamentale, singur sau cu ajutorul nursei, permanent.	<p>Supraveghează pacientul.</p> <p>Îl ajută în satisfacerea celorlalte nevoi.</p> <p>Îl servește la pat cu cele necesare.</p>

b) Hiperactivitatea constă în creșterea ritmului mișcărilor și activităților individului, determinată de instabilitatea emoțională și de pierderea ideilor.

Sursele de dificultate sunt de mai multe tipuri: *de ordin fizic* (dezechilibre endocrine, reacții medicamentoase, alcoolism); *de ordin psihologic* (senilitate, tulburări de gândire, criză, pierdere, separație); *lipsa cunoașterii de sine*.

Manifestările de dependență pot fi ilustrate după cum urmează: vorbire caracteristică (vorbește mult, precipitat), mișcări caracteristice rapide, frecvente, spasme (contractia involuntară a unui sau a mai multor mușchi), ticuri (mișcări involuntare ale ochilor, ale gurii, ale unui braț sau picior), euforie (stare de bună dispoziție nejustificată), hiperactivi-

tate la orice stimul, mânie (comportament psihotic mergând până la agresivitate fizică), autoagresivitate (se lovește pe el însuși), heteroagresivitate (îi lovește pe alții), escare (distrugerii tisulare ca urmare a unui deficit de nutriție locală, de obicei prin leziuni vasculare sau prin compresii continue).

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervențiile autonome și delegate</i>
Pacientul să recapete o mobilitate normală singur sau cu ajutorul nursei, în termen de...	Asistenta îndalță toți stimuli din mediul înconjurător. Creează izolare fonică, semiobscuritate. Asigură condiții pentru băi calde, relaxante, masaj relaxant.
Pacientul să-și mențină integritatea fizică cu ajutorul nursei, permanent.	Asistenta supraveghează pacientul pentru a nu se răni permanent. Îndalță obiectele cu care pacientul se poate răni. Aplică constrângeri fizice, dacă este cazul (chingi, cămașă de forță). Administrează tratamentul tranchilizant prescris de medic.

c) Necoordonarea mișcărilor reprezintă dificultatea sau incapacitatea individului de a-și coordona mișcările diferitelor grupe musculare.

Sursele de dificultate se clasifică după cum urmează: *de ordin fizic* (boli ale AVC, intoxicații medicamentoase, intoxicații cu droguri, intoxicație cu alcool, maladia Parkinson); *de ordin psihologic* (stresul, anxietatea); *de ordin sociologic* (mediu de lucru necunoscut); *lipsa cunoașterii de sine, a anturajului*.

Manifestările de dependență pot fi de mai multe tipuri: akinezie (absența mișcărilor voluntare), ataxie (tulburări de coordonare ale mișcărilor active voluntare), tremurături, tulburări ale mersului, convulsii (contractii repetate, involuntare ale unui mușchi, urmate de relaxare), dificultatea de a trece din ortostatism în poziție șezând, expresie facială rigidă.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să aibă tonusul muscular ardevat activității depuse cu ajutorul nursei, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta planifică împreună cu pacientul un program de exerciții fizice active și pasive, exerciții de mers în funcție de capacitatea pacientului; învață pacientul să utilizeze diferite aparate de susținere.

Ajută pacientul să facă băi calde.

Îi face masaje la nivelul extremităților.

Administrează medicația prescrisă de medic.

Pacientul să fie echilibrat psihic cu ajutorul nursei, în termen de...

Pregătește psihic pacientul în vederea oricărei tehnici de îngrijire.

Îndepărtează stimuli din mediul extern.

Asigură televizor, presă, lectură.

Pacientul să-și satisfacă toate nevoile organismului cu ajutorul nursei, în termen de...

Pacientul va fi ajutat să-și satisfacă nevoile organismului.

d) Postura inadecvată reprezintă orice poziție anatomică care nu respectă postura normală.

Sursele de dificultate identificate pot fi de mai multe tipuri: *de ordin fizic* (leziuni ale oaselor, ale mușchilor, durerea, aparate gipsate cu împiedicarea posturii normale); *de ordin psihologic* (anxietate, stres); *de ordin sociologic* (condiții inadecvate de muncă); *lipse cunoașterii de sine, a anturajului*.

Manifestările de dependență sunt exemplificate în cele ce urmează: oboseala musculară (scăderea temporară a tonusului muscular), deformări ale coloanei vertebrale (cifoza - deformarea coloanei vertebrale la diferite nivele, cu convexitatea în afară, lordoza - deformarea coloanei vertebrale la diferite nivele, cu concavitatea în față, scolioza - deformarea laterală a coloanei vertebrale la orice nivel al ei), deformări ale membrilor inferioare (*genu valgum* - genunchii sunt apropiați, iar picioarele depărtate, *genu varum* - genunchii sunt depărtați și picioarele apropiate, picior ecvin - sprijinit pe degete, picior talus - sprijinit pe călcâi, picior varus - sprijinit pe partea externă, picior valgus - sprijinit pe partea internă, picior plat - bolta plantară prăbușită), deformări ale umerilor (lu-

rație – ieșirea capului femural din articulația coxofemurală), poziții patognomonice [specifice unei boli] (*opistotonus* – sprijin pe călcâie și extremitatea cefalică, corpul fiind în extensie [în tetanos], *pleurostotonus* – sprijin pe marginea laterală a plantei și umăr, corpul fiind în extensie [în tetanos], poziția „cocoș de puscă” – capul în hiperflexie, membrele inferioare flectate pe coapse, iar coapsele, pe abdomen, torticolis – înclinarea capului într-o parte din cauza musculaturii gâtului, bătătură [*clavus*]).

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să aibă o postură adecvată, singur sau cu ajutorul nursei, în termen de...	Asistenta instalează pacientul în pat, respectând pozițiile anatomice ale diferitelor segmente ale corpului. Folosește utilaje auxiliare și de confort pentru menținerea poziției anatomice.
Pacientul să aibă o postură care să favorizeze respirația și circulația, cu ajutorul nursei, în termen de...	Asistenta așază pacientul într-o poziție semișezândă, în tulburări de respirație. Așază pacientul în poziție <i>Trendelenburg</i> în stările de anemie. Folosește utilaje pentru confortul pacientului.
Pacientul să nu prezinte complicații precum escare, anchiloză, cu ajutorul nursei.	Asistenta schimbă poziția pacientului în pat, la interval de două ore. Verifică tegumentele zilnic, în regiunile cu proeminențe osoase. Efectuează masaj blând și tapotaj toracal. Asigură igiena tegumentelor și mucoaselor, a lenjeriei de corp și de pat. Efectuează exerciții active și pasive. Învăță pacientul care este poziția adecvată și supraveghează dacă recomandările sunt respectate.

Studiu de caz

Pacientul în vârstă de 64 de ani prezintă, de câțiva ani, hemipareză stângă, control sfincterian pentru urină și materii fecale. În momentul interviului cu asistenta, se observă tegumente transpirate, miros ușor neplăcut.

Cerințe:

Enunțați diagnostice de nursing pentru fiecare nevoie afectată.

Identificați nevoile afectate.

Enunțați obiectivele de nursing.

Stabiliți intervențiile.

2. NEVOIA DE A MÂNCA ȘI A BEA

Oricărui organism îi este necesar să ingereze și să absoarbă alimente de bună calitate și în cantitate suficientă, pentru a-și asigura dezvoltarea, întreținerea țesuturilor și pentru a-și menține energia indispensabilă unei bune funcționări.

Independența în satisfacerea nevoii. Organismul are nevoie de alimentație adecvată calitativ și cantitativ. Alimentația trebuie să cuprindă toți factorii necesari pentru menținerea vieții și asigurarea funcțiilor organismului: glucide, proteine, lipide, vitamine, apă, săruri minerale.

1) Glucidele sau hidrați de carbon reprezintă principala sursă energetică a organismului. Digerarea și asimilarea acestora nu solicită organismul prea mult, de aceea este bine ca 50 % din necesitățile calorice ale organismului să se asigure prin hidrați de carbon, dacă nu există o contraindicație în ceea ce privește aportul lor (diabet zaharat, obezitate, colită de fermentație - inflamația intestinului).

Aportul de glucide trebuie mărit în boli febrile, cașexie (stare extremă de slăbire), denutriție, afecțiuni hepatice, renale, putând fi administrate sub formă de ceaiuri, siropuri, limonade, sucuri de fructe etc. (mai ales în perioadele febrile).

Principala sursă de hidrați de carbon o constituie pâinea, cartoful, orezul.

Necesarul zilnic de hidrați de carbon este de 4 - 6 g/kg corp/24 h.

2) Proteinele reprezintă materialele plastice (de formare) ale organismului, acestea înlocuind substanțele distruse prin uzura fiziologică sau patologică. Acestea constituie o importantă sursă de energie, fiind, în același timp, materia primă a enzimelor și a hormonilor.

Aportul insuficient de proteine de lungă durată determină distrugerea parenchimului hepatic, apariția anemiei și retenția (reținerea) apei în organism, cu formare de edeme. Aceste probleme se datorează scăderii proteinelor din plasmă. Creșterea cantității de proteine este indicată în sarcină, alăptare, arsuri, anemii, postoperator, evacuări pleurale și abdominale.

Scăderea cantității de proteine este indicată în boli renale, afecțiuni febrile.

Necesarul de proteine este de 4 - 6 g/kg corp/24 h.

Rezistența organismului față de infecții depinde de aportul proteic; în anumite cazuri (de ardori exagerate sau pierderi patologice), necesarul proteic crește; în afecțiuni renale (insuficiență renală), necesarul proteic este scăzut pentru menajarea rinichiului.

Proteinele se găsesc în carne, ouă, pește, brânză, lapte, legume uscate (fasole și mazăre).

3) Lipidele au o valoare calorică mare și calități energetice mari într-un volum mic. Acestea au rol energetic, structural, adică intră în compoziția sistemului nervos și a eritrocitului (globulul roșu), au rol de susținere pentru organele interne și rol de depozit pentru rezervele de energie.

Necesarul de lipide este de 1 - 2 g/kg corp/24 h.

Aportul de lipide se va reduce în boli febrile, boli hepatice, insuficiență pancreatică, insuficiență renală, diabet zaharat, obezitate și va crește în malnutriție, hipertiroidism (din cauza arderilor exagerate).

Aportul de lipide trebuie să fie de origine animală (unt, smântână, șuncă) și vegetală (ulei).

4) Vitaminele sunt necesare menținerii metabolismului normal al organismului. Necesarul de vitamine se asigură prin consumarea fructelor, legumelor, saladelor, sucurilor de fructe.

Vitaminele pot fi clasificate în vitamine hidrosolubile și vitamine liposolubile.

5) Apa și sărurile minerale. În apă, se petrec toate reacțiile biochimice din organism, care îndeplinesc un rol structural și catalizator.

Necesarul zilnic de apă este de 2000 – 2500 ml, provenind din aport și din arderea hidraților de carbon și a lipidelor.

Necesarul de săruri minerale este de 4 g de Na/zi, 3 – 4 g K/zi, 2 g Ca/zi, 6 g Cl/zi, 18 mg Fe/zi, 0,15 g Mg/zi. Pentru ca absorbția de Ca și Mg să fie optimă, raportul trebuie să fie de 2 la 1.

Surse de calciu și fier găsim în brânză, lapte și derivate.

Necesitățile de apă și săruri minerale cresc în boli febrile, diaree, vărsături, hemoragii abundente, arsuri întinse și scad în insuficiența cardiacă, ciroză etc.

Necesitățile calorice ale omului sănătos

Valoarea energetică a principiilor alimentare

Glucoză	4,1 cal. prin metabolizarea unui gram
Lipide	9,3 cal. prin metabolizarea unui gram
Proteine	4,1 cal. prin metabolizarea unui gram

Necesarul caloric zilnic în funcție de activitate

În repaus	25 cal./kg corp/zi
Efort fizic ușor	35 cal./kg corp/zi
Efort mediu	45 cal./kg corp/zi
Efort mare	55 cal./kg corp/zi

Necesarul caloric zilnic în funcție de vârstă

Copii	Se crește necesarul caloric cu 20 – 30 %.
Vârstnici	Se scade cu 10 – 15 %.
Femei	Este cu 10 % mai mic decât la bărbați.
Stări febrile	Necesarul caloric este mărit cu 10 %.
Sportive, sarcină, alăptare	Se crește necesarul caloric cu 30 %.

Necesarul caloric este de 2500 – 3000 cal./zi.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri: *factori biologici*: vârsta și dezvoltarea – nevoile alimentare sunt variabile în funcție de perioada de creștere și dezvoltare (copil, adolescent, adult, vârstnic); *activitățile fizice* – cu cât activitatea musculară este mai

mare, cu atât crește și aportul alimentar; orarul și repartizarea meselor – un program regulat al meselor este recomandat tuturor indivizilor, intervalul dintre mese fiind în funcție de vârstă; *factori psihologici*: emoțiile – influențează consumul de hrană (pe fondul acestora, unii își pierd apetitul, iar alții consumă mai multe alimente); anxietatea – hrănirea este strâns legată de satisfacerea unei nevoi de securitate, de dragoste și de bunăstare; *factori sociologici*: climatul – iarna, indivizii au nevoie de mai multe calorii, iar vara, sunt preferabile mesele ușoare și o cantitate crescută de lichide; statutul socio-economic – sărăcia influențează negativ satisfacerea nevoii; religia – în funcție de apartenența lor religioasă, indivizii au anumite ritualuri alimentare: post urmat de sărbători mari, interzicerea consumului unor alimente (carne de porc, cafea, alcool), dar și prepararea și servirea alimentelor după un anumit ritual; cultura – alimentația este strâns legată de tradițiile și superstițiile fiecărei culturi.

Exemplificăm, în cele ce urmează, câteva *manifestări de independență*: *cavitatea bucală* – dentiția trebuie să fie bună, proteza dentară (dacă este cazul) trebuie să fie adaptată și în stare bună, mucoasa bucală roz și umedă, limba roz, gingiile de culoare roz și aderente dinților; *masticția* – trebuie să fie ușoară, eficientă, cu gura închisă; *reflexul de deglutiție (înghițire)* – trebuie să fie prezent; *digestia* – trebuie să fie ușoară, lentă.

Deprinderile alimentare se referă la următoarele aspecte: orarul meselor (trei mese și două gustări cu zece ore de repaus nocturn); apetitul trebuie să fie prezent; sațietatea (senzația de sătul) trebuie să fie prezentă; hidratarea reprezintă consumul de lichide în funcție de vârstă; simțul gustativ trebuie să fie prezent.

Rolul nursei pentru menținerea independenței

Asistenta calculează necesarul zilnic de calorii, în funcție de activitate, vârstă și stare fiziologică.

Asistenta cântărește pacientul și urmărește evoluția greutatei acestuia.

Asigură echilibrul între alimentele energetice și cele neenergetice (apă, vitamine, săruri minerale).

Asigură echilibrul între principiile nutritive fundamentale, astfel: 50 – 55 % glucide, 10 – 15 % lipide, 30 – 40 % proteine.

Asigură echilibrul între produsele de origine animală și vegetală, după cum urmează: 40 % proteine de origine animală, 60 % proteine de origine vegetală, 35 % lipide de origine animală, 65 % lipide de origine vegetală.

Rația alimentară trebuie să cuprindă alimente din toate grupele alimentare.

De asemenea, asistenta cercetează gusturile și deprinderile alimentare ale individului.

Înlocuiește, la nevoie, un aliment cu altul, conform echivalentelor cantitative și calitative ale diferitelor principii alimentare.

Calculează indicele ponderal care reprezintă raportul dintre greutatea reală și cea ideală.

Greutatea reală se cântărește, iar greutatea ideală se calculează astfel: $50 + 0,75 (T \text{ (cm)} - 150) + V \text{ (ani)} - 20/4 \times 0,9$ (la femei), unde T = talie și V = vârstă.

Indicele ponderal trebuie să fie cuprins între 0,9 - 1,1.

Dacă indicele ponderal este cuprins între 0,8 și 0,9, se pune diagnosticul de distrofie gradul I, dacă este cuprins între 0,7 și 0,8, diagnosticul de distrofie gradul II, iar între 0,6 și 0,7, distrofie gradul III.

Un indice ponderal peste 1,1 - 1,2 indică obezitate gradul I, între 1,2 - 1,3, obezitate gradul II, peste 1,3, obezitate gradul III.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență sunt ilustrate prin: alimentație inadecvată prin deficit, alimentație inadecvată prin exces sau surplus, dificultate de a se alimenta și/sau hidrata, dificultate de a urma dietă, grețuri și vărsături, refuz de a se alimenta și hidrata.

Sursele de dificultate sunt de mai multe tipuri: *de ordin fizic* (alterarea mucoasei bucale, a tubului digestiv; afecțiuni ale ficatului și ale căilor biliare; afecțiuni ale tubajului gastric; intoxicații alcoolice, abuz de medicamente, afecțiuni endocrine; obstrucții sau strangulări intestinale); *de ordin psihologic* (tulburări de gândire; anxietate; stres; stări de criză); *de ordin sociologic* (insalubritatea, religia; lipsa cunoașterii de sine, a mediului înconjurător; alimentația inadecvată prin deficit - aport insuficient de alimente).

În cele ce urmează, enumerăm *manifestările de dependență*, după cum urmează: *anorexie* (lipsa totală a poftei de mâncare), *inapetență* (apetit scăzut), *disfogie* (durere la înghițire), *gingivite* (inflamația gingiilor), *ulcerații ale mucoasei bucale, ale buzelor, glosită* (limbă încărcată), dificultate în masticare, tegumente uscate, deshidratate, lipsite de elasticitate, stare de slăbiciune, grețuri, vărsături, diaree, scăderea indicelui ponderal,

Curriculum de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

greșeli în alegerea și prepararea alimentelor, *regurgitații* (întoarcerea alimentelor din stomac la nivelul cavității bucale).

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să aibă o stare de bine, fără grețuri și vărsături cu ajutorul nursei, în termen de...

Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta așază pacientul în poziție semizezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte.

Protejează lenjeria de corp și de pat a pacientului cu mușama, aleră, prosop.

Ajută pacientul în timpul vărsăturilor sprijinindu-l.

Învăță pacientul să inspire profund.

Copilul nu se așază în decubit lateral.

Asistenta introduce sau interzice anumite alimente.

Administrează medicația prescrisă de medic (antiemetice, vitamine, săruri minerale).

Alimentează pacientul parenteral, dacă nu poate singur, instituind perfuzii cu glucoză 5%, 10 %, 20 %, 33 %, 40 %, la indicația medicului.

Calculează indicii ponderali, necesarul caloric în funcție de starea patologică (febră, vărsături, diaree).

În caz de febră, asistenta adaugă la necesarul caloric 10 % pentru fiecare grad de temperatură peste 37°C și 20 - 30 % pentru agitație, convulsii, arsuri.

După încetarea vărsăturilor, asistenta hidratează pacientul cu cantități mici de lichide reci, la intervale egale de timp.

Explorează gusturile și obiceiurile alimentare ale pacientului, valorificându-le.

Educă pacientul asupra importanței dietei alimentare.

Controlează pachetele de la aparținători.

Face bilanțul lichidelor ingerate și eliminate.

Nevoile fundamentale

Obiective

Pacientul să fie echilibrat nutrițional cu ajutorul sursei, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Explorează preferințele pacientului.
Servește pacientul cu alimente la temperatură moderată.
Respectă orarul meselor, acordă atenție modului de preparare.
Alimentele trebuie să fie prezentate cât mai atrăgător.
Educă pacientul asupra regimului alimentar pe care trebuie să-l urmeze.
Colaborează cu pacientul în scopul alegerii alimentelor preferate, menționând contraindicațiile regimului.
Stabilește curba ponderală.

Pacientul să fie echilibrat psihic.

Asigură un climat cald, confortabil.
Încurajează pacientul și îi explică scopul intervențiilor.
Manifestă empatie.

Alimentația și hidratarea inadecvată prin surplus (aport alimentar exagerat cantitativ și calitativ)

Manifestările de dependență sunt de mai multe tipuri: grețuri, vărsături; polifagie (nevoie exagerată de a mânca, cu absența sentimentului de sațietate); bulimie (senzație exagerată de foame); indice ponderal crescut cu 15 - 20 % (îngrășare).

Sursele de dificultate sunt următoarele: stresul, anxietatea, singurătatea, tulburările psihice, dezechilibrele endocrine sau organice.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să aibă greutatea cât mai aproape de cea ideală, în funcție de vârstă, sex, fiziologie.

Intervenții autonome și delegate

Asistenta calculează indicele ponderal.
Învăță pacientul valoarea energetică a alimentelor și necesarul în funcție de activitățile fizice și vârstă.
Alcătuiește împreună cu pacientul un regim alimentar hipocaloric.
Urmărește orarul și distribuția meselor.
Controlează pachetele de la aparținători.

Curriculă de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să desfășoare activitate fizică singur, zilnic.	Urmărește curba ponderală. Educă pacientul asupra necesității efectuării exercițiilor fizice. Stabilește un program de activitate fizică în funcție de capacitățile și preferințele pacientului.
Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.	Stimulează pacientul să-și exprime emoțiile, nelăsându-l pradă negativismului verbal sau izolării. Îl învață metode de relaxare. Administrează medicația prescrisă de medic.

Difficultatea de a se alimenta și hidrata

Manifestările de dependență sunt de mai multe tipuri: disfagie, oboseală, slăbiciune, diminuarea mobilității mandibulei, tegumente uscate, palide.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să se alimenteze singur, utilizând ustensile adecvate, în termen de... Pacientul să consume alimente care se mănâncă cu mâna (fructe, pâine), singur, la fiecare masă, în termen de... Pacientul să se alimenteze singur, fără nicio jenă, în termen de...	Asistenta ajută pacientul să se alimenteze. Îl încurajează apreciindu-i efortul. Administrează medicația prescrisă de medic.

Difficultatea de a urma dietă

Manifestările de dependență vizează mai multe aspecte, după cum urmează: nu bea, omite mesele, are amețeli, prezintă paloare, indispoziție, constipație.

Sursele de dificultate au în vedere: obișnuințe alimentare diferite, legate de cultură și religie, lipsa cunoașterii alimentelor permise sau interzise în afecțiunea pe care o are pacientul, neacceptarea bolii.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să urmeze regimul alimentar singur, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Ajută pacientul să se alimenteze
și explică necesitatea dietei, tipul de alimentare.

Administrează medicația prescrisă de medic.

Intoleranța digestivă (grețuri, vărsături)

Manifestările de dependență identificate sunt de mai multe tipuri: astenie (oboseală) fizică, paloarea tegumentelor, inapetență, balonări, regurgitații, pituite (reflux în cavitatea bucală a unor cantități mici de lichide din cavitatea gastrică), vărsături biliare (conțin bilă galbenă și induc gust amar), vărsături alimentare, hematemeză (vărsături cu sânge digerat, de culoare negricioasă).

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să-și diminueze grețurile și vărsăturile cu ajutorul nursei, în termen de...

Pacientul să nu mai prezinte grețuri/vărsături, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta impune pacientului repaus alimentar.

Impune, de asemenea, repaus la pat.

Treptat, înlocuiește dieta hidrozaharoasă (apă și glucide), iar apoi hidrolactoza-haroasă.

Revine în câteva zile la regim alimentar corespunzător vârstei.

Educă pacientul să nu-și administreze alimente greu digerabile (conserve, afumături, tocături, condimente, mezeluri).

Verifică pachetele primite de la aparținători.

Hidratează pacientul cu lichide în cantități mici, la intervale egale de timp (ingestia de cantități mari provoacă vărsături).

Administrează medicația prescrisă de medic (antiemetice).

Refuzul de a se alimenta

Manifestările de dependență sunt următoarele: refuzul de a mânca, refuzul de a bea.

Sursele de dificultate vizează: depresile majore, singurătatea (divorțul, decesul), pierderile sociale (șomaj, avere etc.).

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să-și exprime dreptul de a mânca și a bea singur, în termen de...
Pacientul să aibă permanent confort psihic și fizic, cu ajutorul nursei.

Intervenții autonome și delegate

Asistenta stimulează pacientul să-și exprime anxietatea, emoțiile care au provocat decizia de negativism.
Colaborează cu aparținătorii în situații de singurătate, pentru a nu lăsa singur pacientul.
Explică pacientului necesitatea de a bea și a mânca, ridică moralul pacientului, redă pofta de viață pacientului.
Administrează medicația prescrisă de medic (antidepresive).

Hidratarea și mineralizarea organismului

Apa reprezintă 70 % din greutatea organismului și este lichidul solvent al tuturor substanțelor organice, chimice și anorganice, necesare bunei funcționări a organismului. Nevoia de apă a adultului este de 2000 - 2500 ml/24 h.

La copil, nevoia de apă este mai mare în raport cu greutatea corporală, astfel: 180 ml apă/kg corp/zi în primele 6 luni; 150 ml apă/kg corp/zi între 6 - 9 luni; 120 ml apă/kg corp/zi între 9 - 12 luni; 100 ml apă/kg corp/zi peste 1 an.

Eliminarea apei din organism se face pe mai multe căi, astfel: 1000 - 1500 ml prin urină; 350 - 500 ml prin transpirație; 350 - 500 ml prin respirație; 100 - 200 ml prin scaun.

În mod natural, este un echilibru între lichidele introduse în organism și pierderile fiziologice.

În situații patologice, se produce dezechilibrul ce duce la deshidratare sau hiperhidratare.

Astfel, se deosebesc mai multe sindroame de deshidratare: deshidratare izotonă, atunci când pierderile interesează atât apa, cât și electroliții

la aceeași proporție (vărsături, diaree, hemoragii masive, paracentezele operate); *deshidratare hipertonică*, când se elimină apa în proporție mai mare (transpirație exagerată, polipnee); *deshidratare hipotonică*, atunci când se elimină sărurile minerale în proporție mai mare.

Cauzele deshidratării sunt: de ordin fizic (diaree, transpirații abundente, tulburări endocrine, aport insuficient de lichide, climat cald); *de ordin psihologic* (stres, stări de criză); *de ordin sociologic* (pauză, sărăcie, conflicte sociale, posturi); *lipsa cunoașterii de sine, a unor rapoarte de educație sanitară*.

Manifestările de dependență se referă la: tegumente uscate, pliu cianotic persistent, buze uscate, senzație de sete, astenie fizică și intelectuală, cefalee, amețeli, tendință la hipotensiune, febră, modificări de puls (tahicardie).

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să fie hidratat cu ajutorul asistentei, în termen de...	<p>Pacientul trebuie educat să se hidrateze cu cantități mici de lichide în guri, vărsături, stări febrile și lichide calde, în dureri și la recomandarea medicului.</p> <p>Asistenta hidratează pacientul care nu se poate hidrata.</p> <p>Făce bilanțul ingest - excret (bilanțul hidric).</p> <p>Pacientul cu reflex de deglutiție scăzut va fi hidratat de asistentă folosind o ceașcă cu pai sau cu o linguriță.</p> <p>În stările febrile, asistenta administrează limonade, apă fiartă și răcită, compoturi în funcție de necesitățile fiziologice și patologice.</p>

Căile de hidratare ale organismului pot fi diverse, după cum urmează: *orală*; *perfuzie intravenoasă* - introducerea pe cale parenterală, picătură cu picătură, a soluțiilor medicamentoase; *subcutanată* - se face prin perfuzie, însă resorbția este lentă (accidente: flegmoane, necroza țesutului prin compresii, complicații septice); *duodenală* - adminis-

trarea lichidelor se face prin sondă duodenală; *rectală* – se face prin clismă, picătură cu picătură.

Diversificarea alimentației la sugari se realizează după cum urmează:

- La vârsta de două luni, i se dă copilului mic suc de fructe și banană pasată.

- La vârsta de patru luni, i se dă supă de zarzavaturi, începându-se cu una – două lingurițe, apoi se completează până ce ajunge la un biberon de supă/zi.

- Treptat, zarzavatul fiert se pasează și se administrează supă cremă.

- La vârsta de cinci luni, la supă de zarzavat, se poate adăuga un cotoi de pui, ficat de pui (pasate); se introduce oul fiert tare, inițial, administrându-se numai gălbenușul, iar la două – trei săptămâni, albușul. Se administrează un ou fiert tare la trei zile (interzis ou de rață).

- La șase luni, copilul trebuie să aibă șase mese/zi a 180 ml: 3 x sân sau lapte de vacă sau lapte praf; 1 x măr ras + biscuit + 5 % zahăr; 1 x supă de zarzavat + 25 g carne mixată + ulei vegetal; 1 x orez păsat + brânză de vaci sau ou fiert tare, ficat pasăre, carne de pasăre fiartă, banană, portocală.

La nouă luni, copilul primește 5 mese/zi a 200 ml: 2 x sân sau lapte de vacă sau lapte praf; 1 x măr ras + biscuit + 5 % zahăr; 1 x supă de zarzavat + 50 g carne mixată + piure de legume + ulei vegetal; 1 x orez păsat + brânză de vaci sau ou fiert tare, ficat pasăre, carne de pasăre fiartă, papanași, cartofi, smântână, mămăligă cu brânză, banană, portocală, lămâie, apă fiartă și răcită.

La un an, copilul este așezat la masa adulților și se lasă să mănânce singur.

Este interzis peștele până la vârsta de trei ani, ciocolata și căpșunile, până la vârsta de doi ani, cireșele se pot da, dar fără sămburi.

3. NEVOIA DE A ELIMINA

Eliminarea reprezintă necesitatea organismului de a îndepărta substanțele nefolositoare, nocive, din organism, rezultate din metabolism.

Excreția se realizează pe mai multe căi: aparatul renal – urină; prin piele – transpirație; aparatul respirator; aparatul digestiv – scaun; aparatul genital feminin – menstruație.

În stări patologice, pot apărea eliminări patologice, cum ar fi: pe cale digestivă – melenă, hematemeza; pe cale respiratorie – spută.

Funcția excretorie menține homeostazia organismului, echilibrul acido-bazic și hidroelectrolitic.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt:

a) factori biologici:

Alimentația – o bună hidratare și o alimentație bogată în reziduuri (legume, fructe, cereale) facilitează eliminarea intestinală și vezicală; mesele luate la ore fixe favorizează ritmul eliminărilor.

Exercițiile – activitatea fizică ameliorează randamentul muscular, fortifică musculatura abdominală și pelviană, care au rol important în eliminarea intestinală.

Vârsta – la copii, controlul sfincterian se obține în doi – trei ani; la persoanele vârstnice, diminuarea tonusului musculaturii abdominale poate provoca lipsa de control a eliminării; la bărbați, hipertrofia prostatei determină tulburări de micțiune.

Programul de eliminare intestinală – trebuie să fie zilnic și poate varia de la un individ la altul.

Temperatura – frigul influențează micțiunea în sensul creșterii ritmului.

b) factori psihologici: stres, anxietate, emoțiile care pot modifica frecvența, cantitatea și calitatea eliminării urinare și intestinale.

c) factori sociali: educația, cultura, igiena, pauperitatea, insalubritatea, religia.

Independența în satisfacerea nevoii

A) Urina este o soluție apoasă prin care se elimină din organism substanțele toxice și inutile rezultate în urma metabolismului.

Micțiunea este actul fiziologic conștient de eliminare a urinei.

Diureza este cantitatea de urină eliminată din organism într-un interval de 24 de ore.

Manifestările de independență se referă la următoarele aspecte:

a) cantitatea variază în funcție de vârstă: nou-născut (30 – 300 ml/24 h); copii (500 – 1200 ml/24 h); adult (1200 – 1500 ml/24 h);

b) frecvența micțiunilor: nou-născut (micțiuni frecvente); copil (4 – 5 micțiuni/zi); adult (5 – 6 micțiuni/zi); vârstnic (6 – 8 micțiuni/zi);

c) *ritmul micșunilor* (2/3 din numărul micșunilor se produc în timpul zilei și 1/3 noaptea);

d) *culoarea urinei* este galben deschis până la galben închis, în funcție de diluția acesteia. Culoarea urinei este modificată în funcție de alimentație și de unele medicamente, astfel: culoarea închisă este determinată de un regim bogat în carne; culoarea deschisă, de un regim vegetarian; roz, roșu-cărămiziu, de tratamentul cu piramidon; albastru-verde, de tratamentul cu albastru de metilen; cafeniu-roșu, de tratamentul cu acid salicilic;

e) *mirosul urinei*: urina proaspătă are miros de bulion; amoniacal, după un timp, din cauza fermentației alcaline;

f) *reacția urinei* este acidă, pH-ul este între 4 și 5. Aceasta diferă în funcție de alimentație, astfel că, în regimul bogat în carne, vom avea o urină mai acidă, iar în regimul vegetarian, o urină mai puțin acidă (pH mai alcalin);

g) *aspectul urinei*: la emisie, este clar, transparent; după un timp, urina poate deveni tulbură, în mod normal, ca urmare a coagulării mucusului și a celulelor epiteliale antrenate din căile urinare și a mucusului din organele genitale;

h) *densitatea urinei* se determină imediat după emisie, deoarece, prin răcire, densitatea se modifică. Valoarea normală a densității este de 1010 - 1025 la regim mixt (deoarece și regimul poate crește sau scădea densitatea urinei) și la o temperatură de 15° C (și temperatura modifică densitatea).

B) Scaunul reprezintă resturile alimentare supuse procesului de digestie, eliminate din organism prin actul defecației (eliminarea materialelor fecale prin anus).

Manifestările de independență au sub observație: *frecvența* (la nou-născut: unu - două scaune/zi; la sugar, până în luna a șasea: trei - patru scaune/zi; de la șase luni la un an: două - trei scaune/zi; pentru sugarul alimentat artificial: unu - două scaune/zi; la adult: unu - două/zi sau unul la două zile); *orarul* este ritmic, la aceeași oră a zilei, dimineața, după trezire; *consistența* - păstoasă, omogenă; *forma* - cilindrică, de lungime variabilă; *culoarea*: la adult, este brună; la sugarul alimentat la sân, este galben-aurie, devine verzuie sau verde în contact cu aerul prin oxidarea bilirubinei; la sugarul alimentat artificial, este galben-deschisă, iar

după introducerea lăinii în alimentație, este brună; culoarea scaunului este variată și de alimentație și medicație: galben deschis - regim lactate; brună închis - regim cârnat; neagră - alimente preparate care conțin sânge; verde - legume verzi; negru-verzuie - tratament cu fier; albă - tratament cu bariu; neagră mat - cărbune; *mirosul*: ușor acru la sugarul alimentat la sân; fad la sugarul alimentat artificial; la adult, mirosul este fecaloid și diferă de la un individ la altul.

C) Transpirația este fenomenul fiziologic prin care organismul își intensifică pierderea de căldură și funcția de excreție, prin intermediul glandelor sudoripare.

Transpirația conține, din punct de vedere chimic, 99 % apă și 1 % reziduu uscat (uree, urați, săruri minerale, acizi grași).

Manifestările de independență sunt evidențiate de pH-ul acid, ușor alcalin: 5,2.

Cantitatea este minimă, astfel încât să mențină umiditatea pliurilor.

Mirosul variază în funcție de alimentație, climat și de deprinderile igienice ale individului.

D) Menstră reprezintă pierderea temporară sau periodică de sânge, prin organele genitale feminine. Aceasta apare la pubertate și dispare la menopauză și în timpul sarcinii.

Manifestările de independență sunt ilustrate prin ritmul regulat (la 28 - 35 zile), durata (trei - cinci zile), aspectul de mucus amestecat cu sânge și detritusuri celulare (nu coagulează), culoare (roșu negricios la început, apoi roșu deschis), cantitate (50 - 200 g), mirosul dezagreabil.

Evoluția trebuie să fie fără dureri, existând doar o ușoară jenă fiziologică.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii

Asistenta cercetează deprinderile de eliminare ale pacientului. Planifică programul de eliminare al pacientului, ținând cont de activitățile sale, precum și diverse exerciții fizice pentru acesta. Îi învață tehnici de relaxare și cercetează deprinderile sale alimentare. Îi recomandă pacientului să consume alimente și lichide care favorizează eliminarea.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență sunt următoarele: eliminarea urinară inadecvată cantitativ și calitativ, retenția urinară, incontinența de urină și materii fecale, diareea, constipația, vărsăturile, eliminarea menstruală inadecvată, diaforeza, expectorația, deshidratarea, eliminarea urinară inadecvată cantitativ și calitativ.

Sursele de dificultate se referă la următoarele aspecte: alterarea căilor urinare, alterarea parenchimului renal, anomalii ale căilor urinare, dezechilibru metabolic, electrolitic, endocrin, neurologic, durere, situație de criză, insalubritatea mediului, lipsa cunoașterii de sine, a celorlalți.

Manifestările de dependență se referă la: poliurie (diureza peste 2500 ml), oligurie (diureza sub 500 ml), anurie (lipsa urinei în vezică), polakiurie (micțiuni frecvente în cantități mici), disurie (dureri la micțiune), nicturie (micțiuni mai frecvente noaptea), hematuria (prezența sângelui în urină), albuminurie (prezența proteinelor în urină), glicozurie (prezența glucozei în urină), hiperstenurie (urină foarte concentrată, cu o densitate mare), hipostenurie (urină foarte diluată, cu o densitate mică), izostenurie (densitate urinară scăzută, constantă), edeme (acumularea de lichid seros în țesuturi, manifestat prin creșterea în volum a regiunii edematizate, ștergerea cutelor naturale, pierderea elasticității țesutului edematizat, cu păstrarea presiunii digitale – semnul godeului), urină tulbure, urină cu miros de fructe coapte (în diabetul zaharat, din cauza prezenței acetonei), dureri lombare, sete intensă, grețuri și vărsături.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic cu ajutorul nursei, în termen de...	Asistenta stabilește bilanțul hidric zilnic. Cântărește zilnic pacientul. Hidratează pacientul corespunzător bilanțului hidric sau reduce aportul de lichide. Hidratarea se face cu cantități mici de lichide, respectându-se regimul dietetic. Administrează medicația prescrisă de medic.
Pacientul să nu prezinte complicații cutanate, respiratorii, urinare, cu ajutorul nursei, permanent.	Asistenta recoltează urina pentru examenele chimice și bacteriologice.

Nevoile fundamentale

Obiective

Intervenții autonome și delegate

Ajută pacientul să-și efectueze toaleta corporală.

Servește pacientul la pat, dacă este cazul, cu urinar și bazinet.

Schimbă lenjeria de pat și de corp ori de câte ori este nevoie.

Administrează antiseptice urinare, antibiotice, conform antibiogramelor, la indicația medicului.

Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.

Asistenta păstrează o atmosferă caldă. Dă dovadă de solitudine și este promptă la chemările pacientului.

Încurajează pacientul să se exprime în legătură cu problema sa de dependență.

Retenția urinară sau **ischiuria** reprezintă incapacitatea vezicii urinare de a-și evacua conținutul.

Sursele de dificultate provin din: spasme vezicale, anomalii ale căilor urinare, anxietate, afecțiuni ale mucoasei uretrale, calculi inclavați în uretră, hipertrofia prostatei (la bărbat), stres, intoxicații alimentare și medicamentoase, lipsa cunoașterii de sine și/sau a celorlalți.

Manifestările de dependență vizează: micțiuni absente, polakiurie.

Globul vezical este reprezentat de distensia vezicii urinare, deasupra simfizei pubiene, cauzată de retenția urinară.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să aibă micțiuni spontane, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta practică proceduri de stimulare a micțiunii.

Lasă robinetul să curgă apă, astfel încât zgomotul să fie auzit de bolnav.

Introduce bazinetul cald sub bolnav.

Aplică comprese calde pe regiunea pubiană.

Introduce mâinile pacientului în apă caldă.

Efectuează pacientului sondaj vezical, la indicația medicului.

Obiective

Pacientul să fie echilibrat psihic, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta îl învață pe pacient importanța efectuării exercițiilor fizice.
Asigură un climat cald, confortabil.
Linistește pacientul și îl încurajează în legătură cu problema sa.

Incontinența de urină și materii fecale reprezintă emisiile involuntare de urină și materii fecale.

Sursele de dificultate sunt identificate în: infecții urinare sau intestinale, traumatisme ale măduvei, pierderea stării de conștiință, deteriorarea activității sfincierelor, creșterea presiunii abdominale, leziuni obstetricale, leziuni ale SNC.

Manifestările de dependență vizează: incontinența urinară (emisie de urină involuntară și inconștientă), enurezisul (emisie de urină involuntară și inconștientă, noaptea, întâlnită mai frecvent la copii cu tulburări nevrotice după vârsta de trei ani), incontinența de materii fecale (emisie de materii fecale involuntară și inconștientă), iritarea tegumentelor regiunii anale.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte tegumente și mucoase curate și intacte în permanență.	Asistenta schimbă lenjeria de pat și de corp după fiecare eliminare a pacientului. Asigură igiena riguroasă a tegumentelor și a mucoaselor după fiecare micțiune și defecație. Aplică o cremă protectoare la nivelul tegumentului și mucoasei. Schimbă poziția pacientului în pat la interval de două ore. Aplică colaci de cauciuc și de vată în zonele predispuse apariției escarelor. Efectuează masaj blând zonelor de risc. Aplică <i>pampers</i> corespunzător vârstei. Efectuează sondaj vezical, la indicația medicului.

Nevoile fundamentale

Obiective

Pacientul să-și recapete controlul sfincterelor, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta asigură aport hidric în funcție de bilanțul hidric.

Stabilește un orar al eliminărilor.

Îi formează pacientului deprinderi de eliminare la ore fixe, la început, la un interval mai scurt, iar pe măsură ce se obține controlul sfincterelor, intervalul se va mări.

Învăță pacientul diverse exerciții de întărire a musculaturii perianale, prin contractarea acestora.

Contractația mușchilor se face înainte și după micțiune, timp de patru secunde, apoi se efectuează relaxarea; se repetă de zece ori.

Creșterea capacității vezicii urinare prin așteptarea, timp de aproximativ cinci minute, de la senzația de micțiune până în momentul eliminării.

Oprirea jetului urinar în timpul micțiunii și reluarea eliminării de mai multe ori.

Pacientul să fie echilibrat psihic în permanență.

Asistenta asigură intimitatea pacientului. Încurajează pacientul să se exprime în legătură cu problema sa.

Arată simpatie, toleranță, răbdare pacientului.

Administrează medicația prescrisă de medic.

Diareea implică un tranzit intestinal accelerat, cu scaune frecvente, apoase sau moi.

Sursele de dificultate sunt identificate în: leziuni ale mucoasei intestinale, scăderea resorbției intestinale, creșteri ale secreției intestinale, greșeli alimentare, stres, afecțiuni nervoase, afecțiuni inflamatorii, insalubritate, pauperitate, lipsa cunoașterii de sine, lipsa educației sanitare despre alimentație.

Manifestările de dependență identifică: scaune frecvente (de la cinci - șase/zi, mergând până la douăzeci/zi); scaune moi, păstoase, semilichide, apoase; culoare galben-aurie, verde a scaunului în diaree, albicioasă, în icterul mecanic, hipercolorat în icterul hemolitic, negru ca păcura în hemoragii ale tubului digestiv superior; mirosul scaunului care poate fi acid (fermentație exagerată), putred (putrefacție), ranced (grăsimi nedigerate), fetid (cancer de colon, rect), de varză stricată (infecții cu bacilul coli); crampe abdominale, colică abdominală, dureri la nivelul anusului; iritația tegumentelor perianale; tegumente și mucoase uscate, oboseală, slăbiciune, greață și vărsături.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte tranzit intestinal normal, în termen de...	Asistenta pregătește pacientul pentru examinări. Institue pacientului o dietă hidrică în primele 24 - 48 de ore. Asistenta servește pacientul cu ceai neîndulcit, supă de morcov, zeamă de orez. Treptat, introduce cantități mici de carne slabă, fiartă, caș proaspăt, pâine albă prăjită, supe de legume strecurate. După patru - cinci zile, se trece la o alimentație mai completă. Asistenta administrează, la indicația medicului, simptomatice, spasmolitice, antimicrobiene, sedative.
Pacientul să prezinte tegumentele și mucoasele perianale curate și integre permanent.	Asistenta efectuează toaleta regimii anale după fiecare scaun. Aplică creme protectoare.
Pacientul să fie echilibrat hidro-electrolitic, în termen de...	Asistenta face bilanțul hidric. Hidratează pacientul pe cale orală și prin perfuză, urmărind înlocuirea pierderilor de apă și electroliți. Recoltează scaun pentru coprocultură. Monitorizează funcțiile vitale și vegetative și le notează în foaia de observație.
Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.	Asistenta dă dovadă de înțelegere și răbdare, menajând podoarea pacientului.

Obiective

Intervenții autonome și delegate

Îi liniștește și îl încurajează să-și exprime emoțiile și sentimentele în legătură cu starea sa.

E) Constipația este caracterizată prin frecvența scăzută a scaunelor.

Ileusul prezintă paralizia musculaturii intestinale, având drept consecință dispariția mișcărilor peristaltice.

Ileusul poate fi de două tipuri: *meccanic* (este provocat de obstacole: tumori, inflamații, strangulări intestinale) și *dinamic* (este reprezentat de spasmele musculaturii intestinale – contracții musculare).

Sursele de dificultate se referă la: alterarea mucoasei intestinale, diminuarea peristaltismului intestinal, tumori, anxietate, stres, situație de criză, schimbarea modului de viață, program de lucru inadecvat, insuficientă cunoaștere de sine și a mediului înconjurător.

Manifestările de dependență identificate au în vedere: ileusul, scaun rar (unul la două – patru zile), orarul neregulat al scaunelor, cantitatea scăzută sau crescută a scaunului, forma de bile dure (în constipația spastică), masa fecaloidă abundentă (în constipația atonă), bilele conglomerate (când materiile fecale au stagnat mult în rect), culoarea închisă, crampele, meteorismul (acumularea de gaze în intestine), flatulența (eliminarea frecventă a gazelor din intestin), tenesmele (senzație dureroasă de defecare, fără eliminare de materii fecale), fecalomul (acumularea de materii fecale în rect), anorexia, cefaleea, iritabilitatea.

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să prezinte tranzit intestinal normal, în termen de...	Asistenta determină pacientul să ingereze o cantitate suficientă de lichide. Îi recomandă pacientului alimente bogate în reziduuri. Asistenta stabilește împreună cu pacientul un orar regulat de eliminare, în funcție de activitățile sale. Determină pacientul să facă exerciții fizice cu regularitate. Urmărește și notează în foaia de observație consistența și frecvența scaunelor.

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte tegumentele și mucoasele perianale curate și integre permanent.	Efectuează, la nevoie, chimă evacuatoră simplă sau uleioasă. Administrează, la indicația medicului, laxative.
Pacientul să-și satisfacă celelalte nevoi fundamentale permanent.	Asistenta efectuează toaleta regiunii anale după fiecare scaun. Aplică creme protectoare.
Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.	Asistenta servește pacientul cu bazinet. Protejează patul cu mușama și alină. Asigură repausul la pat al pacientului atunci când starea generală a acestuia este alterată.
	Asistenta dă dovadă de înțelegere și răbdare, menajând pudoarea pacientului. Îl liniștește și îl încurajează să-și exprime emoțiile și sentimentele în legătură cu starea sa.

F) Vărsăturile reprezintă evacuarea, prin cavitatea bucală, a conținutului stomacal.

Cauzele vărsăturii pot fi:

a) *de origine cerebrală* – are loc creșterea tensiunii intracraniene (meningite, encefalite, tumori etc.). Vărsăturile se produc fără niciun efort, nu sunt precedate de senzații de greață și nici de stare generală alterată.

b) *de origine periferică* – excitația bulbului vine de la periferie. Este de origine digestivă, urogenitală, fiind determinată de boli infecțioase, tulburări metabolice și endocrine, agenți chimici, medicamentoși etc. Vărsăturile de origine periferică prezintă simptome premergătoare: greață, salivare abundentă, amețeli, tahicardie, dureri de cap.

Manifestările de dependență se referă la: *frecvența vărsăturilor* care pot fi, din acest punct de vedere, ocazionale, frecvente, incoercibile; *ora* –ul acestora: matinale, postprandiale precoce sau tardive; *cantitatea* lor: mare în stenoza pilorică, mică (câțiva zeci de mililitri); *conținutul*: alimentare, mucoase, apoase (la etilici și gravide), fecaloide (ocluzii intestinale), biliare (colecistopatii), purulente, sangvinolente, hematemeză (vărsătura cu sânge); *culorile*: galben-verzuie în vărsăturile biliare, roșie în

hematemeză, galben murdar în ocușii, brună - aspect de răș de cafea în cancer gastric; *mirosul* fad, acru, fecaloid, ranced; *forța de proiecție* (în et. beusc, fără legătură cu alimentarea în vărsătura de origine cerebrală).

Simptomele ce însoțesc vărsătura pot fi: dureri abdominale, greață, hypersalivație, cefalee, transpirații reci, tahicardie, deshidratare.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să fie menajat fizic și psihic în timpul vărsăturii.

Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic și acido-bazic.

Intervenții autonome și delegate

Asistenta așază pacientul, în funcție de starea lui, în poziție semișezând, șezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte, la marginea patului.

Linștește pacientul psihic.

Îi ajută în timpul vărsăturii și păstrează produsul eliminat.

Îi oferă pacientului un pahar de apă să-și clătească gura după vărsătură.

Alimentează pacientul parenteral prin perfuzii cu glucoză hipertonică, amestecuri de aminoacizi, vitamine și electroliți.

Administrează medicație simptomatică la indicația medicului.

Asistenta corectează tulburările electrolitice ale pacientului.

Va începe rehidratarea orală încet, cu cantități mici de lichide reci oferite cu lingurița.

Făce bilanșul lichidelor ingerate și excretate.

Monitorizează funcțiile vitale și vegetative și le notează în foaia de observație.

G) Eliminarea menstruală și vaginală inoedcvată

Menstra este o pierdere de sânge prin organele genitale feminine, care apare la sfârșitul fiecărui ciclu menstrual, dacă ovulul nu a fost fecundat (de la pubertate până la menopauză).

Menarha este denumirea primei menstr. Aceasta apare între 11 și 14 ani și este influențată de mediu, climă, viața în aer liber.

Leucoreea fiziologică este lichidul secretat de glandele mucoasei genitale, care contribuie la procesul de autoapărare a aparatului genital față de infecții.

Leucoreea patologică este o secreție abundentă, exteriorizată sub forma unei scurgeri iritante, în cantitate variabilă.

Manifestările de dependență se referă la: amenoree (absența menstruației), dismenoree (dureri în perioada menstruației), metroragii (hemoragii survenite între două menstrue succesive, neregulate), menoragii (hemoragii menstruale prelungite), oligomenoree (intervale lungi între menstrue), polimenoree (intervale scurte între menstrue), hipomenoree (cantitate scăzută de menstruație), hipermenoree (cantitate crescută de menstruație), leucoree patologică (poate fi de la câțiva mililitri până la 200 - 400 ml), culoarea și aspectul scurgerilor vaginale (albă-lăptoasă în *candida albicans*, galben-verzuie în gonoree, maronie în *trichomonas*, cafenie (spălătură de carne) în tumori, mucoasă (mucopurulentă sau purulentă în infecții genitale), ritmul scurgerilor (continue sau periodice).

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte mucoase curate și intacte, în termen de...	Asistenta asigură repausul pacientei la pat. Asistenta efectuează spălături vaginale cu soluții antiseptice, dar nu înainte de a recolta secreția vaginală pentru examen bacteriologic și citologic. Asistenta aplică pansament vaginal absorbant. Schimbă pansamentul. Învăță pacienta diverse tehnici de relaxare. Asistenta protejează patul cu mușama și așază, când este cazul. Calmează durerea prin administrare de antialgice. Asistenta face educație sanitară pacientei în ceea ce privește lenjeria intimă, igiena personală, sex.

Nevoile fundamentale

Obiective

Pacientul să aibă o stare de bine psihic permanent.

Intervenții autonome și delegate

Asistenta liniștește pacienta în legătură cu problema sa.

Îi explică scopul examenelor care i se fac.

Administrează medicația sedativă, la indicația medicului.

H) Diaforeza (transpirația în cantitate abundentă)

Manifestările de dependență vizează următoarele caracteristici: ora-
rul care este regulat sau neregulat; cantitatea care variază de la 600 –
1000 ml/24 h, ajungând, în cazuri extreme, la 10 litri/24 h; localizarea
care poate fi generalizată (când temperatura mediului este crescută) și la
nivelul palmelor și plantelor (în alcoolism cronic, rahitism, SIDA, boala
Basedow), mirosul care este puternic și variază în funcție de alimentație,
temperatura ambiantă, deprinderile igienice ale bolnavului.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să aibă o stare de bine, în
termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta ajută sau îi menține pacien-
tului tegumentele curate și uscate.

Asistenta spală tegumentele pacientu-
lui ori de câte ori este nevoie.

Asistenta schimbă lenjeria de pat și de
corp.

Menține igiena riguroasă a picioarelor și a
spațiilor interdigitale.

Asigură îmbrăcăminte ușoară și co-
modă.

Face bilanțul hidric.

Monitorizează funcțiile vitale și le no-
tează în foaia de observație.

Pacientul să fie echilibrat psihic per-
manent.

Asistenta va solicita pacientului, cu tact
și blândete, să se spele.

Asistenta încurajează pacientul să-și ex-
prime sentimentele în legătură cu pro-
blema sa de dependență.

1) Expectorația reprezintă eliminarea sputei din căile respiratorii.

Sputa este secreția eliminată de la nivelul arborelui bronșic după un acces de tuse.

Manifestările de dependență au în vedere: culoarea (roz în edemul pulmonar, roșie-gelatinosă în cancerul pulmonar, galben-verzuie în sarea purăii pulmonare, albă sau albă-cenușie în inflamația bronșică și în astmul bronșic, neagră în infarctul pulmonar, ruginie în pneumonie, [hemoptizia este expectorația sangvinolentă, spumată, aerată]); **mirosul** (fetid, fără miros); **consistența** (spumoasă, aerată, gelatinosă, vâscoasă, lichidă); **forma** (perlantă în astmul bronșic); **aspectul** (mucos, purulent, mucopurulent, seros, sangvinolent); **cantitatea** (variază de la 50 - 100 ml/24 h [TBC, pneumonii] până la 1000 ml/24 h [în bronșiectazii, gangrenă pulmonară, TBC cavernos]).

Vomica înseamnă eliminarea unei cantități masive de puroi sau exudat.

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să nu devină sursă de infecții nosocomiale.	Asistenta educă pacientul cum să expectoreze. Îi învață să tusească cu gura închisă și nu înghită sputa, ci să o colecteze în sculpătoare (dezinfectată cu soluție de zol, fenol 3 %). Îi învață să nu strănute în jur, ci în totista personală. Îi curăță mucoasa bucală și dinții cu tampoane. Golește și curăță sculpătorile după ce au fost dezinfectate. Mânuieste sculpătorile cu prudență.

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

1) Respirația reprezintă nevoia fiecărei ființe umane de a capta oxigenul din mediul înconjurător, necesar proceselor de oxidare din metabolism, și de a elimina dioxidul de carbon rezultat din arderile celulare.

Independența în satisfacerea nevoii este determinată de menținerea integrității căilor respiratorii și a mușchilor respiratorii, precum și de eficiența funcționării lor.

Etapele respirației

Ventilația reprezintă pătrunderea aerului încărcat cu oxigen și eliminarea aerului încărcat cu dioxid de carbon. Aceasta are doi timpi: *inpirația* și *expirația*.

2) Difuziunea gazelor este procesul prin care oxigenul din alveolele pulmonare trece în capilarele perialveolare, iar dioxidul de carbon din capilare, în alveolele pulmonare.

3) Etapa circulatorie constă în conducerea oxigenului prin vasele arteriale la țesuturi, iar dioxidul de carbon adus de la țesuturi, prin vasele venoase, la plămâni, pentru a se elimina.

4) Etapa tisulară reprezintă schimbul de gaze dintre sânge și țesuturi, cu ajutorul unui sistem enzimatic complex.

Asistenta face observații privind doar etapa ventilatorie a respirației.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii de a respira sunt de mai multe tipuri, după cum urmează:

a) factori biologici: vârsta (la copil, numărul de respirații este mai mare ca la adult); sexul (la femei, valorile frecvenței respiratorii se înregistrează la limita maximă, iar la bărbați, la limita minimă); statura (la persoanele mai scunde, numărul de respirații/minut este mai mare decât la persoanele înalte); somnul (în timpul somnului, frecvența respirațiilor este mai scăzută decât în timpul stării de veghe); postura (poziția corectă a toracelui permite expansiunea plămânului în timpul respirației; poziția care favorizează respirația este cea șezând și ortostatică, prin contracția corespunzătoare a diafragmei); alimentația (influențează menținerea umidității căilor respiratorii și favorizează buna funcționare a diafragmei și a celorlalți mușchi respiratori); exercițiul fizic (influențează frecvența respirației);

b) factori psihologici: emoțiile (influențează frecvența și amplitudinea respirației);

c) *factori sociologici*: mediul ambiant (procentajul adecvat de oxigen (21 %) din aerul atmosferic favorizează respirația, în timp ce mediul poluat influențează negativ respirația); climatul (căldura determină creșterea frecvenței respirației, iar frigul, scăderea frecvenței; vântul perturbă respirația, iar altitudinea determină creșterea frecvenței acesteia); locul de muncă (prin poluare chimică sau microbiană, devine un mediu nefavorabil bunei respirații).

Manifestările de independență sunt constatate după cum urmează:

- frecvența respirației reprezintă numărul de respirații/minut și este influențată de vârstă și sex, astfel:

la nou-născut	30 - 50 respirații/min.
la vârsta de doi ani	25 - 35 respirații/min.
la vârsta de 12 ani	15 - 25 respirații/min.
la adult	16 - 18 respirații/min.
la vârstnic	15 - 25 respirații/min.

- amplitudinea este dată de volumul de aer care pătrunde și se elimină din plămân, la fiecare respirație; prin urmare, respirația poate fi profundă sau superficială;

- ritmul reprezintă pauzele egale dintre respirații; așadar, respirația este ritmică;

- respirația nu trebuie să fie zgomotoasă, ci liniștită; în somn, însă, poate deveni zgomotoasă (sforăit);

- în timpul respirației (inspirației și expirației), ambele hemitorace prezintă aceeași mișcare de ridicare și coborâre;

- mucoasa respiratorie este umedă, cu secreții reduse, transparente;

- tusea reprezintă o expirație forțată, prin care se elimină secrețiile din căile respiratorii, fiind un fenomen de protecție al organismului.

Există *trei tipuri de respirație*: *costal superior* - întâlnit la femeie, prin ridicarea părții superioare a cutiei toracice, din cauza măririi diametrului anteroposterior în timpul inspirației; *costal inferior* - întâlnit la bărbat, prin mărire a diametrului lateral al cutiei toracice; *abdominal* - întâlnit la copii și vârstnici, prin mărire a diametrului vertical al cutiei toracice.

Intervențiile asistentei pentru *menținerea independenței* în satisfacerea nevoii sunt enunțate în cele ce urmează: asistenta explorează deprinderile de respirație ale pacientului; învață pacientul să facă exerciții

respiratorii și de relaxare, fizice; îi învață pe pacient să adopte posturi adecvate care să favorizeze respirația; îi învață să înlăture obiceiurile dăunătoare, cum ar fi: îmbrăcăminte strâmtă, tabagismul, mesele copioase.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență vizează: alterarea vocii, dispneea, obstrucția căilor respiratorii, alterarea vocii.

Sursele de dificultate sunt identificate după cum urmează: procese inflamatorii la nivelul căilor respiratorii superioare (nas, faringe, laringe), prezența alergenilor din mediul înconjurător.

Manifestările de dependență identifică: distonia (răgușeala, vocea stinsă, aspră), afonia (imposibilitatea de a vorbi), senzația de sufocare, dispneea (respirația dificilă).

Sursele de dificultate se referă la: boli ale inimii, boli ale căilor respiratorii superioare.

Manifestările de dependență vizează: ortopneea (poziție forțată, dificilă, în poziție șezând), apneea (oprirea respirației), bradipneea (reducerea frecvenței respirației), tahipneea (creșterea frecvenței respirației), modificarea amplitudinii respirației (superficială sau profundă), hiperventilația (pătrunderea unei cantități mai mari de aer în plămâni), hipoventilația (pătrunderea unei cantități mai mici de aer în plămâni), hemoptizia (hemoragia exteriorizată prin cavitatea bucală, provenind de la plămâni), tusea, sputa, dispneea de tip Cheyne-Stokes (respirație frecventă ajunsă la un grad maxim, după care frecvența scade treptat și este urmată de o perioadă de apnee, apoi ciclul se reia – respirație în patru timpuri), dispneea de tip Kussmaul (inspirație lungă urmată de o expirație forțată, apnee, după care ciclul se reia), zgomote respiratorii care sunt de diferite tipuri: crepitante, ronflante, sibilante; cianoza (colorarea albastru-vântă a extremităților: nas, buze, lobul urechii, unghii).

Obstrucția căilor respiratorii

În acest sens, sunt identificate următoarele cauze: procese inflamatorii ale căilor respiratorii, prezența unor corpi străini în căile respiratorii superioare, deformări ale nasului.

Manifestările de dependență se referă la: secreții abundente nazale care împiedică respirația, respirație dificilă pe nas (bolnavul respiră pe gură), epistaxis (hemoragie nazală), deformări ale nasului, cum ar fi de-

vitația de sept, traumaticile, strănutul (expirație forțată), cornajul (zgomot inspirator cu caracter de julerătură, auzibil de la distanță), tirajul (depresiune inspiratorie [înfundătură] a părților moi ale toracelui, mai ales supraclavicular, intercostal și epigastric).

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să respire pe nas, în termen de...	Asistenta îndepărtează secrețiile nazale sau educă pacientul să-și îndepărteze secrețiile în batista personală. Umezește aerul din încăpere. Hidratează pacientul cu lichide.
Pacientul să nu devină sursă de infecție.	Asistenta educă pacientul pentru a-și folosi batista individuală, de unică folosință. Educă pacientul pentru a folosi scuipătoare speciale, evitând astfel împrăștierea secrețiilor nazale.
Pacientului să i se oprească epistaxisul de către nursing, în termen de cinci minute.	Asistenta așază pacientul în decubit dorsal, cu capul în hiperextensie. Comprimă cu policele, pe septul nazal, nara care sângerează, timp de cinci - zece minute. Aplică comprese reci pe frunte, nas sau ceafă. Recomandă pacientului să nu-și sufle nasul.
Pacientul să prezinte mucoase respiratorii umede și intacte, la permanență.	Asistenta umezește aerul din încăpere. Recomandă pacientului repaus vocal absolut. Învăță pacientul să utilizeze comunicarea nonverbală. Educă pacientul să facă gargară cu soluții antiseptice. Hidratează pacientul cu lichide.
Pacientul să înghită fără dificultate, în termen de...	Asistenta întrerupe alimentația solidă. Instituie alimentație semisolidă și lichide călduțe.

Obiective

Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.

Pacientul să prezinte sau să capete rezistență la infecții, în termen de...

Pacientul să prezinte căi respiratorii permeabile permanent.

Intervenții autonome și delegate

Recomanda pacientului să facă gargară cu soluții antiseptice.

Administrează medicația prescrisă de medic.

Asistenta pregătește pacientul în vederea efectuării oricărei tehnici.

Asistenta educă pacientul să evite schimbările bruște de temperatură.

Să evite locurile aglomerate.

Asistenta învață pacientul să tusească și să expectoreze și să colecteze sputa.

Umezește aerul din încăperi cu apă alcoolizată.

Aspiră secrețiile bronșice, dacă este cazul.

Învăță pacientul să adopte o poziție care să favorizeze respirația.

Învăță pacientul să efectueze exerciții respiratorii.

Educă pacientul să renunțe la obiceiurile dăunătoare.

Administrează medicația prescrisă de medic.

Circulația

Circulația este funcția prin care se realizează mișcarea sângelui în interiorul vaselor sanguine, care are drept scop transportul substanțelor nutritive și al oxigenului la țesuturi, dar și transportul produșilor de catabolism de la țesuturi la organele excretoare.

Asistenta supraveghează circulația prin urmărirea pulsului și a tensiunii arteriale.

Independența în satisfacerea nevoii

Pulsul reprezintă expansiunea ritmică a arterelor, care se comprimă pe un plan osos.

Factorii care influențează pulsul sunt de mai multe tipuri:

a) factori biologici: vârsta (la copilul mic și la vârstnic, frecvența pulsului este mai crescută decât la adult); înălțimea corporală (persoanele mai scunde au frecvența pulsului mai mare decât a celor înalte); somnul (în timpul somnului, frecvența pulsului este mai redusă); alimentația (în timpul digestiei, frecvența pulsului crește); efortul fizic (determină creșterea frecvenței pulsului);

b) factori psihologici: emoțiile; plânsul, teama produc creșterea frecvenței pulsului;

c) factori sociali: mediul ambiant (influențează frecvența pulsului prin concentrația în oxigen a aerului inspirat).

Manifestările de independență urmăresc:

- frecvența pulsului (numărul de pulsații/minut), după cum urmează:

la nou-născut	130 - 140 pulsații/min.
la copilul mic	100 - 120 pulsații/min.
la vârsta de zece ani	90 - 100 pulsații/min.
la adult	60 - 80 pulsații/min.
la vârstnic	peste 80 - 90 pulsații/min.

Pulsul este ritmic, pauzele dintre pulsații fiind egale.

- amplitudinea (volumul) pulsului este determinată de cantitatea de sânge existentă în vase (amplitudinea este cu atât mai mare cu cât vasele sunt mai aproape de inimă);

- celeritatea pulsului care reprezintă viteza de ridicare și coborâre a unei pulsații;

- tegumentele, inclusiv extremitățile trebuie să fie calde și roz.

Tensiunea arterială (T.A.) reprezintă presiunea exercitată de sângele circulant asupra pereților arteriali.

Factorii care determină tensiunea arterială sunt: debitul cardiac, forța de contracție a inimii, elasticitatea și calibrul vaselor, vâscozitatea sângelui.

Tensiunea arterială scade de la centru către periferie.

Factorii care influențează tensiunea arterială sunt de mai multe tipuri:

a) factori biologici:

- vârsta (tensiunea arterială este mai mică la copil și crește pe măsură ce înaintea în vârstă; la vârstnic, crește ușor); somnul (tensiunea arterială este mai mică în timpul somnului decât în perioada de veghe); activitatea (efortul fizic produce creșterea tensiunii arteriale, la fel și activitatea diurnă);

b) factori psihologici: emoțiile, bucuriile, anxietatea determină creșterea tensiunii arteriale;

c) factori sociologici: climatul (frigul produce vasoconstricție, așa dar creșterea tensiunii arteriale); căldura produce vasodilație, asigurând scăderea tensiunii arteriale.

Manifestările de independență urmăresc următoarele aspecte: tensiunea sistolică care corespunde momentului de eiecție a sângelui în artere, prin contracția inimii, aceasta fiind mai mare; tensiunea diastolică care corespunde fazei de umplere a inimii cu sânge.

Tensiunea sistolică + tensiunea diastolică = tensiunea arterială

Tensiunea arterială se exprimă în mm Hg.

Valorile normale ale tensiunii arteriale sunt indicate în tabelul de mai jos:

Între 1 - 3 ani	75 - 90/50 - 60 mm Hg
Între 4 - 11 ani	90 - 110/60 - 65 mm Hg
Între 12 - 15 ani	100 - 120/60 - 75 mm Hg
adult	110 - 140/75 - 90 mm Hg
vârstnic	peste 150/90 mm Hg

Tensiunea diferențială reprezintă diferența dintre tensiunea arterială maximă și tensiunea arterială minimă, aceasta fiind de aproximativ 60 mm Hg.

Tensiunea arterială minimă (diastolică) este egală cu tensiunea arterială maximă/2 + 1.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței circulației

Asistenta educă pacientul pentru asigurarea condițiilor igienice din încăpere (aerisire); îl învață să-și mențină tegumentele curate și integre; să aibă o alimentație echilibrată, fără exces de grăsimi; să evite tutunul, excesul de alcool; să evite sedentarismul; să poarte îmbrăcăminte lejeră care să nu stânjenească circulația.

Dependența în satisfacerea nevoii se referă la circulația inadecvată.

Sursele de dificultate sunt de mai multe tipuri:

- a) de ordin fizic:* alterarea mușchiului cardiac, a pereților arteriali, venoși; obstrucții arteriale, supralncărcarea inimii;
- b) de ordin psihologic:* anxietatea, stresul, situația de criză;
- c) lipsa cunoașterii de sine, despre alții, despre obiceiurile dăunătoare, despre alimentația echilibrată.*

Manifestările de dependență vizează:

a) modificări ale pulsului: de frecvență (tahicardie – creșterea frecvenței pulsului; bradicardie – scăderea frecvenței pulsului); de volum (puls filiform – puls cu volum foarte redus, abia perceptibil; puls asimetric – volum diferit al pulsului la arterele simetrice); de ritm (puls aritmic – pauze inegale între pulsații; puls dicrot – se percep două pulsații, una puternică și alta slabă, urmată de pauză);

b) modificări ale tensiunii arteriale: hipertensiunea arterială (H.T.A.) – creșterea tensiunii arteriale peste valorile normale; hipotensiunea arterială – scăderea tensiunii arteriale sub valorile normale; modificări ale tensiunii arteriale diferențiale; tensiunea arterială diferă la segmente simetrice: braț stâng, drept; colaps – prăbușirea tensiunii arteriale;

c) tegumente modificate: reci, palide din cauza irigației insuficiente a pielii; cianotice – colorație violacee a extremităților;

d) hipoxemie: scăderea cantității de oxigen din sânge; *hipoxie:* diminuarea cantității de oxigen din țesuturi.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte circulație adecvată permanent.	Asistenta învață pacientul să renunțe la tutun, alcool. Să aibă o alimentație bogată în fructe, zarzavaturi.

Nevoile fundamentale

Obiective

Intervenții autonome și delegate

Să evite grăsimile și sarea din alimentație.

Asistenta aplică tehnici de favorizare a circulației: exerciții pasive, active, masaj.

Administrează medicația prescrisă de medic (antiaritmice, diuretice, vasodilatatoare, tonice cardiace, hipotensoare, antianginoase, anticoagulante).

Urmărește efectul medicamentelor.

Asistenta se interesează de educația sanitară a bolnavului.

Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.

Asistenta informează pacientul asupra stadiului bolii sale, asupra gradului de efort pe care poate să-l depună, asupra importanței continuării tratamentului medicamentos.

5. NEVOIA DE A-ȘI MENȚINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITELE NORMALE

Menținerea temperaturii în limite normale reprezintă necesitatea organismului de a-și conserva o temperatură la un grad aproximativ constant, pentru a-și menține starea de bine.

Temperatura corpului se menține constantă datorită echilibrului dintre termogeneză și termoliză.

Termogeneza reprezintă căldura din organism rezultată în urma proceselor oxidative din organism. Organele principale ale termogenezei sunt mușchii, ficatul, glandele endocrine.

Termoliza reprezintă pierderea de căldură prin piele, rinichi, plămâni și se produce prin mecanisme fizice.

Manifestările de independență vizează următoarele aspecte:

a) valori normale ale temperaturii, după cum urmează:

nou-născut și copilul mic	36,1 – 37,8° C
adult	36 – 37° C (în axilă)
vârstnic	35 – 36° C

Dacă temperatura se măsoară în cavități închise (rect, vagin, cavități bucală), valorile sunt cu 0,3 – 0,5° C mai mari decât în axilă.

b) tegumentele: roz, călduțe, transpirație minimă, senzație plăcută față de frig sau căldură;

c) temperatura mediului ambiant: 18 – 25° C.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri:

a) *factori biologici:* vârsta (temperatura variază în funcție de vârstă), exercițiul fizic (în timpul activității intense, temperatura corpului crește, iar în timpul inactivității, scade), alimentația (ingestia de alimente ridică temperatura corpului), variația diurnă (temperatura este minimă dimineața, în intervalul orar 3 – 5, și maximă seara, între orele 18 și 23), sexul (la femei, temperatura corporală înregistrează valori peste 37° C în a doua jumătate a ciclului menstrual, în timpul ovulației);

b) *factori psihologici:* anxietatea, emoțiile puternice (acestea pot determina o creștere a temperaturii corporale);

c) *factori sociologici:* locul de muncă, climatul, locuința (temperatura încăperii influențează temperatura corpului).

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii vizează următoarele aspecte: atunci când temperatura mediului ambiant este crescută, asistenta învață pacientul să reducă din alimentație, mai ales alimentele cu valoare energetică mare; pacientul trebuie obișnuit să consume lichide și alimente reci; asistenta trebuie să-l învețe pe pacient să aerisească încăperile; să poarte o îmbrăcăminte lejeră, amplă; atunci când temperatura mediului ambiant este scăzută, asistenta învață pacientul să crească cantitatea de alimente; să ingereze alimente și lichide calde; să aibă în încăpere temperaturi de 18 – 25° C; să poarte îmbrăcăminte călduroasă.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență vizează hipertermia și hipotermia.

1) Hipertermia se instalează atunci când temperatura corporală este peste valorile normale.

Sursele de dificultate se referă la: imunitatea sistemului de termoreglare, căldură, dereglări hormonale, dereglări funcționale ale hipotalamusului, anxietate, emoții, lipsa cunoașterii.

Manifestările de dependență vizează următoarele aspecte: subfebrilitate (temperatură între 37 - 38° C), febră moderată (temperatură între 38 - 39° C), febră ridicată (temperatură între 39 - 40° C), hiperpirexie (temperatură peste 40° C), frisoane, piele roșie, caldă, umedă, sindrom febril (grup de semne, cum ar fi: cefalee, tahicardie, tahipnee, inapetență, sete, oligurie, convulsii, halucinații, dezorientare), erupții cutanate întâlnite în bolile infecțioase.

Sunt identificate mai multe tipuri de febră: *febră continuă* (subfebrilitate rigidă) - temperatura peste 37° C, cu diferența sub 1° C între valorile înregistrate dimineața și seara; *febră intermitentă* - diferența de câteva grade între valorile înregistrate dimineața și seara, cele mai mici valori scăzând sub 37° C; *febră intermitentă periodică*; *febră remitentă* - diferența de câteva grade între valorile înregistrate dimineața și seara, dar cu valorile cele mai mici care nu scad sub 37° C; *febră recurentă* - perioade febrile de patru - șase zile, ce alternează cu perioade de afebrilitate, trecerea făcându-se brusc; *febră undulantă* - perioade febrile ce alternează cu perioade de afebrilitate, trecerea făcându-se lent; *febră de tip invers* - valorile crescute se înregistrează dimineața, iar cele minime, seara.

În evoluția fiecărei febre, se disting trei perioade: *perioada de debut* (brusc sau lent); *perioada de stare* (poate dura zile, săptămâni); *perioada de declin* (poate fi scurtă sau de câteva zile).

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul trebuie să-și mențină temperatura corpului în limitele fiziologice, în termen de...	Asistentă aerisește salonul. Asigură pacientului îmbrăcăminte lejeră. Aplică comprese rect, pungă cu gheață. Efectuează pacientului împachetări rect. Încălzește pacientul în caz de frisoane.

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic, în termen de...	Administrează medicația prescrisă de medic: antibiotice, antitermice. Asistenta face bilanțul hidric. Hidratează pacientul cu lichide reci, în cantități mici, la intervale scurte de timp, conform bilanțului hidric.
Pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic.	Asistenta schimbă lenjeria de corp și de pat pacientului. Asigură igiena tegumentului. Pregătește psihic pacientul în vederea efectuării oricărei tehnici.

2) Hipotermia reprezintă scăderea temperaturii corpului sub limitele normale, cauzată de un dezechilibru între termogenează și termoliză.

Sursele de dificultate identificate sunt următoarele: expunerea prelungită la frig, dereglări endocrine, abuzul de sedative și alcool, încetirea activității sistemului nervos (la vârstnici), lipsa de maturitate a mecanismelor de termoreglare (la copii).

Manifestările de dependență identificate sunt următoarele: hipotermie (temperatura corpului sub 36° C), hipotensiune arterială, cianoză, eritem (roșeața pielii, a feței, urechilor, mâinilor), edem generalizat (tumefierea întregului corp), durere, oboseală, vorbire lentă, somnolență, degerături (leziuni de necroză la nivelul pielii, determinate de temperatura scăzută), apatie (indiferență), parestezii (senzație de amorțeli și furnicături în regiunea expusă la frig).

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să aibă temperatura corpului în limitele normale, în termen de...	Asistenta încălzește pacientul cu păături. Crește temperatura mediului ambiant. Recoltează sânge pentru examene de laborator. Administrează pacientului lichide calde. Pregătește pacientul pentru examen cardiologic.

Nevoile fundamentale

Obiective

Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic, în termen de...

Pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta administrează pacientului lichide calde în cantități mici, la intervale egale de timp.

Face bilanțul hidric.

Asistenta îi schimbă pacientului des lenjeria de corp și de pat.

Menține igiena tegumentelor pacientului.

Pregătește psihic pacientul în vederea efectuării oricăror tehnici.

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

A fi curat, îngrijit și a-și proteja tegumentele și mucoasele reprezintă o necesitate pentru a-ți menține o ținută decentă și pielea sănătoasă, așa încât aceasta să-și poată îndeplini funcțiile.

Independența în satisfacerea nevoii

Pielea îndeplinește o serie de funcții, și anume: apără organismul împotriva agenților patogeni, împiedicând pătrunderea acestora; apără organismul împotriva unor radiații (ultravioletele), prin pigmentii pe care îi conține; recepționează excitațiile termice, tactile, dureroase; participă la excreția substanțelor rezultate din metabolism, prin glandele sudoripare; participă la termoreglare prin stratul adipos ce are rol de izolator termic; participă la absorbția unor medicamente; participă la respirație (o cantitate mică de oxigen poate intra prin piele și o cantitate mică de dioxid de carbon se elimină prin piele); pentru a îndeplini aceste funcții, pielea trebuie să fie curată, sănătoasă și îngrijită; la fel trebuie să fie și mucoasele care acoperă orificiile (nas, ochi, urechi, vagin, rect), pentru a asigura astfel bunele individului și buna funcționare a organelor respective.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri:

a) *factori biologici*: vârsta (la copil și vârstnici, pielea este mai sensibilă la variații de temperatură, la infecții și microbi; la vârstnici, dinții slăbesc și cad, părul și unghiile devin mai puțin rezistente), temperatura (din cauza variațiilor de temperatură, pielea se usucă, se deshidratează), exercițiile fizice (ameliorează circulația și facilitează eliminarea deșeurilor din organism prin piele), alimentația (absorbția unei cantități suficiente de lichide conferă elasticitate pielii);

b) *factori psihologici*: emoțiile (pot crește sudorația), educația (în funcție de educație, indivizii au deprinderi igienice diferite);

c) *factori sociologici*: cultura (importanța curățeniei diferă după nivelul de cultură), organizarea socială (obiceiuri de igienă în funcție de condițiile fizice, materiale).

Manifestările de independență sunt identificate și enumerate în cele ce urmează: părul să aibă suplețe, strălucire; urechile, o configurație normală; nasul - mucoasa umedă, fose nazale libere; cavitatea bucală - dentiție albă, completă, fără carii; mucoasa bucală - umedă și roz; gingiile - roz și aderente dinților; unghiile curate, tăiate scurt, de culoare roz; pielea curată, netedă, catifelată, elastică, pigmentată normal; deprinderi igienice frecvente (baie, duș, spălarea dinților, spălarea părului).

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței sunt următoarele: asistenta explorează deprinderile igienice ale pacientului; planifică un program de igienă cu pacientul, în funcție de activitățile sale; îl învață pe pacient măsuri de igienă corporală.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență sunt identificate după cum urmează: carențe de igienă, alterarea tegumentelor și fanerelor, dezinteres față de măsurile de igienă, dificultate de a urma prescripțiile de igienă, alterarea mucoaselor.

a) *Carențele de igienă* înseamnă neglijență în măsurile de igienă sau incapacitatea de a se păstra curat.

Sursele de dificultate identificate sunt următoarele: slăbiciunea sau paralizia membrelor superioare, lezarea fizică, refuzul de a se spăla, sărăcia, pierderea imaginii corporale, imobilitatea, slăbiciunea, lipsa cunoașterii.

Manifestările de dependență sunt enunțate după cum urmează: părul este murdar și gras, în dezordine; pediculoză; urechile prezintă pavilioane murdare, murdărie retroauriculară, murdărie acumulată în conductul auditiv extern; nasul prezintă rinoree, cruste; în cavitatea bucală, se constată: absența dinților, carii dentare, culoarea galbenă a dinților, prezența tartrului pe dinți, halenă fetidă, glosită (limbă încărcată); fisuri ale buzelor; unghii netăiate, cu murdărie acumulată la capătul unghiilor; piele gri sau neagră; barbă murdară, aspră.

Lipsa deprinderilor igienice este constatată prin examinarea aspectului pacientului, după cum urmează: nu se spală, nu se plaptănă, manifestă dezinteres față de măsurile de igienă, degajă miros dezagreabil.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte tegumente și imnase curate, în termen de...	Asistenta ajută pacientul să își facă baie sau duș sau îi efectuează toaleta pe regiuni. Pregătește materialele pentru efectuarea băii. Pregătește cada. Asigură temperatura apei (37° C) și în cameră (22 - 24° C). Ajută pacientul să se îmbrace, să se pieptene, să-și facă toaleta cavității bucale, să-și taie unghiile. Pentru efectuarea toaletei pe regiuni, pregătește salonul și materialele, protejează pacientul cu paravan și-l convinge cu tact și cu blândețe să accepte. Asistenta efectuează toaleta cavității bucale la pacienții inconștienți.
Pacientul să-și redobândească stima de sine, în termen de...	Asistenta identifică, împreună cu pacientul, cauzele și motivația preocupării pentru aspectul fizic și îngrijirile igienice. Ajută pacientul să-și schimbe atitudinea față de aspectul său fizic și față de îngrijirile igienice.

Obiective

Intervenții autonome și delegate

Conștientizează pacientul în legătură cu importanța menținerii curate a tegumentelor, pentru prevenirea îmbolnăvirilor.

Alterarea tegumentelor și fanerelor

Cauzele identificate sunt următoarele: leziuni ale pielii, diminuarea circulației sangvine în punctele de presiune, iritația produsă de veșminte, acumularea de murdărie.

Manifestările de dependență vizează: eritemul (pata congestivă determinată de vasodilatație), excoriațiile (zgârieturile), crustele (leziune determinată de uscarea unei serozități provenite dintr-o ulceratie: vezicula, flictena), veziculele (ridicături ale epidermului – bășici rotunde, de dimensiuni mici, pline cu lichid clar, însoțite, de cele mai multe ori, de prurit și durere, pustulele (abces minuscul la suprafața pielii, localizat la rădăcina firului de păr și constituind leziunile de foliculită – coșuri), papulele (leziuni caracterizate printr-o ridicătură circumscrisă și solidă la suprafața pielii), fisurile (întreruperi liniare ale continuității tegumentului), descuamația (desprinderea celulelor corneoase, superficială, din epidermă), acneea (pustula determinată de un agent patogen specific), furunculele (infecție specifică foliculului pilosebaceu, produsă de stafilococul auriu), intertrigo (micoza cutanată situată la nivelul plicilor și interdigital), vitiligo-ul (leuco-melano-dermia de natură neuroendocrină, caracterizată prin pete acromice, mărginită de o zonă hiperpigmentată), ulcerările (pierderi de substanță rezultând dintr-un proces patologic ce acționează asupra pielii), escarele, edemele (acumulare de lichid seros în țesuturi), varicele (dilatări permanente ale venelor superficiale, însoțite de insuficiența valvulelor peretelui venos), hemoroizii (afecțiuni ale plexurilor venoase anale și din partea terminală a rectului, constând în dilatarea acestor vene, cu apariția de procese inflamatorii și trombotice), ulcerele varicoase (erodarea țesuturilor pe teren varicos), alopecia (lipsa parțială sau totală a părului).

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să nu devină sursă de infecție, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta protejează leziunile soprainfectate cu pansament efectuat în condiții de asepsie, atât a tegumentelor, materialelor, cât și a mâinilor persoanei care îl execută.

Pansarea se va face cu blândete, pentru a nu distruge țesuturile nou formate prin procesul de vindecare.

Desfacerea pansamentelor se va face blând, umezinându-le la nevoie.

Asistenta supraveghează ca pansamentele să nu fie prea strânse, pentru a nu împiedica circulația sanguină.

Pacientul să fie echilibrat nutrițional pentru favorizarea cicatrizării leziunilor cutanate, în termen de...

Asistenta îndrumă pacientul să consume alimente neiritante și neexcitante. Controlează alimentele provenite de la aparținători.

Învăță pacientul să consume legume, făinoase, fructe și zarzavaturi.

Conștientizează pacientul în legătură cu rolul nociv al alcoolului, cafelei, condimentelor, alimentelor prăjite, conservei, afumăturilor.

Pacientul să aibă o stare de bine psihic și fizic permanent.

Asistenta încurajează pacientul permanent.

Îi explică pacientului necesitatea intervențiilor.

Asistenta prelevează produse specifice pentru investigații de laborator (cruste, puroi, fire de păr, unghii).

7. NEVOIA DE A COMUNICA

Nevoia de a comunica este o necesitate a ființei umane de a schimba informații cu semenii săi. Aceasta pune în mișcare un proces dinamic, verbal și nonverbal, permițând persoanelor să se facă accesibile una alteia, să reușească să pună în comun sentimentele, opiniile, experiențele și informațiile.

Independența în satisfacerea nevoii

Omul are nevoie de alte persoane pentru a răspunde ansamblului necesităților sale vitale, cu scopul de a-și satisface nevoile sale superioare.

Comunicarea se realizează în două moduri:

a) *modul verbal* - este vehiculul al gândirii, permite o exprimare mai clară, mai precisă și mai nuanțată a semnificațiilor de exteriorizat; limbajul scris este mai cizelat, este însoțit de semne de punctuație pentru a reda intonațiile, nuanțele.

b) *modul nonverbal* - limbajul corpului (expresia ochilor, a feței, gesturile, postura, mișcările) este o formă arhaică de transmitere a trăirilor noastre interioare.

Pentru a se realiza din plin, din punct de vedere al nevoii de comunicare, individul trebuie să aibă o imagine pozitivă despre sine, o cunoaștere a eului său material, adaptiv și social.

Independența în satisfacerea acestei nevoi presupune integritatea individului, a organelor de simț, o dezvoltare intelectuală suficientă pentru a înțelege semnificația mesajelor schimbate.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii de comunicare sunt clasificați după cum urmează:

a) *factori biologici*: integritatea organelor de simț (auzul, văzul) (permite comunicarea cu lumea exterioară); gustul, pipăitul (protejează individul față de pericolele din lumea inconjurătoare); integritatea organelor fonatice (permite comunicarea verbală); integritatea aparatului locomotor (face posibilă comunicarea nonverbală: gesturi, mișcări);

b) *factori psihologici*: inteligența (comunicarea este influențată de gradul de inteligență a individului, de puterea de înțelegere a stimulilor

primiți, de gândire, imaginație, memorie); percepția (reprezintă reflectarea personală a unui fenomen, obiect care se face cu ajutorul simțurilor); emoțiile (sunt exprimate prin expresia feței, prin debitul verbal: bucurie – tristețe; râs – plâns);

c) *factori sociologici*: anturajul (este determinant, deoarece climatul armonios în anturaj, în familie, îi permite individului să stabilească legături afective); cultura și statutul social (educația, cultura joacă un rol important în comunicare); personalitatea (determină individul să fie încrezător în capacitățile sale de a se exprima, de a se afirma, să stabilească legături semnificative cu cei din jur).

Manifestările de independență vizează numeroase aspecte: funcționarea adecvată a organelor de simț; acuitate vizuală, acuitate auditivă, finețe gustativă și a mirosului, sensibilitate tactilă; debit verbal ușor, cu ritm moderat, limbaj clar și precis; expresie nonverbală – facies expresiv, privire semnificativă, posturi și gesturi ale mâinii adecvate, mecanisme senzoro-perceptuale adecvate; exprimare ușoară a nevoilor, dorințelor, ideilor, emoțiilor, exprimare clară a gândurilor; imagine de sine pozitivă; exprimarea sentimentelor prin pipăit; utilizarea adecvată a mecanismelor de apărare; atitudinea receptivă și de încredere în alții; stabilirea de relații armonioase în familie, la locul de muncă, în grupuri de prieteni.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței nevoii de a comunica sunt enumerate în cele ce urmează: asistenta explorează împreună cu pacientul mijloacele sale de comunicare; învață pacientul să-și mențină integritatea simțurilor (văz, auz, gust, miros); obișnuiește pacientul să utilizeze mijloacele specifice de exprimare a sentimentelor, emoțiilor; să aibă o atitudine de receptivitate și de încredere în alte persoane; să mențină legături cu persoanele apropiate.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență se referă la: comunicarea inefficientă la nivel senzorial și motor, comunicarea inefficientă la nivel intelectual, comunicarea inefficientă la nivel afectiv, confuzie, singurătate, atingerea integrității funcției și rolului sexual, izolare socială, perturbarea comunicării familiale.

Comunicarea inefficientă la nivel senzorial și motor

Aceasta reprezintă dificultatea individului de a capta, prin intermediul simțurilor sale, mesaje care vin din anturaj, din mediul exterior sau din ambele.

Sursele de dificultate identificabile sunt: tulburări circulatorii cerebrale, atingere cerebrală sau nervoasă, obstacole în funcționarea simțurilor și a limbajului (pansamente, aparate), alcoolism, mediu inadecvat, eșec, conflicte, lipsa cunoașterii de sine, a anturajului.

Manifestările de dependență vizează: tulburări senzoriale (surditate – pierderea auzului; hipoacuzie – diminuarea auzului; cecitate – pierderea vederii; scăderea acuității vizuale; pierderea sau diminuarea gustului; anosmie – pierderea mirosului; hiposmie – scăderea mirosului; hiposvestezie – scăderea simțului tactil; hiperestezie – creșterea sensibilității tactile; anestezie – pierderea simțului tactil); tulburări motorii (paralizii; pareze); tulburări de limbaj (hălbăiala – greutate în pronunțarea unor cuvinte; mutism – bolnavul nu răspunde, nu comunică cu anturajul; dislalia – vorbire fără înțeles; dizartria – tulburări în articulația sunetelor; afazia – neputința de a vorbi); reacții afective în insuficiența sau excesul senzorial (neliniște; inactivitate – lipsa activității fizice și/sau intelectuale; anxietate; încetinirea dezvoltării gândirii; halucinații – percepții fără obiect; izolare – singurătate).

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.	Asistenta liniștește bolnavul cu privire la starea sa, explicându-i scopul și natura intervențiilor. Familiarizează pacientul cu mediul său ambiant. Asigură un mediu de securitate, liniștit. Administrează medicația prescrisă de medic.
Pacientul să folosească mijloace de comunicare adecvate stării sale.	Asistenta cercetează posibilitățile de comunicare ale bolnavului. Furnizează mijloacele de comunicare. Învăță pacientul să folosească mijloace de comunicare, conform posibilităților sale.

Nevele fundamentale

Obiective

Pacientul să fie compensat senzorial și motor prin propriile forțe, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta asigură îngrijiri de suplimentoare la perturbările senzoriale și motorii ale pacientului (cecitate, surditate, paralizie). Pregătește pacientul pentru diverse examinări ale simțurilor și îl îngrijește după examinare.
Administrează medicația prescrisă de medic.
Efectuează exerciții pasive și active pentru prevenirea complicațiilor musculare, articulare.

Comunicare inefficientă la nivel intelectual reprezintă dificultatea individului de a înțelege stimuli primiti și de a-și utiliza judecata, memoria, pentru a putea comunica cu semenii.

Manifestările de dependență vizează următoarele aspecte: tulburări de memorie pe componentele de fixare și evocare (de evocare – pacientul nu-și amintește evenimentele petrecute demult; de fixare – pacientul nu-și amintește evenimentele petrecute de curând); tulburări de gândire, de judecată, de inteligență; confuzie; obnubilare – stare de confuzie, vorbire incoerentă, dezorientare în timp și spațiu.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să fie orientat în timp și spațiu, în termen de...

Intervențiile autonome și delegate

Asistenta ajută pacientul să se orienteze în timp și spațiu.
Asistenta îi sugerează pacientului să țină un jurnal și-l ajută să-l completeze.
Ajută pacientul să-și evalueze capacitățile și preferințele.
Lasă pacientului să facă tot ceea ce poate cu propriile sale mijloace.
Dă posibilitate pacientului să ia singur decizii.
Învăță pacientul tehnici de afirmare de sine, de comunicare, de relaxare.
Antrenează pacientul în diferite activități, care să-i dea sentimentul de utilitate.

Obiective

Pacientul să fie ferit de pericole permanente.

Intervențiile autonome și delegate

Asistenta supraveghează în permanență bolnavul.
Administrează medicația prescrisă de medic: anxiolitice, tranchilizante, anti-depresive.

8. NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE

Nevoia de a evita pericolele este o necesitate a ființei umane pentru a fi protejată contra tuturor agresiunilor, în vederea menținerii integrității sale fizice și psihice.

Independența în satisfacerea nevoii este ilustrată de următoarele aspecte: organismul uman este protejat împotriva agresiunilor (agenți fizici, chimici, microbieni sau din alte motive), pentru că posedă numeroase medii naturale, cum ar fi: părul, secrețiile pielii, ca obstacole de penetrare a agenților externi. Acesta este capabil să-și mențină integritatea prin mecanisme naturale de autoapărare.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri:

a) *factori biologici*: vârsta, mecanismul de autoapărare – individul posedă mecanisme de autoapărare înnăscute (termoreglarea) sau dobândite.

b) *factori psihologici*: emoțiile, anxietatea, stresul;

c) *factori sociologici*: salubritatea mediului – un mediu sănătos este esențial persoanelor pentru un trai fără pericole, clima, religia, organizarea socială – măsuri legale care trebuie luate de societate pentru protecția individului împotriva pericolelor, cultura, educația.

Manifestările de independență vizează următoarele aspecte: securitatea fizică prin prevenirea accidentelor, infecțiilor, bolilor, agresiunilor; securitatea psihologică prin metode de destindere, relaxare, practicarea unui obicei, a unei religii; răspuns eficace și adaptat la agent stresant; securitatea sociologică prin salubritatea mediului.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței au în vedere următoarele aspecte:

a) *menținerea unui mediu sănătos*: asistenta educă pacientul pentru evitarea poluării atmosferei, prin ștergerea umedă a mobilierului și aerisirea încăperilor; îndepărtează sursele cu miros dezagreabil; participă la programe de educație a populației pentru menținerea unui mediu sănătos;

b) *prevenirea accidentelor*: asistenta verifică dacă sunt respectate normele de securitate a muncii, mai ales în unitățile cu activități cu risc de accidente; explorează pericolele reale și pe cele potențiale la locul de muncă și la domiciliu;

c) *prevenirea infecțiilor*: asistenta supraveghează dacă sunt respectate normele de igienă, salubritate, dezinsecție, deratizare; asigură implicarea populației în aplicarea programelor pentru menținerea și promovarea sănătății; supraveghează starea de sănătate a populației școlare prin controale periodice, mai ales a persoanelor cu risc crescut la infecție; organizează și efectuează imunizările obligatorii.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență vizează: vulnerabilitatea față de pericole, afectarea fizică și psihică, anxietatea, durerea, starea depresivă, pierderea ritmii de sine, pierderea imaginii de sine, pierderea, separarea, frica.

Vulnerabilitatea față de pericole

Pericolul în fața infecțiilor, accidentelor sau bolilor este mare la organismele slăbite, obosite, surmenate.

Sursele de dificultate le regăsim în: deficitul senzorial, lipsa de sensibilitate, afectarea fizică, durere, dezechilibrul metabolic și electrolitic, tulburările de gândire, anxietate, stres, pierdere, pierderea imaginii corporale, insalubritatea mediului, poluare, sărăcie, condiții deficitare de muncă, insuficienta cunoaștere de sine, a altora și a mediului înconjurător.

Manifestările de dependență sunt următoarele: neatenție, leziuni ale tegumentului, deshidratare, manifestări pulmonare, ale aparatului cardiovascular, din partea SNC, surmenaj (slăbire fizică excesivă care influențează organismul), fatigabilitate (slăbire fizică, lipsă de forță), acte antisociale (crimă, automutilare mergând până la sinucidere).

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să fie în siguranță, fără accidente și infecții, în mod permanent.

Intervenții autonome și delegate

Asistenta ia măsuri pentru asigurarea condițiilor de muncă.

Amplasează pacientul în salon, în funcție de starea sa, afecțiune și receptivitatea lui.

Ia măsuri de prevenire a transmiterii infecțiilor.

Alege procedurile de investigație și tratament cu risc minim de infecție.

Efectuează imunizările necesare.

Pacientul să fie echilibrat psihic cât mai curând.

Asistenta favorizează adaptarea pacientului la condițiile de spital.

Învăță pacientul diverse tehnici de relaxare.

Face masaj al spatelui, mâinilor și picioarelor.

Creează condiții pentru lectură, activități etc.

Asigură legătura pacientului cu familia.

Participă la reintegrarea pacientului în societate.

Afectarea fizică și psihică

Manifestările de dependență vizează: semnele inflamației, agitația, iritația, agresivitatea, neîncrederea, frica, ideile de sinucidere.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să-și satisfacă nevoile singur, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta ajută și suplinește pacientul în satisfacerea nevoilor organismului.

Determină pacientul să participe la luarea deciziilor privind îngrijirile.

Administrează tratamentul medicamentos, la indicația medicală.

Aplică măsurile de prevenire a complicațiilor septică.

Nevoile fundamentale

Obiective

Pacientul să aibă siguranță psihică, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Folosește metode de relaxare pasivă (masaj, muzică).

Asistenta asigură un mediu de protecție psihică adecvat stării de boală a pacientului.

Aplică tehnici de psihoterapie adecvată. Încurajează pacientul să comunice cu cei din jur, să-și exprime emoțiile, nevoile, frică, opiniile.

Asistenta învață pacientul să folosească mijloacele de autoapărare.

9. NEVOIA DE A DORMI, A SE ODIHNI

Este o necesitate a fiecărei ființe umane de a dormi și a se odihni în bune condiții, timp suficient, astfel încât să-i permită organismului să obțină randamentul maxim.

Independența în satisfacerea nevoii

Ființa umană consacră o parte importantă a vieții somnului și odihnei.

Odihna este perioada în care se refac structurile alterate ale organismului, se completează resursele energetice folosite, se transportă produsele formate în timpul efortului, fie în ficat (acidul lactic), fie în rinichi.

Somnul este forma particulară de odihnă, prin absența stării de veghe. Somnul eliberează individul de tensiuni psihologice și fizice, permițându-i acestuia să găsească energia necesară activității cotidiene.

În timpul somnului, activitățile fiziologice descresc, are loc diminuarea metabolismului bazal, a tonusului muscular, a respirației, a pulsului, a tensiunii arteriale, sporind, în același timp, secreția hormonilor de creștere, mai ales la pubertate.

Se cunosc două tipuri de somn: *somnul lent* - reprezintă o veritabilă perioadă de odihnă pentru organism (numai parțial pentru creier), are rol reparator, fortifiant, cu funcție în creșterea și reînnoirea țesuturilor corporale; *somnul paradoxal, rapid* - este important pentru refacerea creierului (crește fluxul sangvin în creier).

Visele se produc în timpul somnului paradoxal. Cei treziți din somnul paradoxal își amintesc perfect conținutul visului cu detalii sau, alteleori, își amintesc greu sau nu-și amintesc deloc. Pentru a se menține starea de independență, este necesară respectarea ritmului somn - veghe.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri:

a) factori biologici: vârsta (copilul are nevoie de mai multe ore de somn, care se diminuează progresiv până la vârsta adultă, când se stabilizează; la persoanele vârstnice, se modifică calitatea somnului: superficial, dificultăți de adormire, frecvența trezirilor nocturne, facilitatea ațipirilor diurne); necesitățile proprii organismului (unele persoane dorm mai puțin, păstrându-și puterea de muncă și violența, în timp ce altele au nevoie de un număr mare de ore de odihnă și de somn); activitatea (o activitate fizică adecvată predispune individul la un somn regenerativ); deprinderile legate de somn (somnul are regulile sale, ritualul său de care trebuie să se țină seama, culcarea la aceeași oră, unele obiceiuri înalte sau la culcare, cum ar fi: lectură, baie caldă, băutură caldă sau rece, iar la copii, poveștile sau jocul cu jucăria preferată favorizează somnul).

Ritmul somn - veghe

Somnul nocturn este mult mai odihnitor decât cel diurn, iar perturbarea alternanței zi - noapte, veghe - somn atrage după sine perturbarea a numeroase sisteme biologice.

b) factori psihologici: anxietatea, teama, neliniștea produc o puternică tensiune interioară, modificând calitatea și cantitatea somnului;

c) factori sociologici: programul de activitate (persoanele cu un program de muncă variabil au ritmul veghe - somn modificat); locul de odihnă (confortul, numărul de persoane cu care împarte camera, intimitatea și liniștea locului de odihnă pot modifica repausul și somnul).

Manifestările de independență vizează următoarele aspecte: somnul (durata somnului variază în funcție de vârstă, și anume: la nou-născut: 16 - 20 ore; la copilul cu vârsta de un an: 14 - 16 ore; la 3 ani: 10 - 14 ore; la 5 - 11 ani: 9 - 13 ore; la adolescent: 12 - 14 ore; la adult: 7 - 9 ore; la vârstnici: 6 - 8 ore) - somnul trebuie să fie regenerativ, calm, fără coșmaruri, fără întreruperi, individul adormind cu ușurință și trezindu-se odihnit; la copil, somnul nocturn continuu este instalat după luna a treia.

tar la sfârșitul lunii a zecea, organizarea fiind ca la adult; visele trebuie să fie plăcute, agreabile; perioadele de repaus trebuie intercalate cu perioadele de activitate (pentru evitarea suprasolicitării fizice și psihice) – de exemplu: pauză după ora de curs; perioadele de relaxare și timp liber trebuie alternate cu activitatea bine organizată, permițându-se astfel refacerea forței fizice și a incapacității intelectuale – de exemplu: vacanță, concedii; modalități folosite pentru odihnă și relaxare: cea mai eficientă formă de odihnă este cea activă, adică după activități fizice, urmează activități intelectuale, după activitățile intelectuale, activități fizice ușoare, plăcute; sunt evitate modalitățile care nu oferă posibilitatea destinderii și nu contribuie la menținerea sănătății.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței nevoii sunt următoarele: menține condițiile necesare somnului, respectând dorințele și deprinderile persoanei; observă dacă perioadele de relaxare, de odihnă sunt în raport cu necesitățile organismului și munca depusă; îi explică pacientului necesitatea unei vieți ordonate, cu un program bine stabilit; îl învață pe pacient diverse tehnici de relaxare și modalități care să-i favorizeze somnul prin discuții, demonstrații, material documentar.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență vizează: insomnia, hipersomnia, disconfortul, oboseala, dificultatea sau incapacitatea de a se odihni.

Sursele de dificultate sunt identificate după cum urmează: afecțiuni cerebrale, endocrine, dezechilibre; durere, surmenaj; anxietate, afectarea gândirii; frustrare, stres; situație de criză, pierdere, separare; eșecul funcției; insuficiența cunoașterii de sine; anturaj inadecvat; temperatură; ambianță inadecvată; creșterea stimulilor senzoriali în locuință și nu numai.

Insomnia reprezintă dificultatea de a dormi sau de a te odihni dormind.

Manifestările de dependență au în vedere mai multe aspecte, după cum urmează: somn perturbat; ore insuficiente de somn; insomnii parțiale – pacientul adoarme foarte greu, după care doarme până dimineața; insomnii terminale – după o adormire normală, se trezește și nu mai poate adormi; insomnii dormitionale – apariția multiplelor perioade de veghe care survin în timpul nopții, înămășnând somnul nocturn; insomnii

predormiționale – stare de veghe prelungită până la instalarea somnului; insomnii post-dormiționale – survin la vârstnici și mai ales la cei care se culcă la ore timpurii; ațipiri în timpul zilei; coșmaruri; somnambulism – pacientul se dă jos din pat și începe să umble prin cameră, străzi, locuri periculoase, are privirea rătăcită, mișcări dezordonate, nu vorbește, nu răspunde la întrebări, iar după un timp, se întoarce, se culcă, adoarme; apatie; pavor nocturn – stare de spaimă intensă, care apare în timpul somnului, mai frecvent la copii; după câteva minute, această stare dispare și pacientul adoarme; neliniște; confuzie; iritabilitate; sentiment de depresie – tristețe – la pacienții nesatisfăcuți uneori de repausul lor, aceștia fiind convingiți că nu au dormit toată noaptea; diminuarea puterii de concentrare; oboseală.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să beneficieze de somn corespunzător, cantitativ și calitativ, în termen de...	Asistenta învață pacientul să practice tehnici de relaxare, exerciții respiratorii, timp de câteva minute, înainte de culcare. Oferă pacientului o cană cu lapte cald înainte de culcare, o baie caldă. Învață pacientul care se trezește devreme să se ridice din pat câteva minute, să citească, să asculte muzică, apoi să se culce din nou. Observă și notează calitatea, orarul somnului, gradul de satisfacere a celorlalte nevoi. Întocmește un program de odihnă corespunzător organismului. Administrează tratamentul medicamentos. Observă efectul acestuia asupra organismului.

Hipersomnia implică ore excesive de somn, prelungirea duratei și intensificarea profunzimii somnului.

Manifestările de dependență urmăresc următoarele aspecte: somn modificat (numărul de ore de somn noaptea este de peste zece la adult și

dozăprezede ore la copil; se exclud cazurile de oboseală după eforturi excesive, convalescență sau insomnii; calitatea somnului se diferențiază de somnul normal prin profunzime, durată, bruscetă apariției); somnolență (exces de somn diurn); letargie (hipersomnie continuă, mai profundă, care poate dura ore, zile, luni, ani, funcțiile vitale fiind diminuate); narcolepsie (necesitatea subită de somn, precedată de pierderea tonusului muscular; somnul este superficial, întrerupt de treziri, vise dezagreabile, reacții vegetative, transpirații); comportament verbal și nonverbal lent, greoi (pacientul răspunde cu greu la întrebări); oboseală; inactivitate.

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să beneficieze de un număr de ore de somn corespunzător vârstei, în termen de...	Asistenta identifică cauza hipersomniei. Identifică cu pacientul metodele de diminuare a factorilor cauzatori. Creează un climat de încredere, încurajează și liniștește pacientul pentru a-și recăpăta echilibrul psihic. Observă și notează toate schimbările care survin în starea pacientului. Administrează tratamentul medicamentos.
Pacientul să fie activ, cooperator, în termen de...	Asistenta identifică activitățile agreate de pacient. Elaborează împreună cu pacientul un program de activitate care să corespundă stării pacientului și posibilităților organismului. Observă somnul, calitatea acestuia, raportul între starea de veghe și cea de somn.

Disconfortul reprezintă senzația de jenă, de neplăcere fizică și psihică.

Manifestările de dependență urmăresc anumite aspecte, după cum urmează: iritabilitate; indispoziție, jenă; stare de incomoditate (disconfort); diaforeză; mialgii (dureri musculare).

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să beneficieze de confort fizic și psihic, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

Asistenta discută cu pacientul pentru a identifica cauzele disconfortului.

Favorizează odihna pacientului prin suprimarea surselor ce-i pot determina disconfortul și iritabilitatea.

Creează senzație de bine pacientului, prin discuții purtate.

Facilitează contactul cu alți pacienți, cu membrii familiei.

Aplică tehnici de îngrijire curentă, necesare obținerii stării de satisfacție.

Observă și notează schimbările.

Oboseala este o senzație penibilă, însoțită de inactivitate, stare de epuizare nervoasă și musculară.

Manifestările de dependență înregistrate sunt următoarele: față palidă care exprimă tristețe; ochii încercânați, privire încețoșată; puls rar, lent, slab bățut; tensiune arterială cu tendință la scădere; somnolență diurnă; tegumente palide, transpirații reci; stare de plictiseală, apatie; scădere ponderală; astenie.

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să fie odihnit, cu tonusul fizic și psihic bun, în termen de...	<p>Asistenta identifică cauza oboselii.</p> <p>Ajută pacientul să-și planifice activitățile cotidiene.</p> <p>Observă dacă perioadele de odihnă corespund necesităților organismului.</p> <p>Stimulează încrederea pacientului în forțe proprii și în cei care îl îngrijesc.</p> <p>Învăță pacientul cum să efectueze tehnici de relaxare.</p> <p>Ajută la aplicarea corectă a acestora.</p> <p>Observă și notează funcțiile vitale și vegetative, perioada somn - odihnă, comportamentul pacientului.</p>

Obiective

Intervenții autonome și delegate

Administrează medicația prescrisă de medic;
Observă efectul acestuia.

10. NEVOIA DE A SE RECREA

Recrearea este o necesitate a ființei umane de a se destinde, de a se distra, recurgând la activități agreabile, în scopul obținerii unei relaxări fizice și psihice.

Divertismenul, distracția, relaxarea sunt principalele funcții ale acestor tipuri de activități accesibile pentru toate vârstele.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri:

a) *factori biologici:* vârsta (copilul mic și preșcolarul își petrec o mare parte a timpului jucându-se, ceea ce va favoriza dezvoltarea lui fizică și personalitatea, iar școlarul împarte timpul între învățatură și joc; constituția și capacitățile fizice (activitățile recreative trebuie selectate și practicate după constituția și capacitățile fizice ale fiecărui individ);

b) *factori psihologici:* dezvoltarea psihologică; emoțiile;

c) *factori sociologici:* cultura; rolurile sociale; organizarea socială.

Manifestările de independență sunt identificate prin următoarele aspecte: destinderea (starea de relaxare, de încetare a unei tensiuni nervoase sau a unei stări de încordare); satisfacția (este un sentiment de mulțumire, de plăcere); plăcerea (este senzația sau emoția agreabilă legată de satisfacerea nevoii, de relaxare); amuzamentul (reprezintă distracția, divertismenul, înveselirea).

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în nevoia de a se recrea au în vedere următoarele: explorează gusturile și interesul pacientului pentru activități recreative în vederea petrecerii timpului liber; planifică activități recreative împreună cu pacientul; asigură condițiile necesare; organizează activități recreative individuale sau în grup, în funcție de vârstă, posibilități și locul de desfășurare al acestora; facilitează

Curriculă de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

tează accesul la bibliotecă, săli de lectură sau procură cărți, reviste, antrenează și stimulează pacientul în aceste activități.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență au în vedere: neplăcerea de a efectua activități recreative; dificultatea de a îndeplini activități recreative; refuzul de a îndeplini activități recreative.

Sursele de dificultate sunt identificate în următoarele: handicapuri, constrângeri fizice; diminuarea capacității funcționale a organelor de simț; tulburări de gândire, de memorie; anxietate, stres; situații de criză; singurătate, retragere, pensionare; muncă de rutină; lipsa de cunoaștere de sine și despre cei din jur.

Neplăcerea de a efectua activități recreative se definește ca fiind o impresie dezagreabilă și penibilă care conduce la inactivitate, plictiseală și tristețe.

Manifestările de dependență au în vedere: inactivitatea, plictiseala, tristețea.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte stare de bună dispoziție, în termen de...	Asistenta explorează ce activități recreative îi produc plăcere pacientului. Analizează și stabilește dacă acestea sunt în concordanță cu starea sa psihică și fizică. Organizează activități recreative specifice pentru copii, adulți, vârstnici. Amenajează camere de recreere. Notează reacțiile și manifestările pacientului cu referire la starea de plictiseală și tristețe.
Pacientul să-și recapete încrederea în forțele proprii, în termen de...	Asistenta determină pacientul să-și exprime emoțiile și sentimentele, câștiga încrederea bolnavului și-l ajută să depășească momentele dificile. Administrează tratamentul indicat de medic (tranchilizante, antidepresive).

Obiective

Intervenții autonome și delegate
Supraveghează efectele tratamentului administrat.

11. NEVOIA DE A SE ÎMBRĂCA ȘI DEZBRĂCA

Aceasta este o necesitate proprie individului de a purta îmbrăcăminte adecvată, după circumstanțe, temperatură, activitate, pentru a-și proteja corpul de rigurile climei, permițându-i o libertate a mișcărilor.

Independența în satisfacerea nevoii

Omul are nevoie de haine cu care să se îmbrace, pentru a se proteja de rigurile climei, și își alege veșmintele adecvate circumstanțelor și necesităților proprii. Veșmintele atestă integritatea individului și îi protejează intimitatea sexuală. În plus, din punct de vedere estetic, îmbrăcăminte contribuie la expresia corporală și participă, în mod semnificativ, la comunicare.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt clasificabili în:

- a) factori biologici:* vârsta; talia, statură; activitatea;
- b) factori psihologici:* credința; emoțiile;
- c) factori sociologici și culturali:* clima; statutul social; munca; cultura.

Manifestările de independență vizează următoarele aspecte: veșmintele trebuie să fie adecvate climatului, statutului social; să se acorde o importanță îmbrăcăminteii și ținutei personale; veșmintele să fie alese după gust și circumstanțe; purtarea de obiecte semnificative pune în evidență rangul social, însemnătatea personală, funcția religioasă etc.; mobilitatea articulară, tonusul muscular, maturitatea psihomotorie.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței sunt focalizate pe următoarele coordonate: asistenta învață persoana să-și aleagă îmbrăcăminte corespunzătoare climei, temperaturii, mediului înconjurător, activității, vârstei; explorează gusturile și semnificația veșmintelor la fiecare persoană; încurajează persoana pentru a-și alege singură îmbrăcăminte, ornamentele, accesorii dorite.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență se referă la: dificultatea de a se îmbrăca și dezbrăca; dezinteresul pentru ținuta vestimentară; neîndemânarea în a-și alege hainele potrivite.

Sursele de dificultate sunt următoarele: lezarea fizică; absența unui membru superior sau a unei porțiuni din membru (bont); aparate gipsate, chingi, pansamente; durere, slăbire, fatigabilitate; tulburări de gândire, anxietate, stres, situație de criză; pierderea imaginii de sine; eșecuri, conflicte, sărăcie; insuficientă cunoaștere de sine, a mediului înconjurător.

Dificultatea de a se îmbrăca și dezbrăca are în vedere dezinteresul pentru ținuta vestimentară.

Manifestările de dependență identificate sunt următoarele: dificultatea de a-și încheia și descheia nasturii; dificultatea sau incapacitatea de a-și mișca membrele superioare; dificultatea de a se încălța și descălța; apatie în a se îmbrăca; refuzul de a se îmbrăca și dezbrăca; îmbrăcăminte exagerată, caraghioasă, coafuri bizare; veșminte neadecvate taliei, masei corporale.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să cunoască importanța satisfacerii nevoii de a se îmbrăca și dezbrăca, în termen de...	Asistenta educă pacientul privind importanța vestimentației în identificarea personalității. Notează zilnic interesul pacientului de a se îmbrăca și dezbrăca. Supraveghează cu ce se îmbracă pacientul. Încurajează pacientul.
Pacientul să se poată îmbrăca și dezbrăca singur, în termen de...	Asistenta identifică capacitățile și limitele fizice ale persoanei îngrijite. Sugerează aparținătorilor să-i procure haine largi, ușor de îmbrăcat, cu mod de încheiere simplu, încălțăminte fără șiret. Asistenta îmbracă și dezbracă pacientul în caz de paralizii ale membrilor; începe îmbrăcarea cu membrul para-

Obiective

Pacientul cu tulburări psihice să-și recâștige independența de a se îmbrăca și dezbrăca, în termen de...

Intervenții autonome și delegate

lizat și apoi cu cel sănătos și dezbrăcarea invers.

Evaluează gradul de confuzie a pacientului și observă schimbările de comportament, orientându-l regulat în timp și spațiu.

Solicită pacientului să se îmbrace, vorbindu-i clar, cu respect și răbdare, respectând ritmul acestuia.

Așază hainele în cameră, în ordinea folosirii lor și solicită pacientului, la dezbrăcare, să le pună în ordine inversă.

12. NEVOIA DE A ACȚIONA CONFORM PROPRILOR CONVINGERI ȘI VALORI, DE A PRACTICA RELIGIA

A acționa propriilor convingeri și valori este o necesitate a individului de a face sau a exprima gesturi, acte de bine și rău, de dreptate, de urmare a unei ideologii.

Independența în satisfacerea nevoii

Nu există ființă umană izolată. Aceasta se află în interacțiune constantă cu ceilalți indivizi, membri ai societății, și cu viața cosmică sau Ființa supremă, absolută. Această interacțiune scoate în evidență experiența vieții lor, convingerile, credințele și valorile proprii ființei și, pe de altă parte, dezvoltarea personalității.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt următorii: gesturile și atitudinile corporale care permit pacientului să își satisfacă această nevoie, în funcție de convingerile proprii sau de apartenența religioasă; căutarea, cercetarea sensului vieții și morții care presupune urmărirea acestui obiectiv, ceea ce face ca individul să realizeze gesturile și ritualurile care răspund credințelor/convingerilor și valorilor sale; dorința de a comunica cu Ființa supremă sau cu cosmosul; apartenența religioasă

Curriculum de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

care influențează, în mare măsură, acțiunile pe care le înlăptuiește individul, pentru a-și satisface nevoile.

Manifestările de independență sunt următoarele: asistarea la ceremonii religioase; folosirea obiectelor religioase (șirag de mătănii, imagini); practicarea unei religii; timp pentru rugăciune și meditație; participarea la fapte de caritate, la fapte de umanitate; valorile; libertatea de a acționa conform propriilor credințe sau dorințe.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței vizează următoarele aspecte: asistenta determină pacientul să-și exprime propriile convingeri și valori; planifică împreună cu pacientul activități religioase; îl informează despre serviciile oferite de comunitate; mijloacele desfășurării unor activități conform cu credințele și dorințele bolnavului.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență urmăresc aspecte precum: culpabilitatea; frustrarea; dificultatea de a acționa după credințele și valorile sale; dificultatea de a participa la activități religioase; neliniștea față de semnificația propriei existențe.

Sursele de dificultate sunt de mai multe tipuri:

a) *de ordin fizic*: lezări fizică; dezechilibre; durere; surmenaj;

b) *de ordin psihologic*: tulburări de gândire; anxietate; stres; pierdere, separare, doliu; situații de criză;

c) *de ordin sociologic*: conflicte sociale; eșecuri; contradicții cu familia și societatea; lipsa cunoașterii de sine, a situațiilor, a atitudinilor celorlalți, a mediului.

Culpabilitatea reprezintă sentimentul dureros, resimțit ca urmare a contrazicerii propriilor convingeri și valori, motiv pentru care individul se simte vinovat.

Culpabilitatea este un sentiment fundamental și nemotivat, care se manifestă în surdină, în afara cunoașterii adevăratei sale semnificații. Mai multe situații pot cauza sentimente de culpabilitate, cum ar fi: boala, pierderea stimei și a respectului, anxietatea, conflictele sociale.

Manifestările de dependență

Sentimentul de culpabilitate poate fi exprimat prin amărăciune, autodepresie, autopedepsire, autoacuzare, mania de a se scuza inutil, înțelegerea bolii ca o pedeapsă, sentimentul de a fi nedemn, poziție curbată, mișcările lente.

Manifestările de depresie pot fi diverse, după cum urmează: plâns, insomnie, bătăială, manifestări de anxietate, cum ar fi: tahicardie, tegumente reci, umede, hiperventilație, furie, mânie.

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții proprii și delegate
Pacientul să-și păstreze imaginea pozitivă de sine, în termen de...	Încurajează bolnavul să-și exprime sentimentele în legătură cu problema sa. Facilitează satisfacerea convingerilor sale. Acționează pentru recăștigarea stimei de sine a bolnavului. Planifică împreună cu pacientul activități care să-i dea sentimentul utilității.
Pacientul să fie echilibrat psihic, în termen de...	Asistenta pune pacientul în legătură cu persoanele dorite, apropiate. Administrează medicație antidepresivă, tranchilizante, la indicația medicului.

13. NEVOIA DE A FI PREOCUPAT ÎN VEDEREA REALIZĂRII

Este o necesitate a oricărui individ de a înlăptui activități care-i permit satisfacerea nevoilor și realizarea.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri:

a) *factori biologici:* vârsta și creșterea; constituția și capacitățile fizice;

b) *factori psihologici:* emoțiile (bucuria, entuziasmul, speranța, plăcerea, bunăstarea);

c) *factori sociologici:* rolurile sociale; cultura.

Manifestările de independență vizează: integritatea fizică și psihică; manifestări de bucurie și fericire; autocritica; luarea de decizii; stima de sine; imaginea de sine; comportamentul (legat de stadiul de dezvoltare); rolurile sociale; folosirea timpului liber.

Dependența în satisfacerea nevoii

Când această nevoie nu este satisfăcută, pot surveni următoarele probleme:

A) Devalorizarea (percepția negativă pe care individul o are față de valoarea personală și competența sa), pe acest fundal fiind simptomatice următoarele caracteristici: sentimentul de inferioritate și de pierdere a imaginii de sine; dificultatea în a participa la activități obișnuite sau noi; descurajare, depresie; sentimente de izolare, de inutilitate, de respingere; incapacitatea de a trece peste dificultăți; somnolență, pasivitate, agresivitate; diminuarea motivației, a interesului, a concentrării; incapacitatea de a face ceea ce preferă să facă; obsesia legată de problemele sale.

Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții proprii și delegate</i>
Pacientul să fie conștient de propria sa valoare și competență.	Asistenta ascultă activ pacientul pentru a-i permite să-și exprime sentimentele în ceea ce privește dificultatea de a se realiza. Observă și notează orice schimbare în comportamentul pacientului (depresie, satisfacție). Aplică tehnicile de îngrijire adaptate nevoilor pacientului.
Pacientul să-și recapete interesul față de sine și de alții.	Asistenta cunoaște aspirațiile, sentimentele, interesele și capacitățile pacientului. Îl ajută în reevaluarea capacităților și aspirațiilor sale. Explică necesitatea cunoașterii mediului în care trăiește și a celor din jur.

B) Neputința (percepția individului asupra lipsei de control a evenimentelor într-o situație dată). În acest context, intervenind următoarele aspecte: conflict personal, apatie, docilitate, agresivitate, agasare, tristețe.

Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții proprii și delegate
Pacientul să-și recapete încrederea și stima de sine.	Asistenta îl ajută în cunoașterea și re-evaluarea capacităților sale. Îl consultă în planificarea activităților propuse. Informează pacientul asupra dreptului sau de a lua decizii care îl privesc. Observă reacțiile pacientului la luarea deciziilor.
Pacientul să poată realiza și aprecia obiectiv activitățile sale.	Asistenta orientează pacientul spre alte activități decât cele anterioare în raport cu capacitățile sale și observă obiectivitatea aprecierilor pacientului. Notează orice modificare în comportamentul sau starea pacientului.

14. NEVOIA DE A ÎNVĂȚA CUM SĂ-ȘI PĂSTREZE SĂNĂTATEA

A învăța reprezintă acea necesitate a ființei umane de a acumula cunoștințe, atitudini și deprinderi în vederea modificării comportamentelor sale sau a adoptării de noi comportamente, în scopul menținerii sau redobândirii sănătății.

Procesul de învățare este deosebit de complex și cuprinde organizarea întregii comportări a individului, astfel încât acesta să devină capabil să-și dirijeze întreaga sa activitate în mod creator, în funcție de condițiile în care se află, pe baza cunoștințelor, priceperilor și deprinderilor însușite anterior.

După ce a dobândit cunoștințe, atitudini, deprinderi pentru menținerea sănătății, individul capătă un sentiment de siguranță, prin care devine capabil să lupte împotriva bolii, anxietății și stresului vieții cotidiene.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt de mai multe tipuri:

- a) factori biologici: vârstă, capacități fizice;*
- b) factori psihologici: motivare, emoții;*
- c) factori sociologici – mediul ambiant.*

Manifestările de independență au în vedere următoarele dimensiuni: învățarea (reprezintă activitatea necesară pentru însușirea de cunoștințe și dobândirea de noi deprinderi în toate sectoarele vieții psihice – cunoaștere, voință, emotivitate); deprinderea (este o componentă automatizată a activității); acumularea de cunoștințe; educația (reprezintă ansamblul de acțiuni de transmitere a cunoștințelor, de formare a deprinderilor și comportamentului).

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței de a învăța pot fi ilustrate după cum urmează: asistenta medicală explorează nevoile de cunoaștere ale pacientului; elaborează obiective de studiu cu pacientul; informează pacientul cu privire la mijloacele și resursele pe care le poate asigura: broșuri, cărți, pliante, reviste etc.; susține motivarea pacientului față de cunoștințele pe care urmează să le dobândească; organizează activități de educație pentru sănătate: convorbiri, cursuri, conferințe, filme, demonstrații practice; prezintă pacientului materiale cu subiecte interesante, atractive, cu mijloace și procedee adecvate nivelului de cultură și gradului de înțelegere a pacientului.

Dependența în satisfacerea nevoii

Problemele de dependență subliniază următoarele aspecte: ignoranța față de dobândirea de noi cunoștințe, atitudini, deprinderi; dificultatea de a învăța; cunoștințele insuficiente.

Sursele de dificultate identificate sunt următoarele: lezarea integrității fizice, deficitele senzoriale, durerea, afectarea stării de conștiință, tulburările de gândire și memorie, anxietatea, stresul, situația de criză, lipsa cunoștințelor, insuficienta cunoaștere de sine și a mediului înconjurător.

Manifestările de dependență se referă la cunoștințele insuficiente, la faptul că pacientul nu înțelege necesitatea de a învăța și nu este receptiv, pacientul prezintă nesiguranță și frica de necunoscut, lipsa interesului de a învăța, dificultate în învățarea măsurilor preventive și curative.

Intervențiile asistentei

Obiective

Pacientul să acumuleze noi cunoștințe.

Intervenții proprii și delegate

Asistenta explorează nivelul de cunoștințe al bolnavului în ceea ce privește boala, modul de manifestare, măsurile preventive și curative.

Identifică manifestările de dependență, sursele lor de dificultate, interacțiunile lor cu alte nevoi.

Stimulează pacientului dorința de cunoaștere.

Conștientizează pacientul asupra propriei responsabilități în ceea ce privește sănătatea.

Organizează activități educative cu pacientul.

Verifică dacă pacientul a înțeles corect mesajul transmis și dacă și-a însușit noile cunoștințe.

Pacientul să dobândească atitudini, obiceiuri și deprinderi noi.

Asistenta identifică obiceiurile și deprinderile greșite ale bolnavului.

Corectează deprinderile dăunătoare sănătății.

Ține lecții cu pacientul de formare a deprinderilor igienice, despre alimentație rațională, despre un mod de viață echilibrat, de administrare a diferitelor medicamente.

Întocmește programe de recuperare și reeducare a bolnavilor cu deficiențe senzoriale și motorii.

Va încuraja și ajuta la dobândirea noilor deprinderi.

Capitolul V

ROLUL NURSEI ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI PSIHIATRICE¹

În traducerea etimologică, cuvântul *psihatrie* înseamnă „tratamentul sufletului”.

Ramură a științelor medicale, psihiatria are drept obiectiv studiul totalității manifestărilor patologice ale activității psihice, al condițiilor în care apar, al cauzelor ce le determină, al mecanismelor și măsurilor de tratament curativo-profilactic ce se impun, pentru a le evita sau combate.

Considerăm psihicul ca fiind rezultatul activității materiei superior organizate – creierul, iar acesta, în strânsă interdependență cu funcționalitatea întregului organism.

Mai mult, influența ei se extinde negativ și asupra relațiilor interumane. De aceea, psihicul are caracterul unei științe pluridimensionale, având strânse legături cu celelalte științe medicale și sociale: neurologia, medicina internă, endocrinologia etc., precum și cu psihologia și sociologia.

Bolile psihice, ca și celelalte boli, au apărut odată cu omul. Deși semnalate încă de la începuturile însemnărilor cu caracter medical, concepția despre acestea a evoluat cu timpul în raport cu gradul de cunoștințe, condițiile sociale și economice proprii fiecărei epoci.

Prima etapă a psihiatriei o constituie epoca ignoranței, a magiei și superstiției. Concepțiile primitive dualiste explicau bolile prin intervenția bună sau nefastă a divinităților, iar partea de terapie era oficiată de magi ori preoți, prin ceremonii purificatoare, adulații etc.

¹ Boromdei, C., *Manual de medicină internă pentru cadre medicale*, p. 092

Odată cu apariția primelor civilizații și a religiilor, boala apare ca o formă de mânie a zeilor (la asirieni, caldeeni, indieni și egipteni etc.). Pentru a intra în voia divinităților crude, se adresau rugă sau se aduceau jertfe, nu rareori umane.

În secolul al XVI-lea, reapar preocupările medicale în psihiatrie, iar în secolul al XVIII-lea, Pinel deschide porțile închisorilor, tratând bolnavii psihici în spitale.

În secolul al XIX-lea, datorită lucrărilor lui Babinski, Korsakov, Kraepelin, Bayle, Ribot, se fundamentează psihiatria ca știință.

Secolul al XX-lea îmbogățește și arsenalul terapeutic cu medicamente psihotrope care, alături de terapia electroconvulsivantă, deschid orizonturi noi în tratarea bolilor psihice.

Trăim o epocă în care grija pentru suferința psihică și-a dobândit statutul de știință, ocupându-și locul cuvenit, alături de celelalte discipline medicale, și în care asistența, recuperarea și reîncadrarea bolnavilor psihici în muncă și societate presupun cadre bine pregătite atât din punct de vedere teoretic, cât și practic.

1. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE ÎN PSIHIATRIE

Ca orice proces de îngrijire, acesta cuprinde următoarele etape:

1. *culegerea de informații;*
2. *formularea problemelor;*
3. *formularea scopurilor în procesul de îngrijire;*
4. *punerea la punct a planului de îngrijire;*
5. *ducerea la îndeplinire a planului de îngrijire;*
6. *evaluarea.*

Foia de îngrijire și tratament cuprinde:

1. *rubrica pentru anamneză;*
2. *rubrica pentru inventarierea problemelor;*
3. *rubrica pentru scopurile propuse îngrijirii;*
4. *rubrica planului de îngrijire a pacientului;*
5. *rubrica pentru raportare;*
6. *rubrica de predare a serviciului.*

Teorii cu privire la îngrijirea pacientului și descrierea noțiunilor de întrebuintare și generalități referitoare la teoria și practica îngrijirii bolnavului psihic

Se spune că între teorie (învățământ) și practică (secția medicală), există, adesea, o prăpastie. Aparent, s-ar putea crede că teoria se distanțează mult de practică, ducând o existență independentă care nu ar avea nicio importanță practică. Științific, se afirmă că teoria ar fi „un întreg format din enunțuri cu o înălțuire logică, care încearcă să dea o explicație, cel puțin în parte, realității. Astfel, de fapt, realitatea devine baza teoriei. Cadrele medicale vor aprofunda cunoașterea practicii, vor medita asupra celor observate și vor formula teorii, punând într-o legătură logică cele observate. Apoi, vor verifica respectivele teorii, confruntându-le cu realitatea și vor vedea dacă ideile au fost bune. Privind astfel lucrurile, putem observa că teoria este strâns legată de practică. Formarea și formularea teoriei duc la îmbunătățirea calității execuției practice. În practica medicală, ne lovim adesea de activități ce au devenit obiceiuri, ritualuri, chiar rutină. De aceea, este foarte important ca cei care exersează profesiunea de cadru medical să aibă o gândire critică și independentă, să renunțe la rutină, dacă se dovedește necesar. Teoriile cu privire la îngrijirea pacientului au un grad scăzut de abstractizare, fiind, cel mai adesea, teorii despre aspecte practice. Teoriile privitoare la acordarea de îngrijiri pacientului au ca elemente de bază „omul”, „mediul înconjurător”, „sănătatea” și „îngrijirea bolnavului”. Este important să realizăm că teoriile despre îngrijirea pacientului se vor schimba în acord cu definiția dată sănătății, precum și cu evoluția fiecărei perioade de timp și de cultură. Există câteva teorii mai importante referitoare la îngrijirea bolnavului psihic, care pot fi consultate detaliat, făcând apel la bibliografia anexată: teoria lui Florence Nightingale; teoria lui J. A. van den Brink-Tjebbes; teoria lui M. Gryptdonck; teoria Virginiei Henderson; teoria Dorotheei E. Orem.

SOMATICA se referă la diverse aspecte, cum ar fi: igiena – spălarea mâinilor; îndepărtarea paraziților tegumentari; urmărirea balanței hidrice; ergoterapie; urmări ale imobilității, complicații și măsuri pentru prevenirea lor; gestionarea crizelor epileptice; sarcina cadrului medical mediu în administrarea terapiei; administrarea medicamentelor pe cale injectabilă.

Partea socială are ca obiective principale următoarele aspecte: comunicarea dintre cadrele medicale și pacienți; coordonarea activităților; modul de lucru în ergoterapie (coordonarea activităților).

SEMIOLOGIA

Semiologia psihiatrică studiază tulburările care se pot produce în psihism. Pentru studiul didactic, vom urmări separat tulburările produse în sfera cognitivă, a afectivității și în cea a voinței și activității (motivațională), neuitând niciun moment că psihicul constituie un tot armonios.

Sfera cunoașterii. Din punct de vedere psihologic, *cogniția* este luată, în sens larg, ca proces de extragere și prelucrare a informației despre „stările” lumii exterioare și ale propriului nostru eu. *Senzația* stă la baza proceselor de cunoaștere. Ea reprezintă reflectarea unei însușiri a realității obiective (formă, greutate, culoare, gust, miros) în psihicul uman și se realizează prin analizori. *Percepția* reprezintă o funcție complexă a cunoașterii realității obiective, la care contribuie și experiența anterioară, păstrată în memorie. Aceasta reprezintă o reflectare sub formă de imagini (copie) a însușirilor obiectelor și fenomenelor luate în totalitatea lor. *Tulburările de percepție* se referă la scăderea, creșterea, deformarea acesteia sau perceperea fără obiect.

Hiperestezia constă în exagerarea percepției excitațiilor din afară (de exemplu, la surmenați, convalescenți, nevrotici, zgomote obișnuite, ca scârțâitul unei uși, chiar muzica, devin neplăcute).

Hipoestezia reprezintă scăderea excitabilității care determină o neclaritate în perceperea lumii exterioare (de exemplu, în obnubilarea conștiinței).

Iluziile sunt percepții deformate ale obiectelor. Acestea pot fi vizuale (false recunoașteri), auditive, olfactive etc. (un tufiș poate fi perceput ca un animal fioros).

Halucinațiile sunt percepții fără obiect. Când obiectul perceput de bolnav se află în câmpul de acțiune normal al analizorului respectiv, vorbim despre percepții adevărate (perceperea în fața ochilor a unei persoane, a anumitor obiecte sau a unor voci care vorbesc la o ureche sau la alta). Aceste manifestări se întâlnesc în schizofrenie sau în diverse psihoze.

Pseudohalucinațiile sunt lipsite de estezie și spațialitate, fiind numite și *halucinații psihice*. Bolnavii „aud” cu creierul și „văd” cu ochii minții.

Halucinozele sunt halucinații adevărate, însă față de care bolnavii au o atitudine critică. Existența halucinațiilor este uneori greu de recunoscut, fie că pacientul nu colaborează, fie că le ascunde sau disimulează. De un real ajutor ne este observarea atentă a bolnavului care, în timpul trăirilor halucinatorii, ia atitudini particulare (este atent, privește într-o direcție de unde aude vocile sau vede imaginile; alteori, închide ochii, își astupă urechile când vocile sau imaginile sunt neplăcute, gesticulează, se ferește sau vorbește cu ele).

Atenția constă în orientarea și concentrarea activității psihice asupra unor obiecte sau fenomene care, datorită acestui fapt, sunt reflectate mai clar și mai deplin în conștiință. Dacă am percepe tot ce se întâmplă în jurul nostru, s-ar produce un haos. Există o triere spontană care elimină elementele nesemnificative. Aceasta este *atenția spontană*. Ea poate fi uneori *diminuată* (ca în oligofrenie, în stări delirante) sau *exagerată* (ca în mânia, când bolnavul percepe o serie de elemente în exces).

Atenția voluntară intră în joc atunci când avem o preocupare, o idee. La bolnavii deliranți, melancolici, atenția voluntară este exagerată. Pe de altă parte, atenția voluntară este scăzută în nevroze, în sindroamele de excitație psihică etc.

Memoria reprezintă un proces de întipărire, păstrare, recunoaștere și reproducere a ceea ce omul a perceput, a trăit, a făcut sau a gândit în trecut.

Hipermnezia este o tulburare a memoriei care constă într-o exagerare patologică a proceselor de fixare și conservare. Aceasta poate fi *globală* (în episoadele maniacale) sau *parțială*, cu o tematică selectivă, legată uneori de unele amănunte (în delirul sistematizat).

Hipomnezia înseamnă o scădere a memoriei și reprezintă un sindrom frecvent întâlnit în stările de surmenaj, neurastenii, depresive.

Amnezia se manifestă prin abolirea proceselor de fixare, conservare, recunoaștere și reproducere ale memoriei, fie separat, fie în totalitatea lor.

Există o *amnezie de fixare sau anterogradă*, în care bolnavul este incapabil să păstreze amintiri ale faptelor foarte recente, care sunt totuși bine percepute. El își poate aminti, cu ușurință, evenimente din tinerețe, dar nu și pe cele petrecute cu o zi înainte (în stările de demență senilă, postencefalice, stări toxice, paralizii generale progresive - PGP).

În *amnezia de conservare sau retrogradă*, găsim o ștergere a amintirilor fixate înaintea debutului bolii (în traumatisme cranio-cerebrale, de exemplu).

Amnezia lacunară se referă la o perioadă limitată și relativ scurtă din timpul trecut și este caracteristică stărilor confuze.

În *amneziiile sau dismneziile de evocare*, bolnavul este incapabil de a evoca atunci când are nevoie. De cele mai multe ori, aceasta se întâmplă cu numele proprii.

Atunci când procesul recunoașterii suferă, se produc *amnezii sau dismnezii de recunoaștere*.

Pseudoreminiscentele sunt reproduceri ale unor evenimente din trecut, dar încadrate parțial sau total în evenimente prezente. Relatarea unor fapte imaginare și cu care, în general, sunt acoperite golurile de memorie se numește *confabulație*.

Gândirea reprezintă reflectarea generalizată și mijlocită a fenomenelor și a obiectelor lumii obiective și a legăturilor interioare dintre ele. Ca proces de cunoaștere, gândirea nu mai are un caracter senzorial, luând naștere în procesul de generalizare și abstractizare. Gândirea operează prin noțiuni care exprimă simbolic fapte, fenomene, relații, acțiuni. Simbolurile acestea sunt cuvintele. Prin urmare, între gândire și limbaj, există o legătură indisolubilă. Cu cât limbajul și noțiunile unui individ sunt mai evolute, acesta va desfășura, cu mai mult succes, un act de gândire.

Vorbim despre tulburările formale sau dinamice ale gândirii atunci când se modifică ritmul procesului de gândire. Astfel, cităm: accelerarea procesului de gândire, încetinirea, suprimarea sau bararea lui.

a) *Exagerarea ritmului ideativ* este denumită *fugă de idei*. Această gândire este superficială, instabilă și poate genera concluzii eronate. Uneori, excitația fiind excesivă, rapiditatea asociațiilor este așa de crescută, încât se deslușesc doar cuvinte izolate, fără legătură între ele (sindroamele maniacale).

b) *Diminuarea ritmului gândirii (bradipsihism)* se caracterizează printr-o încetinire a procesului de gândire. Există tulburări de coeziune ale gândirii de diferite grade, de la *incoerență* (bolnavii vorbesc absurdități, exprimându-se corect) la *verbigeratie* (un debit verbal mărit, ritm ideator accelerat, dar fără legătură între noțiuni) și până la „*salota de cuvinte*” în care destrămarea este avansată, cuvintele nemaiaivând niciun sens.

Tulburările de fond (conținut) ale gândirii sunt următoarele:

a) *Ideile prevalente* apar ca o reacție aparent logică la o situație reală și care, ulterior, printr-un exagerat potențial afectiv, ocupă o poziție dominantă, intensă și de durată în gândirea bolnavului, deși, deseori, nu mai sunt conforme cu trăirile corespunzătoare momentului. La bolnavii psihici, ideile prevalente sunt reprezentate, în mare măsură, de preocupările morbide, îndreptate spre funcționalitatea organelor proprii, sau de preocupări cu caracter persecutiv. Acestea se întâlnesc la nevrotici, psihopați, encefalopați, post-traumatici și epileptici.

b) *Ideile obsesive* apar împotriva voinței individului care le recunoaște caracterul parazitar și luptă împotriva lor pentru a le înlătura. Având un caracter de constrângere împotriva bolnavului, acestea creează o stare de tensiune, de anxietate.

După conținutul lor, stările obsesive se pot împărți în câteva grupe ce se combină între ele: amintirile obsedante, acțiunile obsedante, ideile obsesive și fobiile. Ideile obsesive sunt caracteristice nevrozii obsesivofobice, dar se pot întâlni și în psihopatia psihastenică, în unele stări depresive și în debutul schizofreniei.

c) *Ideile delirante* formează o categorie importantă de tulburări ale gândirii. Prin idei delirante, înțelegem orice reflecție greșită a realității care domină conștiința bolnavului. Acestea sunt impenetrabile la contraargumentare, bolnavul neavând o atitudine critică și neputând sesiza caracterul lor patologic.

Conținutul ideilor delirante poate fi extrem de divers: de la idei ce pot fi plauzibile până la unele cu un conținut neverosimil, absurd, fantastic. După persistența lor, ideile delirante pot fi mobile, oscilante, polimorfe, schimbându-se la intervale scurte de timp (zile, chiar ore) sau pot fi stabile, inerte, cu tendință la fixare și sistematizare. Prin sistematizarea unui delir, înțelegem gruparea ideilor delirante în jurul unei teme delirante, uneori cu aparență logică. Există foarte multe clasificări ale delirurilor. Mai simplu, referindu-ne la fondul afectiv care le însoțește, acestea pot fi împărțite în *delirul cu caracter depresiv* și *delirul cu caracter expansiv*.

În prima grupă, predomină fondul depresiv, iar tematica ideilor are un colorit afectiv, trist, dureros, ca în ideile delirante de vinovăție, de autoacuzare, de ruină materială și fizică. Delirul poate culmina, așa cum se întâmplă în melancolia de involuție uneori, cu idei de negație (bolnavul

afirmă că nu mai are organe). Acest delir asociat cu idei de enormitate și imortalitate realizează sindromul Cotard.

Uneori, fondul depresiv este mai estompat, predominând însă anxietatea, ca în delirul de persecuție, de urmărire, de otrăvire, de gelozie, de influență.

Delirurile expansive apar pe un fond de euforie, de bună dispoziție, de filiație, de invenție etc., ca în paranoia, PGP, demențele senile.

Tulburările de vorbire. În bolile psihice, se pot observa modificări importante în felul de a vorbi al bolnavilor. *Logoreea* desemnează un flux de cuvinte rapid și incoerent (se observă în stările maniacale). *Strigătele, vociferările* sunt semne ale agitației (mânie, confuzie, schizofrenie, demență). *Mutismul* unor bolnavi duce la suspendarea comunicării verbale. Acesta poate îmbrăca mai multe aspecte: *mutismul prin inhibiție*, ca în stările de stupeoare melancolică, *mutismul catatonic* din schizofrenie, *afonia isterică* sau *mutismul protestar* al deliranților persecutați sau revendicativi.

Pentru că limbajul este expresia gândirii, vorbirea desigur că va reflecta conținutul gândirii prin modificări ale stilului, ale sintaxei. De notat în acest sens sunt tulburările de semantică caracterizate prin alterarea sensului cuvintelor. Întâlnim, la schizofreni, neologisme, metafore ermetice. Alteori, se ajunge la incoerență verbală care poate merge în schizofrenie până la un limbaj indescifrabil. Uneori, bolnavul își creează o veritabilă limbă personală (*ghosolalie*).

Tulburările de scris se întâlnesc frecvent în schizofrenie sau la deliranții cronici, fiind exprimate prin alterări ale grafismului, manierism sau stereotipii.

Tulburările de conștiință variază de la îngustarea câmpului conștiinței până la pierderea acesteia (comă). În stări infecțioase, onirice, întâlnim îngustarea câmpului conștiinței, torpoare, ohnubiliare. Stupeorea este o stare mai accentuată de tulburare a conștiinței, în care bolnavul reacționează numai la stimuli puternici. Starea comatoasă corespunde suspendării totale a stării de conștiință.

Afectivitatea cuprinde totalitatea trăirilor noastre, plăcute sau neplăcute, mai intense sau mai puțin intense, fugitive sau durabile. Formele afective sunt: dispoziția, emoțiile, sentimentele și pasiunile. Dispoziția

(tomsul afectiv) poate fi hîmă, scăzută sau crescută, corespunzându-i calmul. Tristetea sau veselia, emoțiile, în general, sunt stări afective scurte, ocazionate de excitanți diverși care influențează întreaga viață psihică și se însoțesc de reacții vegetative: frică, panică, bucurie. Sentimentele sunt stări afective de lungă durată, mai complexe, la care contribuie și gândirea și judecata (prietenie, dragoste).

Tulburările dispoziției pot fi negative (depresiunea psihică întâlnită în melancolie, unde are intensitatea unei dureri morale) sau pozitive (dispoziția poate fi exagerat crescută – euforia, o stare de dispoziție pozitivă care apare în excitația maniacală). Emoțiile puternice se reflectă patologic prin panică, extaz. Se vorbește de o labilitate emoțională, cu treceri rapide de la răs la plîns, ca în demența arterosclerotică: răsul sau plînsul nemotivate se întâlnesc în schizofrenie. Anxietatea este o stare de așteptare dureroasă. Sentimentele se pot modifica în bolile psihice, mai ales în schizofrenie, unde se întâlnesc: inversiunea sentimentelor (ură pentru părinți, copii, frați, surori), dragoste pentru persoane necunoscute sau fictive; ambivalența afectivă care cuprinde, în același timp, sentimente de dragoste și ură pentru aceeași persoană; indiferentismul care include lipsa oricărui sentiment. Tot în schizofrenie, se întâlnește afectivitatea paradoxală, aceasta manifestându-se prin răspunsuri emoționale pozitive de veselie, plăcere la traume psihice negative (moarte, boală) și emoții negative (plîns) la auzirea unei vești pozitive.

Tulburările de activitate: Activitatea supusă voinței se exprimă normal prin executarea dinamică a unui plan anterior stabilit, cu un scop util.

Hiperbulia este o activitate multiplă, neconcordantă, nedusă la bun sfârșit, fără randament și se întâlnește în excitația maniacală.

Abulia reprezintă lipsa oricărei activități, ca în melancolia stuporoasă, demență, oligofreniile grave.

Catatonă constă în păstrarea îndelungată a unei poziții incomode (într-un picior, cu o mână ridicată în sus), ca în schizofrenia catatonică, sau în repetarea unor gesturi, cuvinte, reprezentând stereotipiile.

Catalepsia sau *flexibilitatea ceroasă* constă în posibilitatea de a păstra o atitudine a corpului, a membrilor, impusă, întâlnindu-se, de asemenea, în schizofrenia catatonică.

Negativismul reprezintă refuzul de a îndeplini solicitări impuse. Negativismul motor, alimentar, verbal sau sfîcterian se întâlnește în schizofrenie.

Impulsivitățile, așa cum sunt piromania (necesitatea imperioasă de a da foc), întâlnită în psihastenie, cleptomania (necesitatea de a-și însuși lucruri străine), mitomania (necesitatea imperioasă de a spune minciuni) din psihopatie, precum și raptusurile din melancolie sunt activități ieșite de sub controlul voinței.

Sugestibilitatea este o slăbire a proceselor voliționale, sub influența altor persoane. Se întâlnește în schizofrenie, oligofrenie, demență.

Tulburările conștiinței

1. *Tulburările de conținut ale conștiinței* se manifestă prin: *depersonalizare* – pierderea identității proprii persoane; *derealizare* – detașarea de mediul înconjurător care devine străin, uneori, de nerecunoscut.

2. *Tulburările de tip dezintegrativ* apar în contextul unor patologii variate și complexe. În cadrul acestor tulburări, sunt frecvente producțiile patologice de tip iluzoriu, halucinatoriu și chiar delirant. O astfel de stare este confuzia mintală caracterizată prin incoerența gândirii, iluzii și halucinații, onirism, modificarea activității motorii (agitație sau inhibiție), perceperea deformată sau incorectă a mediului extern etc. În majoritatea cazurilor, confuzia mintală este determinată de boli organice de cele mai variate etiologii (infecțioase, toxice, traumatice, metabolice).

Starea onirică și oneiroidă este mai rar întâlnită și este asemănătoare visului, dar de durată mai mare. Întocmai ca în vis, scenele pe care le „vede” bolnavul sunt caleidoscopice, polimorfe. Iluziile, halucinațiile și delirul sunt amalgamate, cu derulare haotică, adesea cu un conținut terifiant. Amnezia este fie totală, fie parțială, „reconstituirea” episoadelor oneiroide fiind, de cele mai multe ori, imposibilă.

O altă formă de tulburare dezintegrativă este *starea crepusculară*.

În cadrul acestui tip de tulburare, gradul de dezorientare și confuzie este diferit. Unele cazuri se manifestă doar printr-o ușoară falsă recunoaștere a mediului, alteleori, dezorientarea este profundă și toată activitatea este bizară, inadecvată situației sau chiar periculoasă (de exemplu, în epilepsie).

Starea crepusculară se caracterizează, în general, printr-o tulburare bruscă a stării de conștiință care este alterată sub formă de obnubilare, cu păstrarea relativă și parțială a automatismelor psihomotorii, păstrare ce permite o relativă coordonare chiar și în activități mai complexe.

Afecțiile sunt puternice în aceste stări și explică, cel puțin parțial, reacțiile violente ce merg uneori până la homicid (mai ales la epileptici).

Amnezia asupra acestei perioade este completă.

Între stările crepusculare, se descriu diferite manifestări, ca de exemplu: somnambulismul, automatismul ambulatoriu, fugile, transele, terorile nocturne la copii. În somnambulism, este vorba de o trezire parțială, cu recăpătarea capacității de mișcare, dar cu conștiința alterată. Bolnavii fac deplasări în afara camerei de dormit, se cațără prin poduri, pe garduri etc., iar la trezirea reală nu-și amintesc nimic. Stările crepusculare se întâlnesc în epilepsie, isterie, alcoolism (intoxicații alcoolice, beție patologică), schizofrenie, tumori cerebrale, comotii și contuzii cerebrale etc. O altă tulburare de tip dezintegrativ este starea delirantă pe care o întâlnim în intoxicații, infecții, anemii grave etc. Se caracterizează printr-o profundă alterare a conștiinței, cu dezorientare totală, prin dezorganizarea percepțiilor actuale, abundența de producții psihosenzoriale (halucinații), foarte mobile, făcând cvasi-imposibilă utilizarea de către bolnav a experienței trecute sau evocarea acesteia. Activitatea bolnavului poate fi dezorganizată: de la o agitație și automatisme fără rost până la frânturi de acte.

Somnul, în anumite circumstanțe, poate fi tulburat, într-o măsură mai mare sau mai mică, dar întotdeauna, această situație este percepută cu neplăcere. Frecvent, se întâlnește insomnia care se traduce prin dificultatea de adormire, trezire frecventă din somn și greutate în readormire, trezire precoce, somn perceput ca neodihnitor (bolnavul, la trezire, se simte obosit).

Insomnia are cauze diferite, de la stări de anxietate determinate de probleme profesionale, familiale sau sociale dificile, greu de rezolvat, consumul de substanțe psihostimulante până la boli psihice sau organice.

Hipersomnia reprezintă prelungirea exagerată a duratei normale a somnului și poate avea profunzimi variabile. Această tulburare a somnului apare în stări febrile de etiologie variată, în tumori cerebrale, în encefalita letargică etc. O modificare interesantă constă în inversarea ritmului veghe - somn.

Individul este insomniac, nu poate dormi sau doarme superficial și pe scurt timp, iar ziua este somnolent. Această tulburare a somnului este mai frecvent întâlnită la persoanele vârstnice, de regulă, în contextul psihozelor presenile și senile.

STUDIU DE CAZ

I. Informații generale:

Numele și prenumele: _____ Data internării: _____

Vârstă: _____ Sex: _____ Starea civilă: _____ Copii: _____ Profesia: _____

Localitatea de domiciliu: _____

Diagnosticul la internare: _____

Obişnuințe de viață:

Consumatoare de: alcool: _____ cafea: _____ tutun: _____ drog: _____

Alergii cunoscute: _____

Dietă/regim alimentar: _____

Probleme de sănătate: _____

Antecedente medicale personale: _____

Antecedente heredocolaterale: _____

Motivul internării actuale: _____

Istoricul stării actuale: _____

Examenul clinic general: _____

Tegumente și mucoase: _____

Greutate: _____ Înălțime: _____

Țesut celular subcutanat: _____ Sistem ganglionar și limfatic: _____

Aparat locomotor: _____

Aparat respirator: _____

Aparat cardio-vascular: _____

Aparat digestiv: _____

Aparat uro-genital: _____

Sistem nervos și organe de simț: _____

Investigații:

Examenul sângelui: _____

Examenul urinei: _____

Alte examene de specialitate: _____

Tratamente: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

Episodul și recomandări la externare: _____

II. Culegerea de date (informații) urmărind autonomia celor 14 nevoi fundamentale:

1. Nevoia de a mânca și a bea
2. Nevoia de a învăța să-și păstreze sănătatea
3. Nevoia de a evita pericolele

4. Nevoia de a respira
5. Nevoia de a-și menține temperatura corpului în limite normale
6. Nevoia de a elimina
7. Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca
8. Nevoia de a comunica
9. Nevoia de a fi curat, îngrijit
10. Nevoia de a se mișca, de a avea o bună postură și o bună circulație
11. Nevoia de a dormi și a se odihni
12. Nevoia de a acționa conform credințelor și valorilor proprii
13. Nevoia de a fi util și a se realiza
14. Nevoia de a se recrea

III. Analizarea informațiilor obținute și evidențierea manifestărilor de dependență

IV. Stabilirea etiologiei dependenței
(cauzei dependenței sau sursei de dificultate)

V. Identificarea problemei de dependență/îngrijire

VI. Stabilirea diagnosticului de îngrijire (nursing)

VII. Elaborarea planului de îngrijire:

- Formularea obiectivelor de îngrijire
- Stabilirea intervențiilor proprii și delegate
- Ierarhizarea priorităților de îngrijire

VIII. Aplicarea intervențiilor proprii și delegate

IX. Evaluarea rezultatelor îngrijirilor aplicate

2. ÎNGRIJIREA PACIENTILOR CU AFECȚIUNI PSIHIATRICE

Culegerea datelor interesează diverse aspecte, cum ar fi: condiții nefavorabile ale mediului extern; factori genetici; afecțiuni în timpul sarcinii; traumatisme obstetricale; traumatisme și infecții care produc leziuni ale creierului; stări conflictuale, tensionate în familie sau la locul de muncă; evenimente pe parcursul vieții (decesul persoanelor dragi, divorț, schimbarea locului de muncă, pensionare, șomaj); profesii cu responsabilități crescute, desfășurate în zgomot și încordare psihică; surmenaj intelectual; perioade critice ale vieții (pubertate, sarcină, lactație, menopauză); boli metabolice, endocrine, neurologice, infecțioase, intoxicații; consum de alcool, droguri.

Manifestările de dependență urmăresc:

a) tulburări ale stării de conștiință: nu reacționează la stimuli; reacționează doar prin aplicarea diversilor stimuli asupra sa; manifestă dezinteres față de lumea exterioară; înțelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul său și este dezorientat; este confuz. Aceste manifestări diferă în funcție de gradul alterării conștiinței: somnolență, obnubilare, somnol, comă;

b) tulburări de percepție: hiperestezie/hipoestezie; iluzii; halucinații (auditive, tactile, olfactive);

c) tulburări de gândire: idei delirante legate de persoana sa (sentiment de vinovăție față de cei din jur sau de mediul înconjurător); fuga de idei (mânie, isterie); idei prevalente; idei obsesive; lipsa coerenței în vorbire; oprirea bruscă în timpul expunerii;

d) tulburări de memorie: hipomnezia; amnezia;

e) tulburări ale dispoziției: depresie; euforie; stare de spirit schimbătoare;

f) tulburări afective: furie; agresivitate; violență; apatie; labilitate emoțională (plâns);

g) tulburări de voință: dificultate în luarea unei decizii; activități nefinalizate; însușirea cu ușurință a convingerilor celor din jur;

h) tulburări de activitate (cantitativă sau calitativă): diminuarea sau accelerarea mișcărilor; epuizare rapidă după activități relativ ușoare;

efectuarea mai multor activități în același timp; agitație psihomotorie; catatonie, catalepsie; negativism; cleptomanie; piromanie; stereotipie;

i) *tulburări de comunicare (verbală sau scrisă)*: logoree; mutism; hălbăială; eroare verbală; utilizarea unui ton prea ridicat sau prea monoton; graforee; refuzul scrisului; deficiențe de caligrafie, dispunere în pagină, utilizarea unor semne personale;

j) *tulburări de comportament instinctuiv*: exagerarea sau diminuarea instinctului alimentar (bulimie sau anorexie nervoasă); perversiuni sexuale; exagerarea sau scăderea instinctului matern; diminuarea instinctului de conservare (tentative de autoagresiune, suicid);

k) *tulburări organice (cruier, cord, ficat, rinichi etc.)* întâlnite în cazuri de abuz de alcool, droguri.

Pentru a putea obține informații pertinente, în timpul interviului, este necesar să se câștige încrederea pacientului prin: ascultare atentă; examinare fără prezența altor persoane; utilizarea unui vocabular accesibil; evitarea comentariilor față de pacient; neîntreruperea expunerii.

După evaluarea funcțiilor psihice, se vor culege informații referitoare la: familie (calitatea relațiilor în familie), habitat, starea de igienă, locul de muncă, starea morfo-funcțională a diferitelor organe și aparate. În timpul interviului, care va fi individual, ascultați cu atenție, utilizați un limbaj accesibil, nu faceți comentarii față de pacient, nu-i întrerupeți expunerea.

Examinările paraclinice au în vedere următoarele: radiografie craniană, arteriografie, tomografie computerizată, mielografie; electroencefalogramă; examen genetic-citogenetic (cariotipul, testul BARR); examinări morfologice (dermatoglifele palmare); examinări de laborator - sânge (VSH, glicemie, uree, acid uric, creatinină, colesterol, VDRL, probe de disproteinemie), urină (sumar), LCR; examen psihologic.

Problemele pacientului au în vedere: alterarea nutriției prin deficit (actual sau potențial) cauzat de refuz de alimentație, aport insuficient față de necesități (agitație psihomotorie), anorexie nervoasă; alterarea nutriției prin exces cauzat de aport excesiv față de necesități (comportament maniacal, bulimie nervoasă); diminuarea interesului față de efectuarea activităților cotidiene cauzat de o stare depresivă, comportament psihotic, comportament maniacal; alterarea respirației (dispnee) cauzată

de anxietate, tulburări nevrotice; potențial de alterare a integrității fizice (suicid, autotraumatizare) cauzată de depresie, stare maniacală, comportament psihotic, demență; alterarea comunicării cauzată de prezența ideilor delirante, halucinații, agitație psihomotorie; alterarea somnului (insomnie) cauzată de nevoie redusă de somn, depresie, comportament maniacal; deficit de autoîngrijire cauzat de agitație psihomotorie, demență, comportament psihotic; anxietate cauzată de incapacitate de adaptare la mediu, dificultate de exprimare a nevoilor; stres excesiv.

Obiective de îngrijire

Liniștirea pacientului poate fi realizată prin: diminuarea manifestărilor comportamentale; asigurarea unui aport alimentar în funcție de necesități; asigurarea unui somn corespunzător din punct de vedere cantitativ și calitativ; prevenirea accidentării; prevenirea complicațiilor imobilizării voluntare; redobândirea interesului pentru desfășurarea unor activități; reluarea relațiilor interpersonale.

Intervențiile asistentului medical urmăresc următoarele aspecte: asigurarea unui microclimat corespunzător, cameră liniștită, lipsită de excitanți, temperatură optimă, posibilități de a crea semiobscuritate; utilizarea comunicării terapeutice prin mesajul verbal clar, ascultarea atentă a pacientului și încurajarea acestuia să-și exprime sentimentele; să spună ce-l preocupă, încurajarea în comunicarea cu alții, menținerea pacientului la subiectul discuției, iar dacă acesta nu vrea să vorbească, i se va oferi un alt moment, în timpul discuției, se va ține cont de starea pacientului (pentru cel depresiv, se va folosi un dialog încurajator); orientarea permanentă în timp și spațiu; supravegherea pacientului pentru a observa apariția unor modificări fiziologice sau de comportament, crearea stărilor de tensiune în relația cu ceilalți pacienți, apariția intențiilor de agresiune sau a tentativelor de suicid, apariția stării de depresie sau a unor tulburări digestive: vărsături, constipație; asigurarea alimentației, în funcție de necesități și preferințele pacientului, prin stimularea apetitului; oferirea unor cantități mici de alimente, la intervale scurte de timp, iar în caz de agitație psihomotorie, recurgerea la alimentație prin sondă; în caz de reflux alimentar, utilizarea alimentației parenterale; corectarea carențelor de vitamine; supravegherea somnului în vederea asigurării perioadelor de repaus reconfortant: pacientul nu va fi lăsat în

timpul zilei să se odihnească prea mult timp, iar la nevoie, i se vor administra medicamentele prescrise de medic, îndăturându-se, totodată, factorii iritanți; asigurarea îngrijirilor igienice: se va stimula pacientul să se spele, să se îmbrace, acordându-i-se timp suficient, iar la nevoie, va fi ajutat; i se va schimba lenjeria de pat și de corp, ori de câte ori este nevoie; hidratarea pacientului; stimularea pacientului în efectuarea unor activități; prevenirea izolării prin stimularea relațiilor interpersonale; urmărirea funcțiilor vitale și vegetative; aplicarea măsurilor de prevenire a complicațiilor imobilizării voluntare (escare, hipotensiune ortostatică, constipație, tromboflebite); i se va explica pacientului necesitatea tratamentului și cooperării; menținerea legăturii cu familia și încurajarea acesteia pentru a se implica în suportul emoțional de a vizita pacientul.

3. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU PSIHOZE TOXICE

Abuzul de alcool este o problemă răspândită în întreaga lume. Utilizat ca depresor al sistemului nervos, este folosit pentru favorizarea relaxării, fiind chiar benefic pentru organism (un pahar de vin roșu), dar nu zilnic, pentru a nu crea dependență.

Utilizarea zilnică a alcoolului duce la modificarea dispoziției afective și a gândirii, a reflexelor, devenind cauza principală în creșterea numărului de accidente rutiere, a ratei sinuciderilor și a criminalității.

Alcoolul afectează relațiile interpersonale, viața socială și de familie, precum și sănătatea, deoarece o cantitate mare de alcool în sânge produce o deteriorare a funcției motorii, a intelectului, a stării psihice, mergând de la o stare euforică la depresie sau chiar agresivitate.

Dependența de alcool produce: o stare marcată de disconfort, schimbări psihologice și comportamentale manifestate prin neadaptare; tendința exacerbată de a consuma cantități de alcool mai mari decât dorește individul și frecvente tentative nereușite de a reduce sau regla consumul de alcool.

Abuzul de alcool duce, de asemenea, la consecințe dăunătoare: de la boli grave până la intoxicație alcoolică, caracterizată prin tulburări comportamentale sau psihotice ce includ modificări ale percepției, atenției, judecării, gândirii, afectivității, ciclului somn - veghe, precum și a comportamentului interpersonal.

Alcoolismul se manifestă prin agresivitate, labilitate afectivă, tulburări cognitive, deteriorarea relațiilor familiale, sociale și de muncă.

Abstința alcoolică (micșorarea sau stoparea consumului regulat de alcool) se manifestă prin tulburări comportamentale, cognitive și fiziologice, ceea ce afectează viața socială.

Manifestările dependenței de alcool

Manifestările de ordin fizic sunt subclasificabile în: dificultăți în vorbire; lipsa coordonării; pierderea cunoștinței; hiperemia feței; scăderea duratei de somn; scăderea funcțiilor psihomotorii; deces prin depresia centrilor respiratori.

Manifestările de ordin psihologic sunt de mai multe tipuri: iritabilitate; instabilitate afectivă; scăderea atenției; scăderea inhibiției; tulburări de memorie; vorbire cu glas tare.

În abțință, pacientul prezintă grețuri și vărsături; anxietate; stare depresivă sau irascibilitate; indispoziție; slăbiciune; tahicardie; hipertensiune arterială; hipotensiune în ortostatism; tremorul mâinilor sau pleoapelor; convulsii până la exitus.

Aceste manifestări majore apar după două - trei zile de la întreruperea consumului de alcool și pot dura trei - cinci zile. Alcoolul absorbit la nivelul mucoasei bucale, gastrice și a intestinului subțire este metabolizat în proporție de 95 % în ficat, ceea ce duce, în timp, la afectarea gravă a acestuia și astfel, se instalează ciroza hepatică alcoolică.

Problemele pacientului, în acest context, sunt: alterarea nutriției prin deficit; diminuarea interesului față de activitățile cotidiene; alterarea respirației și circulației; alterarea integrității fizice; alterarea comunicării; alterarea somnului; deficitul de autoîngrijire; convulsiile și anxietatea cauzate de abțință.

Obiectivele de îngrijire avute în vedere sunt următoarele: menținerea funcțiilor vitale la parametri de funcționare; menținerea echilibrului hidro-electrolitic și acido-bazic; scăderea iritabilității și prevenirea convulsiilor; corectarea deficitului nutrițional; menținerea orientării temporo-spațiale a pacientului; administrarea medicației prescrise de medic; asigurarea confortului fizic și psihic al pacientului; prevenirea accidentelor; reintegrarea socială a pacientului.

Intervențiile asistentului medical urmăresc următoarele: măsurarea funcțiilor vitale și vegetative și notarea acestora în foaia de temperatură;

rehidratarea orală sau parenterală, conform indicațiilor medicului; administrarea medicației anti-convulsivante prescrise de medic; administrarea unui regim alimentar bogat în proteine, glucide (în funcție de toleranță) și vitamine; asigurarea unui climat liniștit, fără zgomote sau alți stimuli neplăcuți, într-o cameră luminoasă; supravegherea permanentă a pacientului pentru a împiedica auto-agresiunea sau lezarea altor persoane prin lovituri/tăieri; stabilirea, de comun acord cu pacientul, a unui plan pentru rezolvarea problemelor sale, ajutându-l și în soluționarea acestora; îndrumarea pacientului în participarea lui la psihoterapie (individuală sau de grup), prin crearea unei atmosfere de încredere și respect, încurajându-l astfel să-și exprime sentimentele; ajutarea pacientului în identificarea punctelor lui tari și deprinderea acestuia cu noi modalități de gândire și de acțiune; îndrumarea pacientului în dezvoltarea capacităților psihice ce-i vor permite afirmarea și adaptarea în societate; propunerea unei terapii individuale, de familie sau de grup, ca formă de suport în promovarea și menținerea abinenței.

Abuzul de alte substanțe toxice se referă la consumul excesiv de deprimante ale SNC (barbiturice), benzodiazepine, meprobamat, cloral hidrat etc.; opiacee (heroină, morfină, opium, hidromorfon, codaină, metadonă); halucinogene (acidul lisergic - LSD, mescalină); stimulente ale SNC (amfetamine, cofeină, cocaină, nicotină).

Fiecare substanță, din cele menționate mai sus, are o dinamică specifică, iar majoritatea semnelor și simptomelor prezente în abuzul și dependența de alcool se regăsesc în consumul acestora.

Prin intermediul psihoterapiei individuale, pacientul este ajutat să-și clarifice percepțiile, să-și identifice sentimentele, să facă o conexiune între gânduri - sentimente - evenimente, obținându-se, în final, dirijarea persoanei cu tulburări psihice spre adaptare și integrare socială.

Prin terapia de grup, pacienții sunt ajutați în procesul de schimbare de către membrii grupului sau de conducătorul grupului. Grupul se poate întruni în spital sau în afara spitalului, în locuri în care pot fi asigurate condiții de liniște și securitate.

Terapeutul trebuie să țină cont de categoriile de pacienți ce vor fi incluse în grup, în funcție de caracteristicile lor psihopatologice și de personalitatea acestora, astfel încât grupurile de terapie să fie alcătuite din membrii independenți, cu vârsta cuprinsă între 20 și 70 de ani, ce au relații strânse între ei și un scop comun.

Grupurile se vor concentra pe următoarele aspecte: dezvoltarea intuiției și a propriei personalități; rezolvarea problemelor curente; reabilitarea individului; reconstruirea personalității; reeducarea unor membri ai grupului; sprijinirea anumitor membri; reorientarea obiectivelor propuse inițial.

Conducătorul grupului nu este un membru declarat al grupului, acesta instalându-se după ce grupul s-a format și are ca obiectiv principal „ceea ce este cel mai bine pentru pacient”.

Forma de conducere a grupului poate fi: autoritară (eficiență în grupurile mari, atunci când sunt necesare decizii rapide); democratică (favorizând comunicarea deschisă într-o atmosferă confortabilă); ne-amestec (furnizând o îndrumare minimă pentru a preveni apatia membrilor grupului).

Terapia de familie este necesară pentru menținerea echilibrului și armoniei în casă, atunci când schimbările unuia dintre membrii acesteia afectează familia, iar aceasta va trebui să folosească resurse interne și externe de adaptare.

Acest tip de terapie urmărește: relațiile dintre membrii familiei (alterate, de regulă, din cauza bolii unui membru); rolul pe care și-l asumă membrii familiei; posibilitățile de comunicare; nivelul de trai și normele socio-culturale.

Fiecare membru al familiei va lua parte la rezolvarea problemelor și va participa la luarea deciziilor.

Terapia cognitivă, folosită în tratarea tulburărilor anxioase, de alimentație sau în abuzul de substanțe toxice, constă într-o succesiune de acte întreprinse de terapeut în colaborare cu pacientul, având drept scop final corectarea disfuncției de gândire.

Tehnicile de tratament se bazează pe: identificarea ipotezelor de neadaptare ce orientează viața pacientului spre un mod aberant; analiza realității și a ipotezelor de neadaptare; identificarea gândurilor automate care „bruiază” gândirea normală; schimbarea atribuiri responsabilității (terapeutul îl ajută pe pacient să vadă realitatea); folosirea unui „joc de rol” ce constă în abateră ideilor subiectului de la evenimentele negative, observându-se așteptările subiectului de pe poziția unei alte persoane care „îi ia locul”; căutarea soluțiilor alternative, prin care pacientul să găsească singur explicații raționale ale evenimentelor negative; repetiția cognitivă în scopul dezvoltării capacităților pacientului de a elabora

răspunsuri raționale, adaptate situației; instruirea pacientului în scopul stimulării dezvoltării încrederii în sine; determinarea pacientului să-și analizeze comportamentul față de evenimentele din viața sa, astfel încât acesta să poată renunța la gândirea eronată.

4. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU NEVROZE

Nevrozele reprezintă un grup de afecțiuni ce se manifestă prin tulburări ale dinamicii psihice, provocate de dificultățile de adaptare ale individului la realitate. Caracterul și personalitatea individului nu sunt alterate, însă comportamentul său este anormal și luptă pentru a reveni la normal. Un rol important în declanșarea bolii îl are factorul constituțional, iar în funcție de simptomele dominante, nevrozele pot fi de mai multe tipuri: nevroza astenică sau neurastenică; nevroza anxioasă; nevroza obsesiv-fobică; nevroza isterică.

1. Îngrijirea pacienților cu neurastenie (caracterizată prin astenie fizică și psihică)

Culegerea de date vizează circumstanțele de apariție a bolii: traume intense și de scurtă durată; traumatisme mai puțin intense, dar pe o durată mai lungă de timp (conflicte cu vecinii sau cu membrii familiei); viață monotonă prin lipsa de activitate; program de viață dezechilibrat, fără respectarea orelor de odihnă și somn; diverse boli somatice astenizante de tipul hepatitei, anemiei, spasmofiliei; factori predispozanți (vârsta: între 25 și 30 ani, sexul: în special femeile).

Manifestările de dependență sunt identificate după cum urmează: stare de oboseală psihică ce se agravează din zi în zi; randament intelectual scăzut; stare de tensiune psihică permanentă și progresivă ce se manifestă prin neliniște continuă, frământare, nervozitate, accese de mânie; sensibilitate crescută la zgomote sau lumină; lăbilitate emoțională; cefalee frontală și occipitală ce crește la efort intelectual; tulburări ale somnului; tremurături ale mâinilor și pleoapelor; amețeli; tulburări de vedere și de auz; parestezii; dureri precordiale cu senzație de sufocare; tahicardie cu extrasistole; tensiune arterială oscilantă; tulburări endocrine.

Problemele pacientului, în acest context, sunt următoarele: oboseală; neliniște; agitație psihomotorie; alterarea somnului; alterarea con-

fortului; dezinteres în autoîngrijire; anxietate cauzată de tulburările respiratorii și cardio-vasculare; stare generată alterată.

Obiectivele de îngrijire urmărite sunt: înlăturarea factorilor favorizanți; crearea unui climat liniștit și sigur; ameliorarea tulburărilor somatice și neuro-vegetative; liniștirea pacientului.

Intervențiile asistentului medical sunt gestionate după cum urmează: combaterea surmenajului și a zgomotului prin scoaterea pacientului din mediul respectiv, pe o perioadă îndelungată sau permanent; aplanarea conflictelor din familie, de la serviciu sau din comunitate; administrarea tratamentului prescris de medic; psihoterapie individuală; asigurarea igienei și alimentației corespunzătoare.

2. Îngrijirea pacienților cu nevroză anxioasă (definită ca o stare de neliniște permanentă, de teamă nejustificată, ce apare pe fond de instabilitate emoțională constituțională)

Culegerea de date vizează circumstanțele de apariție a bolii: factorii ereditari; factorii educaționali; traumele psihice suferite de-a lungul vieții.

Manifestările de dependență urmărite sunt următoarele: neîncredere; neliniște nejustificată; tulburări de somn; tulburări digestive; tulburări respiratorii și cardio-vasculare; tulburări de dinamică sexuală; tulburări neurologice; tulburări neurovegetative.

Problemele pacientului sunt, în acest context: oboseală; neliniște; greață, diaree, colici abdominale; tahicardie, palpitații, hipotensiune arterială; scăderea libidoului până la dispariția acestuia; imitarea unor crize de astm bronșic sau de angină pectorală.

Obiectivele de îngrijire fixate sunt, în acest sens: combaterea stării de oboseală și neliniște; combaterea tulburărilor digestive; combaterea tulburărilor respiratorii și cardio-vasculare; combaterea tulburărilor de dinamică sexuală; îmbunătățirea stării generale.

Intervențiile asistentului medical au ca obiective: liniștirea pacientului; asigurarea unui climat de siguranță; administrarea tratamentului prescris de medic; psihoterapia.

3. Îngrijirea pacienților cu nevroză obsesivo-fobică (tabloul clinic este dominat de fobii, neliniște și acțiuni cu caracter obsedant)

Culegerea de date vizează circumstanțele de apariție a bolii, după cum urmează: teren predispus la apariția tulburărilor de natură obse-

sivo-fobică; factorii psihotraumatizanti; vârsta (pubertate, tinerețe); greșeli de educație în familie (severitate excesivă, răsfăț, independență necontrolată).

Manifestările de dependență au în vedere: obsesiile; tendințele obsesive; acțiunile obsesive; fobiile.

Problemele pacientului se referă la lipsa concentrării atunci când se întreprinde o anumită activitate; o stare de tensiune obsesională; frica cu caracter obsedant de tip (agorafobie, claustrofobie, zoofobie etc.).

Obiectivele de îngrijire avute în vedere sunt următoarele: formarea unei personalități sănătoase; încurajarea pacientului în comunicarea cu semenii; încurajarea pacientului în autoîngrijire; crearea unui climat liniștit și de siguranță.

Intervențiile asistentului medical sunt focalizate pe: liniștirea pacientului; comunicarea permanentă cu pacientul; încurajarea comunicării cu familia; asigurarea unui climat de siguranță; administrarea tratamentului prescris de medic; educația sanitară a pacienților cu teamă de microbi; psihoterapia.

4. Îngrijirea pacientelor cu nevroză isterică (cunoscută, încă din Antichitate, ca afecțiune psihică cu simptomatologie complexă, dominată de criza isterică ce apare preponderent la femei)

Culegerea de date vizează circumstanțele de apariție a bolii: traume psihice severe și brutale (decesul unei persoane iubite, nerealizare, gelozie etc.); vârsta (femei tinere); teren constituțional fragil; mediu familial precar; loc de muncă nepotrivit.

Manifestările de dependență sunt identificate după cum urmează: criză isterică paroxistică ce poate imita multiple boli somatice sau neurologice; criză convulsivă tonico-clonică, asemănătoare crizei epileptice majore; agitație zgomotoasă cu plâns sau râs în hohote; tulburări neurologice; tulburări de echilibru; tulburări somato-viscerale; tremurături; contracturi; cecitate; surditate.

Problemele pacientei sunt depistate și înregistrate după cum urmează: amețelă; nod în gât; respirație zgomotoasă; senzație de sufocare; stare de rău general; țipete necontrolate; dispnee, tuse; agitație; dislagie; grețuri și vărsături; tulburări de tranzit; tulburări de emisie urinară; vaginism; transpirație abundentă; cianoza extremităților.

Obiectivele de îngrijire, în acest context, sunt: combaterea stării de amețeală, agitație, sufocare, nod în gât; combaterea grețurilor și vărsăturilor; combaterea tulburărilor de eliminare (urină și scaun); combaterea tulburărilor sexuale; combaterea tulburărilor neuro-vegetative; îmbunătățirea stării generale; psihoterapie individuală susținută prin hipnoză.

Intervențiile pe care asistentul medical trebuie să le asigure sunt: liniștirea pacientului; asigurarea unui climat de liniște și de siguranță; administrarea tratamentului prescris de medic; monitorizarea funcțiilor vitale; supravegherea pacientei în timpul crizei; supravegherea igienei corporale a pacientei; supravegherea ingestiei de alimente și lichide; injectarea de apă distilată, intradermic, imediat după criză; adoptarea unei atitudini de calm și înțelegere, în timpul crizei; psihoterapia.

5. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU SCHIZOFRENIE

Psihozele endogene grupează afecțiuni caracterizate prin tulburări psihice profunde și prin lipsa conștientizării bolii.

Termenul de *schizofrenie* derivă din *schizein* – „a despărți” și *phren* – „minte, spirit”.

Schizofrenia este o boală caracterizată prin disocierea funcțiilor psihice, tulburări de gândire, idei delirante, halucinații, inversiuni afective, în care memoria păstrează datele achiziționate.

Culegerea de date aduce informații importante despre starea pacientului, după cum urmează: psihoza, cea mai frecvent întâlnită; apare brusc sau lent, cu debut depresiv, expansiv sau chiar aspect demential; scade interesul pacientului față de mediul înconjurător; scad sentimentele pacientului față de cei din jur.

Manifestările de dependență

1. *Schizofrenia simplă*, în care prognosticul este grav, boala evoluând lent, fără remisiuni, iar prin cronicizare, merge către o stare pseudo-dementială. pe acest fundal, putând fi identificate: asociații de idei neadecvate; rare tulburări de tip iluzii/halucinații; activitate redusă; izolarea; restrângerea sferei de interes; indiferența față de cei din jur; dezinteresul față de viața afectivă; senzația de înstrăinare față de cei din jur și față de propria persoană; senzația de dedublare și schimbare.

2. *Schizofrenia hebefrenică* apare la pubertate sau în adolescență. Este forma cea mai gravă de schizofrenie, debutând la vârsta la care are loc schimbarea personalității și ducând la destrămarea gândirii și a vieții psihice, prin: comportament oscilant, pueril, cu tendința către acte antisociale, bizare; tulburări afective ce merg de la o bună dispoziție nemotivată la o stare de indispoziție nejustificată; sentimente oscilante, inversate; ideatie modificată; incoerență; idei delirante, labile, trecătoare.

3. *Schizofrenia catatonică*, formă benignă, cu debut în jurul vârstei de 18 - 20 de ani, ce se remite prin terapie electro-convulsivantă și neuroleptică, se manifestă prin: tulburări în sfera activității și voinței; sindrom catatonic; stereotipii verbale și de scris; susceptibilitate; negativism verbal, motor, alimentar; sugestibilitate exagerată, repetând, ca „în oglindă”, vorbele interlocutorului.

4. *Schizofrenia paranoidă*, cu debut în jurul vârstei de 30 - 35 de ani, manifestată prin: halucinații vizuale, auditive și idei delirante pe care le disimulează; susceptibilitate marcată; negativism alimentar; denaturarea gustului și mirosului; denaturarea gândurilor și acțiunilor; denaturarea stării generale; alterarea personalității; acțiuni antisociale, încercând să-și facă singur dreptate.

5. *Parafrenia* este o formă particulară de schizofrenie, cu debut în jurul vârstei de 40 - 45 de ani și se manifestă prin delir cronic sistematizat halucinatoriu, ce evoluează în patru faze: faza de incubatie; faza de elaborare a delirului; faza de sistematizare a delirului; stadiul final, ce poate duce la demență.

Problemele pacientului, în acest context, sunt următoarele: agitație; tulburări de personalitate; tulburări de comportament; refuz de a se alimenta; irascibilitate; delir și halucinații; schimbarea bruscă a stării de dispoziție; tendința la acte antisociale.

Obiectivele de îngrijire care trebuie urmărite de personalul specializat sunt: prevenirea incidentelor și accidentelor; supravegherea pacientului; imobilizarea pacientului în criză; administrarea tratamentului prescris de medic; supravegherea funcțiilor vitale; asigurarea condițiilor de mediu; asigurarea alimentării și hidratării; asigurarea igienei corporale.

Intervențiile asistentului medical trebuie să urmărească: asigurarea imobilizării forțate la pat și îndepărtarea obiectelor contondente; administrarea medicației doar la indicația medicului; în timpul crizei, imobi-

zarea să se facă cu cămașă de forță sau chingi; măsurarea și notarea în fișa de tratament a funcțiilor vitale ce pot suferi modificări după administrarea tratamentului; plasarea pacientului să se facă în salon aerisit, liniștit, cu pături prevăzute cu apărători laterale și cu prize izolate; alimentarea prin perfuzie, la indicația medicului, în caz de refuz alimentar; electroterapia convulsivantă; insulinoterapia; psihoterapia individuală sau de grup; somnoterapia; prevenirea complicațiilor de decubit; schimbarea lenjeriei de pat și de corp; asigurarea igienei corporale, pe regiuni, la pat sau la baie.

6. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU DEMENȚE

Demența este un proces de pierdere treptată și irevocabilă a capacității intelectuale a individului, manifestată clinic prin scăderea, până la dispariție, a funcțiilor psihice, începând cu cele mai diferențiate și terminând cu cele mai simple. În funcție de vârsta la care apar și de caracterele anatomo-clinice, demențele se împart în *demențe presenile* și *demențe senile*.

Demențele presenile sau demențele atroifice au la bază un proces de degenerescență cu atrofia scoarței cerebrale la nivel fronto-temporo-parietal. Boala apare între 45 și 65 de ani și afectează predominant femeile, cauzele fiind ereditare sau boli vasculare, metabolice, toxice. În acest sens, se deosebesc două forme de demență presenilă: boala PICK și ALZHEIMER.

Manifestările de dependență

În *boala Pick*, se identifică: debut progresiv; tulburări de atenție; uitarea cu ușurință; bagajul de idei devine din ce în ce mai sărac; limbajul sărac, cu tendințe către stereotipie; lipsa de inițiativă și interes; apatie până la inerție totală; tulburări psihomotorii; pierderea tonusului muscular; pierderea stării de conștientă, fără crize epileptice.

În *boala Alzheimer*, se observă: debutul insidios cu evoluție rapidă care duce, în câteva luni, la o degradare psihică marcată; tulburări de memorie; dezorientare în timp și spațiu; stări de agitație psihomotorie, crize de mânie, strigăte; dificultatea de a denumi un obiect; amestecarea denumirilor; repetarea stereotipă a aceluiași fraze, cuvânt sau silabă; nu mai știe să se îmbrace, să se dezbrace, să mănânce, să ajungă în cameră sau acasă; incontinența sfincteriană; cașexie și exitus între cinci și șase ani.

Demențele senile au la bază un proces de scădere globală, progresivă și ireversibilă a funcțiilor psihice, însoțită de degradare fizică.

Culegerea de date. Circumstanțele apariției bolii pot fi declanșate de factorul ereditar; factorii toxici și infecțioși ce produc modificări la nivel cerebral; traume psihice.

Manifestările de dependență identificate sunt următoarele: tulburări progresive de memorie, ce apar cu mult înainte ca boala să fie diagnosticată; uitarea unor fapte și evenimente mai noi; tulburări de comportament (egoism, susceptibilitate, indiferență la necazurile celor din jur, neglijență); tulburările de memorie se agravează, întinzându-se și peste amintirile din trecut; tulburări de atenție; plecare de acasă, vagabondaj; uneori, bolnavul poate comite fapte cu caracter penal; dezorientare în timp și spațiu; nu-i mai recunoaște pe cei apropiați; nu se mai recunoaște nici pe sine în fotografii sau în oglindă; vorbirea devine incoerentă; satisfacerea exagerată a alimentației (bolimie) prin uitare.

Intervențiile, diverse și necesare, sunt enumerate mai jos: măsuri de ordin social-educativ, prin perioade de activitate fizică și intelectuale prelungite; să fie conștient că încă este un element util societății; să fie ferit de traume inutile; să fie încurajat de familie; să fie supravegheat permanent de toți membrii familiei; familia să comunice permanent cu pacientul; la indicația medicului, familia fie îl îngrijește, fie, de comun acord, îl internază într-un centru specializat unde va fi monitorizat permanent și împiedicat să comită acte de agresiune ce pot merge până la sinucidere; evitarea imobilizării la pat fără motiv; supravegherea alimentării și hidratării; ajutarea în satisfacerea tuturor nevoilor fundamentale.

Demența senilă (senilitatea) reprezintă o afecțiune psihică cronică, cu evoluție progresivă, caracterizată printr-o regresie globală a activității intelectuale și a personalității bolnavului, ca urmare a procesului de atrofiere corticală.

Culegerea de date este edificatoare pe următoarele segmente: un rol important îl dețin traumele suferite în copilărie; diminuarea capacității de adaptare la vârsta adultă ce constituie o stare predispozantă la îmbolnăvire în perioada de maturitate a vieții; stresul împreună cu alte boli (cerebrale sau extracerebrale), precum și anumite caracteristici genetice constituie factori declanșatori ai demenței senile; debut între 65 și

70 de ani, mai rar sub această vârstă (considerată uzuală pentru demențele presenile); evoluează spre o regresie globală a activității intelectuale și a personalității bolnavului; este mai frecventă la femei decât la bărbați (1,5 - 2 la 1), de multe ori, debutul fiind greu de stabilit, deoarece boala se instalează insidios și treptat.

Manifestările de dependență care susțin acest diagnostic sunt următoarele: o diminuare progresivă a funcțiilor cerebrale, în special a memoriei și orientării; confabulații. la început, se observă unele mici erori (greșeli ocazionale) referitoare la unele detalii ale evenimentelor sau acțiunilor, pentru ca, mai apoi, cu timpul, însuși evenimentul în sine să fie uitat; gândirea devine lentă, pacientul începe să se încadreze în anumite șabloane de mult înșușite, se îngustează cercul preocupărilor, se constată o schimbare a comportamentului afectivo-emoțional; ținuta neingrijită, neglijența, în general, activitatea stereotipă, întâlnindu-se frecvent colecționarismul de obiecte inutile; episoade psihotice de furie, irascibilitate; amnezia progresivă, inițial manifestată doar în ceea ce privește evenimentele recente, cele din trecutul îndepărtat menținându-se încă bine conservate; tot ceea ce ajunge să-și mai amintească bolnavul sunt evenimente din copilărie, adolescență, tinerețe, acesta ajunge adesea să se considere copil sau tânăr și să se comporte în consecință; dezorientarea este, mai întâi, temporală și, ulterior, spațială, bolnavii uitându-și numele, adresa, rătăcindu-se pe stradă, în curte, în casă sau în spital; tulburări de gândire și limbaj, acestea devenind dezordonate, cu pierderea șirului ideilor, cu repetiții de cuvinte și expresii, uneori, fără legătură între ele; accese depresive, maniacale sau paranoide și halucinații; stare de apatie; deteriorare intensă psihică și somatică, ajungându-se la o existență mai mult vegetativă care duce, într-un timp mai lung sau mai scurt (în medie trei - cinci ani) la moarte, în urma unor complicații de tip pulmonar, renal, cardiovascular etc.

7. ÎNGRIJIREA PACIENTILOR CU OLIGOFRENII

Termenul de *oligofrenie* derivă de la *oligo* - „puțin” și *fren* - „minte”, reprezentând un grup de afecțiuni ce se caracterizează prin nedeveloparea psihică globală, determinată de leziuni cerebrale provocate de anu-

niți factori ce au acționat asupra individului, în viața intrauterină sau în primii ani de viață.

Oligofreniile trebuie diferențiate de demente care rezultă în urma regresiei globale psihice, după ce psihicul a ajuns la o dezvoltare normală.

Culegera de date

Circumstanțele apariției bolii pot fi determinate de: factori genetici (anomalii cromozomiale, tulburări metabolice care afectează SNC, boli cerebrale, malformații craniene: hidrocefalie, macrocefalie, microcefalie); factori prenatali (infecții: rubeolă, sifilis, toxoplasmoză; intoxicații: alcool, plumb, medicamente, droguri; afectare somatică: traumatism, iradiere, hipoxie; disfuncție placentară: toxemie, întârziere în creștere prin subalimentare; boli endocrine: hipotiroidie); factori perinatali (asfixiere la naștere, complicațiile prematurității, icter, hemoragie intraventriculară); factori postnatali (traumatism accidental sau prin abuz asupra copilului, intoxicații, infecții: meningite, encefalite); malnutriție; intoxicații cu alcool, mercur, plumb; intoxicații cu medicamente: raze X sau izotopi radioactivi; traumatisme obstetricale; incompatibilitate de Rh între mamă și făt; carențe alimentare; condiții precare de creștere și educare.

Din punct de vedere clinic, întâlnim: funcționare intelectuală semnificativ sub medie (un IQ de aproximativ 70 sau mai puțin, înregistrat la un test individual); deteriorare sau deficite concomitente în funcționarea adaptativă prezentă în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viață de familie, aptitudini sociale/interpersonale, folosirea resurselor comunității, autoconducere, aptitudini școlare, muncă, timp liber, sănătate, siguranță; debut înainte de 18 ani.

Clasificarea retardului mental este realizată după cum urmează:

1. *Retard mental ușor (oligofrenie gradul I)*
- IQ de la 70 până la 50/55;
2. *Retard mental moderat (oligofrenie gradul II)*
- IQ de la 50/55 până la 35/40;
3. *Retard mental sever (oligofrenie gradul III)*
- IQ de la 35/40 până la 20/25;
4. *Retard mental profund (oligofrenie profundă)*
- IQ sub 20/25;

5. *Retard mental de severitate nespecificată*

- există presupunerea de retard, dar nivelul de inteligență al persoanei nu poate fi evaluat testologic

1. Retardul mental ușor (vârsta mentală nouă - doisprezece ani)

Persoanele cu retard mental ușor reprezintă cel mai mare grup dintre persoanele cu retard mental (85 %). Înfățișarea nu prezintă mari modificări, iar deficitul motorii sau senzoriale sunt greu sesizabile. Mulți pot termina școala generală, unii ajung chiar la liceu.

Ca adulți, majoritatea au loc de muncă, familie, dar întâmpină dificultăți în rezolvarea unor probleme de viață mai complexe. Capacitățile de limbaj și comportamentul social sunt mai puțin dezvoltate, însă marea majoritate a acestora reușesc să trăiască independent.

2. Retardul mental moderat (vârsta mentală șase - nouă ani)

Apare la 10 % dintre persoanele cu retard mental și se asociază frecvent cu probleme neurologice, motorii, de locomotie. Persoanele pot învăța să comunice și să se autoîngrijească, dar sub supraveghere. Ca adulți, pot desfășura o activitate rutinieră.

3. Retardul mental sever (vârsta mentală trei - șase ani)

Apare la 3 - 4 % din populația cu retard mental. Dezvoltarea este foarte lentă în perioada preșcolară. Chiar și la maturitate, majoritatea persoanelor au nevoie de o supraveghere atentă și îngrijire specializată. Deficitul de limbaj și cel motor sunt evidente și ireversibile.

4. Retardul mental profund (vârsta mentală sub trei ani)

Apare la mai puțin de 1 % dintre persoanele cu retard mental. Implică multiple deficite cognitive, motorii, de comunicare. Deteriorarea senzorio-motorie se observă ușor încă din copilărie. Persoanele au nevoie de o instruire intensivă pentru a fi în stare să desfășoare independent chiar și cele mai rutiniere activități de autoîngrijire.

Marea majoritate înregistrează cauze organice pentru întârzierea mentală și necesită îngrijire pe parcursul întregii vieți.

Aproximativ 1 - 3 % din populația generală suferă de retard mental de diverse forme, ce apare într-o relație de comorbiditate (asociere cu alte tulburări), cu următoarele forme de patologie: tulburare de hiperac-

tivitate și deficit de atenție (ADHD), tulburări ale controlului impulsurilor (agresivitate și automutilare), tulburări de conduită, tulburări anxioase, tulburări alimentare, psihoze, tulburări afective, tulburări mentale generate de condiții medicale generale. Evoluția este influențată de parcursul bolilor asociate și de factori externi (oportunități de instruire, stimulare din mediu etc.).

Pacientul prezintă o tulburare psihică determinată de o disfuncție cerebrală generală, prezentând ca simptome principale: slăbirea memoriei, scăderea atenției, scăderea capacității de judecată, generalizare, abstractizare, fatigabilitatea, bradipsihia, sărăcirea nuanțării afective, tendința către perseverare, stereotipii, modificări evidente în personalitatea subiectului, egoism.

Manifestările de dependență vizează următoarele aspecte: înăpoiere mintală, debilitate mintală, întârziere mintală, handicap mintal, caracterizându-se prin scăderea funcției intelectuale; coeficientul de inteligență este mult scăzut și în funcție de nivelul său, se clasifică și boala ca fiind ușoară, medie sau gravă; nu corespunde în totalitate noțiunii de boală, în sensul clasic de proces dinamic în evoluție cu debut, manifestare acută, vindecare sau cronicizare; insuficiența intelectuală însoțește persoana afectată de-a lungul întregii sale existențe; deficiența determină dificultăți importante de adaptare și frecvente tulburări psihice afective și comportamentale.

Din punct de vedere clinic, oligofreniile sunt clasificate în trei grupe:

- a) *forma gravă (idiotia) sau oligofrenia de gradul III;*
- b) *forma medie (imbacilitatea) sau oligofrenia de gradul II;*
- c) *forma ușoară (debilitatea mintală) sau oligofrenia de gradul I.*

Intervențiile vizează următoarele aspecte: educația sanitară a tinerilor căsătoriți și a femeilor gravide; cunoașterea măsurilor de întărire a sănătății; evitarea bolilor contagioase; evitarea folosirii medicamentelor care au acțiune toxică asupra fătului; cunoașterea unor date despre evoluția normală și patologică a sarcinii, precum și supravegherea medicală a sarcinii și a nașterii; asigurarea unei alimentații corespunzătoare și a unor condiții fizice sau psihice adecvate; de evitat atât excesul, cât și deficiența, insuficiența alimentației; se vor evita mediile toxice (gravidă trebuie scoasă din mediul toxic); sunt interzise băuturile alcoolice pe timpul

sarcinii și alăptării; se vor evita conflictele, stresul, traumatizarea psihicului; evitarea factorilor care produc malformații (evitarea factorilor cu potențial teratogen); sunt interzise iradierile în primele trei luni de sarcină, precum și medicamentele toxice în timpul sarcinii (aceste medicamente vor fi utilizate numai dacă este în pericol viața gravidei și, în această situație, se recomandă întreruperea terapeutică a sarcinii); schimbarea locului de muncă a gravidelor care lucrează în mediul toxic; consultația prenupțială (premaritală) este obligatorie la toți tinerii înaintea căsătoriei (pentru depistarea riscurilor genetice); sfatul genetic se acordă numai în centre specializate (pentru a evita unele greșeli); depistarea unor boli ereditare încă din primele luni ale sarcinii; se practică puncția amniotică (amniocenteza), ultrasonografia, examenul radiologic, fetoscopia, amniografia; gravidele trebuie supravegheate permanent pentru prevenirea îmbolnăvirii prin rușeolă (prin vaccinare, evitarea contactului cu bolnavii de rușeolă); toxoplasmoza (prin evitarea contactului cu animale domestice); evitarea consumului de carne crudă, ouă crude și lapte nefiert; boli infecțioase și parazitare; boli hemolitice ale nou-născutului (prin supravegherea gravidelor Rh negative și administrarea imunoglobulinei G anti D la gravide Rh negative care au avut avorturi sau un copil Rh pozitiv); se urmărește evitarea denutriției și a bolilor debilitante; supravegherea nașterii pentru a preveni suferințele fetale și traumatismele obstetricale; trebuie depistate precoce, la naștere – prin examene în masă, screening –, diferitele tulburări metabolice vindecabile și care nu necesită cheltuieli deosebite (cretinismul, gușa, fenilcetonuria).

STUDIU DE CAZ (MODEL)

Culegerea de date

Domnișoara S., în vârstă de 30 de ani, a fost internată pentru prima dată într-un spital de psihiatrie din cauza unor tulburări de comportament manifestate prin: autoizolare voluntară; comportament maniaco-erotic; deteriorarea alimentară și vestimentară.

Pacienta este foarte slabă (38 kg), este bulimică, provocându-și singură vărsături, imobilizată la pat, fără să doarmă, adoptând o atitudine de indiferență față de personalul medical și față de ceilalți pacienți. Nu participă la nicio activitate, iar noaptea doarme cu întreruperi. Aspectul său general este neglijent, nepăsându-i de felul în care arată (păr gras și nespălat, plină de transpirație) și de faptul că emană un miros neplăcut. Respirația este accelerată, însoțită de o colorație violacee a tegumentelor și tahicardie. Răspunde la întrebări monosilabic, este confuză, dezorientată și repetă tot timpul aceleași fraze monotone. Prezintă halucinații auditive cu elemente mistice și halucinații vizuale. Nu este conștientă de starea sa de boală și nu acceptă tratamentul sau spitalizarea. Pacienta dorește să-și recupereze îmbrăcămintea și să plece la ea acasă.

Diagnostic medical: schizofrenie

Diagnostic nursing: lipsa autonomiei în autoîngrijire

Problemele de dependență identificate sunt următoarele: deficit nutrițional; anxietate; perturbarea somnului; disfuncții în interacțiunea cu cei din jur; alterarea comunicării verbale; risc de autoagresie; alterarea proceselor de gândire.

Obiectivele de îngrijire vizate sunt următoarele: îmbunătățirea capacității pacientei de a defini realitatea; dispariția ideilor delirante; îmbunătățirea vieții psihice și fizice; încurajarea pacientei în exprimarea sentimentelor.

Intervențiile asistentului medical sunt axate pe următoarele aspecte: ajutarea pacientei să se concentreze pe situații reale, precum îngrijirile igienice și comunicarea cu cei din jur; stabilirea unor limite pentru repetarea ideilor delirante; reînvițarea pacientei să se concentreze asupra

lucrurilor și oamenilor reali; respectarea spațiului în care locuiește prin amenajarea salonului; identificarea situațiilor anxiogene; relinșarea obiceiului de a se spăla; reluarea progresivă a relațiilor cu cei din jur și participarea la activități; restabilirea comunicării cotidiene timp de 10 - 15 min/zi; verbalizarea a tot ceea ce exprimă non-verbal; adoptarea unei atitudini de empatie; favorizarea contactului vizual; administrarea medicației prescrise de medic și observarea comportamentului.

8. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENȚII CU UN COMPORTAMENT DEPRESIV

1. Nevoia de a bea și a mânca

Problema de îngrijire: alimentare și hidratare insuficientă

Obiectivul îngrijirii: pacientul să consume suficiente lichide și hrană, greutatea corpului devenind stabilă.

Intervenții: să se ofere pacientului cantități mici de lichide și hrană, de mai multe ori pe zi; să se servească, pe cât posibil, mesele împreună cu pacientul; să se mențină, pe cât posibil, echilibrul între mâncare și băutură; să se inventarieze dorințele pacientului; să se controleze săptămânal greutatea corporală; să se apeleze, la nevoie, la o dieteticiană; totul să se organizeze structurat, într-un program zilnic.

2. Nevoia de a elimina

Problema de îngrijire: pacientul este constipat.

Obiectivul îngrijirii: reglarea tranzitului intestinal

Intervenții: să i se adreseze pacientului diverse întrebări despre urină, scaun; să se mențină o listă a satisfacerii nevoilor fiziologice (defecare); să i se ofere pacientului destulă mișcare, să nu fie lăsat să stea toată ziua în pat, să se facă o plimbare zilnică (introdusă în planul zilnic, structurat); să se ofere un laxativ de comun acord cu o dieteticiană; să se ofere un laxativ de comun acord cu un medic.

3. Nevoia de a fi curat, îngrijit și de a-și proteja tegumentele

Problema de îngrijire: pacientul nu este capabil să-și păstreze igiena.

Obiectivul îngrijirii: bolnavul să devină capabil să se îngrijească (să se spele și să se îmbrace cu haine curate).

Intervenții: pacientul să fie stimulat zilnic să se spele/îmbrace; să se reserve timp suficient pentru aceasta, pentru că funcționarea globală este încetă și oferă posibilitatea de a se lega un contact mai strâns cu pacientul, să se programeze timp suplimentar în programul zilnic structurat; să i se dea posibilitatea pacientului să-și dea seama că poate să facă ceva; să se preîntâmpine tensiunile oferind o structură clară (permițând ca acesta să-și termine sistematic activitatea, asistentul rezervându-și timp suficient și ținând cont de posibilitățile pacientului în acel moment); în caz extrem, trebuie preluate activitățile de îngrijire.

4. Nevoia de a dormi și a se odihni

Probleme de îngrijire: pacientul are probleme cu somnul (adoarme greu, doarme agitat, se scoală devreme), pentru că stă mult în pat în timpul zilei sau este „prizonierul” propriilor stări depresive.

Obiectivul îngrijirii: normalizarea ritmului somn/veghe

Intervenții: pacientul să nu fie lăsat să stea mult în pat în timpul zilei; să i se ofere activități, să fie stimulat să se ridice din pat (să fie inclus într-un program structurat de zi); să se apeleze, eventual, și la alte terapii prin activitate (terapie creativă, terapie prin mișcare, terapie prin muzică etc.); în cazul în care pacientul primește deseori somnifere, trebuie avut grijă ca acesta să le ia, observându-se, în același timp, efectul.

5. Nevoia de a comunica

Problema de îngrijire: pacientul este agitat, pentru că este „hărțuit” de gânduri și sentimente depresive.

Obiectivele îngrijirii: bolnavul devine capabil să se concentreze asupra activităților sale și să-și manifeste (exprime) sentimentele și ideile (chiar și pe cele cu caracter depresiv).

Intervenții: să se însoțească pacientul în activitățile sale zilnice, structurate (acestea să fie incluse într-un program organizat); să se stabilească un contact cu pacientul prin întreprinderea unor activități împreună cu acesta, să se încerce a se lega neforțat o discuție, doar dacă bolnavul simte nevoia; să se aprecieze care este efectul discuției despre idei/sentimente. Dacă pacientul se cufundă și mai mult prin aceasta în depresia lui, discuția nu trebuie continuată, iar asistentul trebuie să-l stimuleze prin diverse activități concrete.

6. Nevoia de a evita pericolele

Problema de îngrijire: bolnavul are idei de sinucidere spunând (sau nu) că vrea să-și ia viața.

Obiectivele îngrijirii: bolnavul trebuie să devină capabil să-și exprime ideile/sentimentele sucidare; în același timp, este necesar să fie create condiții care să împiedice încercarea de sinucidere.

Intervenții: să se facă discutabile ideile și sentimentele sucidare ale pacientului; în cazul pericolului acut de sinucidere, să se ia măsurile adecvate, de îngrijire în secția închisă, iar asistentul să se informeze regulat cu privire la starea acestuia; să se controleze dacă se iau medicamentele; să se consulte doctorul dacă se dau sedative, să se observe efectul acestora; să se discute problema sinuciderii cu pacientul, să nu existe nimic secret despre asta; dacă pacientul nu se exprimă în legătură cu sinuciderea, să se urmărească activitatea sa nonverbală, de exemplu, tendința de a se izola etc.; să se țină contact regulat cu pacientul, să nu fie evitat; dacă bolnavul ia antidepressive, să fie ținut sub observație, pentru că atunci când activitatea sa se intensifică (primul simptom care cedează în depresie), dar dispoziția este încă melancolică, pericolul de sinucidere este mare (vezi subcapitolul despre sinucidere).

7. Nevoia de a fi util

Problema de îngrijire: bolnavul nu este în stare să lege sau să întrețină relații, pentru că nu se mai simte valoros și nu vrea să fie o povară pentru altul.

Obiectivele îngrijirii: pacientul trebuie să devină capabil să întrețină relații și contacte cu alții și să-și considere contribuția ca fiind valoroasă.

Intervenții: este necesar să se preîntâmpine ca pacientul să se izoleze complet de activitatea de grup (socială), permițându-i să participe la mese, la orele de ceai/cafea, implicându-l, eventual, pe ceilalți pacienți în îngrijirea lui (să se includă aceste lucruri într-un program structurat de zi); să se asiste vizitele familiei și să se observe atât reacțiile pacientului, cât și pe cele ale familiei; să se răspundă la întrebările familiei și să se încurajeze contactul familiei cu pacientul; familia să fie implicată pe cât posibil în îngrijirea directă, să se creeze condiții pentru aceasta; să nu se confirme sentimentele pacientului prin evitarea acestuia, chiar prezența asistentului putând fi un semnal; personalul specializat poate să-și recunoască propriul sentiment de neputință, dar să nu permită pacientului să

Il atragă în sentimentele sale depresive; asistenții să se sprijine reciproc în cadrul echipei.

9. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE A UNUI PACIENT CU UN COMPORTAMENT MANIACAL

Problema de îngrijire (1): pacientul nu-și acordă timp suficient să bea lichide și să mănânce, ceea ce-l face să fie slăbit fizic.

Scopurile îngrijirii: bolnavul dobândește un comportament alimentar normal și consumă hrană suficientă și variată, precum și lichide, ceea ce face să nu se mai simtă epuizat fizic.

Acțiunea de îngrijire: pacientul să fie supravegheat consecvent la mese și să bea ceai și cafea; să se ofere hrană și lichide de mai multe ori pe zi; aceasta pentru a preveni iritabilitatea și manifestările agresive în caz de insistență; să se noteze balanța hidrică și hrana ingerată; la nevoie, să se ceară sfatul unei dieteticiene în legătură cu o dietă consistentă; în cazul sensibilității exagerate la excitanți, să se ia mesele împreună cu pacientul în afara grupului (în cazul îngrijirii separate).

Problema de îngrijire (2): pacientul bea și mănâncă continuu, nu se poate înfrâna, mănâncă din lada de gunoi etc.

Scopurile îngrijirii: bolnavul își ameliorează comportamentul alimentar, consumă cantități normale de hrană și lichide, într-o manieră adecvată.

Acțiunea de îngrijire: să se observe continuu schema de hrănire; să se mănânce și să se consume lichide împreună cu pacientul; să se mănânce cu el într-un mediu lipsit de factori iritanți (separat); să se prezinte porții adaptate și adecvate; să se supravegheze pacientul atunci când se mănâncă în grup, pentru a preveni eventualele situații nedorite, cum ar fi consumarea mâncării celorlalți bolnavi.

Problema de îngrijire (3): pacientul nu-și acordă timp suficient pentru a se îngriji sub aspect igienic și neglijează acest lucru.

Scopul îngrijirii: bolnavul își modifică în bine comportamentul legat de îngrijirea igienică.

Acțiunea de îngrijire: pacientul trebuie îndrumat zilnic la spălat etc. într-un mediu lipsit de factori excitanți (un loc de spălat separat); să se preia, eventual, gestionarea acestei probleme; pacientul să fie stimulat să ia parte activ la activitatea de îngrijire; să se supravegheze pacientul pentru ca acesta să nu fugă; în cazul în care bolnavul este izolat, să i se dea ocazia de a se duce regulat la WC; în cazul în care transpiră excesiv, să i se ofere posibilitatea de a se spăla de mai multe ori.

Problema de îngrijire (4): pacientul este haotic în comportament și turbulent.

Scopurile îngrijirii: bolnavul trebuie să devină capabil să se controleze, să nu mai fie turbulent și să aibă un comportament organizat.

Acțiunea de îngrijire: să i se ofere un program structurat de activități, conceput în mod corespunzător; să fie îndrumat direct în executarea programului respectiv; să i se explice clar ceea ce trebuie să facă; pacientul să fie lăsat să participe, treptat și dozat, la activitatea în grup, observându-se, în același timp, efectul; să se ofere un program zilnic clar structurat, iar în cazul îngrijirii neizolate, să se observe efectul; să se administreze medicamentele la nevoie; să se noteze mijloacele și măsurile luate; să i se acorde îngrijiri izolate, în situațiile de neliniște extremă.

Problema de îngrijire (5): pacientul are un ritm de zi/noapte tulburat, doarme puțin sau deloc și-i deranjează pe ceilalți bolnavi.

Scopul îngrijirii: reglarea ritmului zi/noapte, astfel încât să nu-i mai deranjeze pe ceilalți bolnavi.

Acțiunea de îngrijire: pacientul să fie lăsat să doarmă separat, beneficiind, eventual, de îngrijire izolată; trebuie să se preîntâmpine ca pacientul să se odihnească prea mult în timpul zilei, ținându-se cont de acest lucru în programul zilei; să se afle motivul neliniștii de pe timpul nopții, eventual, să se discute cu pacientul pentru a afla temerile/tensiunile sale. A se administra, eventual, medicamente și a se observa efectul acestora.

Problema de îngrijire (6): pacientul nu-și poate menține firul gândirii (prezintă „fugă de idei”), reacționează la toate excitațiile și este haotic în contactele cu ceilalți.

Scopurile îngrijirii: bolnavul se poate concentra și poate menține contactul cu ceilalți.

Acțiunea de îngrijire: pacientul să fie îngrijit izolat, într-un mediu lipsit de excitanți; trebuie atenționat când are „fuga de idei” și să se încerce să fie readus la subiectul discuției; pacientul trebuie corectat în ceea ce privește atitudinile sale din viața de zi cu zi; să i se ofere activități concrete (programul de zi); să nu se negocieze cu pacientul abordarea aleasă; dacă este cazul, pacientul este mustrat; să se observe comportamentul pacientului în grup și să fie luat separat dacă se creează tensiune în relație cu ceilalți pacienți; să se observe cum decurge vizita făcută de alții, îndrumând vizitatorul atunci când există tensiuni; se observă dispoziția și se semnalează eventuala trecere spre comportament depresiv.

Problema de îngrijire (7): pacientul prezintă manifestări necuvenite (umbliă goală, injură, are un comportament asocial etc.).

Scopul îngrijirii: pacientul își modifică în bine comportamentul, astfel încât relația lui cu persoanele din mediu se ameliorează.

Acțiunea de îngrijire: pacientul trebuie protejat vorbindu-i-se despre comportamentul său și indicându-i-se clar granițele; pacientul trebuie îndepărtat din grup dacă nu poate fi corectat (îngrijire izolată); este necesar să se caute să se afle care este cauza comportamentului său, ce vrea să spună (pacientul este întrebat și observat în privința a ceea ce spune și face); este necesar să se verifice reacția pacientului la acest comportament, se vorbește cu el, dacă este posibil, abordând aspectul sentimentelor de rușine; ceilalți pacienți trebuie informați (la nevoie) despre comportamentul bolnavului, oferindu-se explicații.

Problema de îngrijire (8): pacientul reacționează agresiv la cei din jur, având sentimentul că este împiedicat de ceilalți.

Scopurile îngrijirii: bolnavul se liniștește, nu mai reacționează agresiv și devine capabil să discute civilizat despre nemulțumirile sale.

Acțiunea de îngrijire: se observă situațiile în care pacientul este agresiv și se discută cu el – este posibil ca a doua oară, să țină cont de aceasta; să se preîntâmpine escaladarea comportamentului pacientului, distrăgându-i atenția la timp; să se ia pacientul în serios, explicându-i-se ce anume se face și dându-i-se ocazia să reacționeze; se fixează granițe

clare, spunând ce anume este tolerat și ce nu; este posibil ca izolarea temporară să fie necesară, dacă situația devine periculoasă pentru pacient și pentru cei din jur; se observă bine efectul, iar dacă izolarea duce numai la mai multă frică și tensiune, nu mai trebuie continuat în această direcție; să se discute cu pacientul motivele agresiunii sale, menținând contactul cu bolnavul; să se aprecieze propria forță de stăpânire de sine, iar la nevoie să se predea îndrumarea pacientului unui coleg; să se creeze reguli clare cu privire la vizită, să se dozeze vizita, analizând dacă vizitatorul trebuie însoțit; să se însoțească vizitatorul, mai ales dacă există o șansă de escaladare a conflictului, oferind familiei informații despre abordarea aleasă și aducând, în același timp, argumente.

Problema de îngrijire (9): pacientul întreprinde acțiuni cu urmări negative pentru existența sa și cea a familiei/relației sale (de exemplu, tranzacții financiare).

Scopul îngrijirii: bolnavul trebuie să devină capabil să înțeleagă efectele exceselor sale, precum și consecințele acestora.

Acțiunea de îngrijire: să se observe comportamentul pacientului, cunoscând, în același timp, și ocupația acestuia; să se sondeze gândurile și planurile pacientului prin discuții; să se discute cu pacientul consecințele unor astfel de acțiuni; să se preîntâmpine ca acesta să întreprindă astfel de acțiuni (nu numai în secție, se stabilesc reguli cu privire la telefon etc.); să se stabilească reguli cu familia în ceea ce privește administrarea banilor etc.; să se ia, eventual, măsuri juridice (punerea sub interdicție).

Problema de îngrijire (10): pacientul nu poate să discute problemele (din trecut) într-o manieră realistă.

Scopurile îngrijirii: bolnavul devine capabil să discute despre problemele sale într-o manieră realistă și contribuie la căutarea unei soluții pentru respectivele probleme.

Acțiunea de îngrijire: să se lege și să se întretină o relație jovială cu pacientul în timpul îngrijirii intensive; să i se ofere pacientului posibilitatea de a-și exterioriza ideile/sentimentele, dozând acest lucru după starea în care se află; să se caute să se realizeze contact cu pacientul, neîritându-l din cauza comportamentului său neclar/bizar; să se semnaleze ideile și sentimentele pe care le exprimă, să se raporteze pe măsură ce bolnavul capătă mai mult simț al realității, să se inventarieze împreună

Rolul nursei în îngrijirea pacienților cu afecțiuni psihiatrice

cu aceste problemele din trecut, implicând pacientul direct în alegerea unui tratament ulterior.

Problema de îngrijire (11): pacientul este/se manifestă suicidal.

Scopurile îngrijirii: bolnavul renunță la încercările de sinucidere și devine capabil să vorbească despre ideile și gândurile sale suicidare.

Acțiunea de îngrijire: să se observe suplimentar pacientul în faza de trecere de la comportamentul maniaco la cel depresiv și invers, dacă dispoziția este depresivă și pacientul este activ, atunci pericolul de sinucidere este mare; să se observe dacă bolnavul ia, într-adevăr, medicamentele, înregistrând care este efectul acestora.

10. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU PACIENTII CU UN COMPORTAMENT PSIHOTIC

Problema de îngrijire (1): pacientul bea și/sau mănâncă puțin sau deloc, ca urmare a trăirii psihotice.

Scopul îngrijirii: bolnavul are un comportament alimentar satisfăcător.

Acțiunea de îngrijire: a se observa/motivele pentru care nu bea/nu mănâncă; să se implice pacientul în alcătuirea meniului; să se ofere, în mod regulat, mâncare și băutură; să nu se insiste cu mâncarea dacă pacientul este suspicios; la nevoie, să se mănânce cu pacientul în caz de surescitare (iritabilitate) a acestuia.

Problema de îngrijire (2): pacientul are gura uscată și senzație de sete, ca urmare a medicației psihotrope, a epuizării și aerului prea uscat.

Scopul îngrijirii: bolnavul nu mai are senzația neplăcută de sete și gură uscată permanent.

Acțiunea de îngrijire: să se controleze care este cauza senzației de sete; să se observe eventuala apariție a unor efecte secundare ale medicației psihotrope; pacientul să fie stimulat să-și clătească gura și să consume mai multe lichide; la nevoie, să i se ofere bolnavului mai multe lichide; să se informeze doctorul cu privire la eventualele efecte secundare ale medicației psihotrope observate; să se facă plimbări cu pacientul.

Problema de îngrijire (3): pacientul prezintă constipație sau o cantitate redusă de scaun.

Scopul îngrijirii: normalizarea tranzitului intestinal.

Acțiunea de îngrijire: să se afle cauza problemei prin observare sau printr-o discuție cu pacientul; să se ofere hrană variată; să nu se insiste prea mult dacă prin aceasta se creează o stare de tensiune; pacientul să fie stimulat să facă mai multă mișcare (sport, plimbări etc.); să se consulte, eventual, doctorul.

Problema de îngrijire (4): bolnavul nu se îngrijește suficient de bine din punct de vedere igienic sau deloc.

Scopul îngrijirii: bolnavul devine mai atent în ceea ce privește igiena sa.

Acțiunea de îngrijire: să se îndrume pacientul în ceea ce privește întreținerea propriei stări de igienă; să i se ofere pacientului timp suficient, să nu fie gonit; bolnavul să fie lăsat să facă, pe cât posibil, totul singur; pacientul să fie implicat direct în realitatea activității; să se semnaleze din timp tensiunile, dozând numărul acțiunilor ce trebuie întreprinse; în cazul în care este nevoie, să se dea atenție îngrijirii de mai multe ori pe zi.

Problema de îngrijire (5): pacientul are tremurături, iar tonusul muscular este crescut, dând impresia de rigiditate, ca urmare a medicației psihotrope.

Scopurile îngrijirii: dispariția simptomelor extrapiramidale neuroleptice.

Acțiunea de îngrijire: pacientul să fie informat cu privire la eventualele efecte secundare ale medicației psihotrope; să se observe efectele secundare ale folosirii medicației psihotrope, urmărindu-se atitudinea și mișcarea pacientului; să se raporteze doctorului, să se caute posibilitățile prin care efectele secundare ale medicamentelor psihotrope pot fi înlăturate; eventual, să se ofere medicamente împotriva efectelor secundare și să se observe efectul; să se propună, eventual, modificarea terapiei medicamentoase (altă dozare, alte medicamente).

Problema de îngrijire (6): pacientul este hiperactiv și manifestă un comportament haotic ca urmare a fricii și a neliniștii interne, acesta ne fiind în stare să se controleze sau manifestând tendințe de izolare.

Scopurile îngrijirii: bolnavul se liniștește și devine capabil să întreprindă activități într-un mod ordonat.

Acțiunea de îngrijire: să se ofere îngrijire într-o secție cu pacienți puținți să se înceapă, eventual, îngrijirea într-o cameră de izolare; îndrumarea să fie făcută de o singură persoană; să se întocmească un program structurat de zi, în concordanță cu posibilitățile pacientului, acest program fiind orientat spre activități legate de viața reală; să se implice, eventual, un îndrumător de activități; să se supravegheze administrarea medicației și să se observe efectele acesteia; pacientul să nu meargă la culcare neliniștit; în caz de neliniște pe timpul nopții, să se încerce să se afle cauza, neevitând, în același timp, o discuție; este importantă o evaluare permanentă a activității asistentului, precum și efectul acesteia asupra pacientului; să se consulte doctorul în legătură cu efectele terapiei și eventuala adaptare a acesteia.

Problema de îngrijire (7): pacientul nu este în stare să stabilească o relație în mod real, cauza constând dintr-o comunicare defectuoasă ca urmare a tulburărilor de percepție și gândire (delir și halucinații).

Scopul îngrijirii: ameliorarea comunicării cu cel din jur.

Acțiunea de îngrijire: să se caute contactul cu pacientul, neevitându-l; să se caute puncte de legătură pentru o discuție în probleme concrete; să i se sugereze pacientului cum ar trebui să se simtă sau să gândească; poziția asistentului trebuie să rămână corectă în această relație; să nu se continue să se vorbească cu pacientul până ce acesta devine confuz, căutând să i se distragă atenția; să nu se încerce să se convingă pacientul că are sau nu are dreptate.

Problema de îngrijire (8): pacientul provoacă în timpul vizitei tensiuni și sentimentul că nu este înțeles, familia neștiind prea bine cum să se comporte în astfel de situații.

Scopul îngrijirii: bolnavul devine capabil să relaționeze cu familia într-o manieră degajată, firească.

Acțiunea de îngrijire: să se conștientizeze efectul contactelor dintre vizitatori și pacient având, totodată, grijă de propriile limite; vizitatorii să

Curriculum de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

fie primiți într-un loc liniștit; comunicarea dintre pacient și familie să fie asistată; să se observe modul în care decurge vizita; familia să fie îndrumată.

Problema de îngrijire (9): pacientul se manifestă agresiv, pentru că se simte amenințat și/sau anxios.

Scopul îngrijirii: bolnavul devine capabil să-și stăpânească sentimentele de agresiune.

Acțiunea de îngrijire: să se afle cauza tendințelor agresive și să nu se evite contactul cu pacientul pe motivul că este agresiv; să i se spună clar pacientului care sunt limitele; să se acționeze clar și sever, în caz de violență fizică, iar pacientul să nu fie abordat atunci când asistentul este singur; să fie separat la nevoie; să se țină sub observație comportamentul pacientului; să se identifice din timp ivirea intențiilor lui de agresivitate, să se prevină escaladarea.

11. ASPECTELE UNUI PLAN DE ÎNGRIJIRE ÎN FOLOSUL PACIENȚILOR CU DEMENTĂ

Problema de îngrijire (1): modelul de hrănire al pacientului este perturbat.

Scopul îngrijirii: bolnavul are un comportament alimentar adecvat.

Acțiunea de îngrijire: pacientul să fie ajutat să bea și să mănânce dacă el nu (mai) poate; în cazul în care uită, să i se indice pacientului orele de masă/ceai sau cafea; să se însoțească pacientul la sala de mese; să se consulte un doctor în cazul în care problema alimentației este rezultatul efectului secundar al medicamentelor; să se adapteze hrana de comun acord cu o dieteticiană (dietă, frecvența meselor etc.).

Problema de îngrijire (2): pacientul este incontinent pentru urină/scaun.

Scopul îngrijirii: pacientul devine continent.

Acțiunea de îngrijire: să se consulte un doctor pentru a se stabili o eventuală cauză fizică, să se administreze, eventual, medicamente; în legătură cu tulburările de memorie și dezorientare, trebuie să se atragă atenția pacientului să meargă la WC; pacientul să fie însoțit, eventual, la

WC și să i se ofere sprijinul necesar pentru a-l putea folosi; să se utilizeze la nevoie mijloace de ajutorare (WC adaptat, scutece etc.).

Problema de îngrijire (3): pacientul nu mai este în stare să se îngrijească pe sine, deloc sau parțial.

Scopul îngrijirii: bolnavul devine capabil (eventual, cu îndrumare permanentă) să se îngrijească total sau parțial.

Acțiunea de îngrijire: să se îndrume pacientul în îngrijirea sa zilnică; pacientul să fie stimulat să se îngrijească; să se țină cont de obiceiurile pacientului (să facă duș sau nu); să se observe reacțiile pacientului, încercând să se afle motivul sau cauza care se află la baza (in)activității unui pacient.

Problema de îngrijire (4): pacientul are un ritm de zi/noapte deranjat, deoarece noaptea este agitat, neputând să doarmă din cauza fricii și a confuziei.

Scopul îngrijirii: reglementarea ritmului veghe/somn.

Acțiunea de îngrijire: să i se ofere pacientului, pe timpul zilei, destule activități (după posibilitățile sale); pacientul să fie întrebat despre motivele neliniștii sale, încercându-se ca acesta să fie calmat printr-o discuție; să se rămână lângă pacient, atunci când acesta este în pat, prezența asistentului putându-l calma; să se consulte doctorul pentru eventuala administrare de medicamente (sedative sau somnifere), explicându-i-se pacientului clar acțiunea medicamentelor.

Problema de îngrijire (5): pacientul nu este în stare să își asigure, de unul singur, un regim suficient de mișcare fizică și folosire utilă a timpului.

Scopul îngrijirii: pacientul întreprinde diverse și multiple activități, face suficientă mișcare fizică și-și folosește timpul util.

Acțiunea de îngrijire: pacientul trebuie stimulat să facă mișcare, să i se ofere activități: gimnastică pentru bătrâni, plimbări, implicare în gospodărie etc.; să i se reamintească mereu pacientului posibilitățile de mișcare, având în vedere faptul că uită și este dezorientat; să se întreprindă, la nevoie, activități împreună cu pacientul; să se implice un îndrumător de activitate; să se ofere ACR/terapie de validare; în cazul tulburărilor de activitate, să se introducă fizioterapia – orice acțiune s-ar alege, să se țină cont de modul de viață/stilul de viață specific al pacientului.

Problema de îngrijire (6): pacientului îi este greu să lege și să întrețină contacte din cauza problemelor de comunicare generate de starea de confuzie și de tulburările de memorie.

Scopurile îngrijirii: bolnavul devine capabil, în limitele sale, să lege și să întrețină contacte.

Acțiunea de îngrijire: să i se ofere pacientului ocazia să se exprime, răspunzând (în permanență) la nevoia lui de contact; să se ia în serios lumea trăirilor pacientului, permițându-i acestuia să spună ce-l preocupă; se observă și se rețin reacțiile pacientului; dacă pacientul este tensionat, atunci este bine să-i fie distrasă atenția, implicându-l în activități; se îndrumă pacientul în contactele cu ceilalți bolnavi, informându-i și pe ceilalți, la nevoie, despre situația lui; în caz de tensiuni serioase, poate fi necesar să se evite contactele cu ceilalți pacienți.

Problema de îngrijire (7): pacientul are pierdere de decor.

Scopurile îngrijirii: pacientul este protejat în asemenea măsură încât poate trăi cu ceilalți în situația sa.

Acțiunea de îngrijire: conștientizarea faptului că pacientul nu este în stare să se îngrijească în toate privințele; întreprinderea, la timp, a activităților de îngrijire (atât din punct de vedere fizic, psihic, cât și social).

Problema de îngrijire (8): în relația dintre pacient și familie, apar neînțelegerile și tensiunea.

Scopurile îngrijirii: în limitele posibilităților (impuse de patologia sa), bolnavul devine capabil să mențină relația cu familia.

Acțiunea de îngrijire: se observă cum decurg contactele dintre pacient și familia sa; se asistă contactul atunci când este vorba de întrebări/tensiuni; se informează familia cu privire la situația pacientului și la consecințele acestora; i se oferă familiei indicații privitoare la contactul cu pacientul; se ascultă întrebările și sentimentele familiei; i se recomandă, eventual, familiei să ia legătura cu doctorul.

Problema de îngrijire (9): pacientul nu-și poate exprima ușor sau deloc sentimentele legate de situația sa.

Scopul îngrijirii: bolnavul devine capabil să discute pe tema sentimentelor legate de situația sa.

Acțiunea de îngrijire: se caută contactul cu pacientul, arătându-i-se că i se dă atenție; pacientul este întrebat dacă vrea să vorbească despre situația sa; să nu se forțeze discuția; se încearcă să se clădească contactul prin acțiuni întreprinse împreună cu pacientul; să se inventarieze întrebările și problemele bolnavului, nepornindu-se de la ideea că oricum nu se poate face nimic, multe dintre probleme putând fi totuși soluționate; este bine să se asculte cu atenție.

Problema de îngrijire (10): pacientul nu este în stare să garanteze propria sa securitate și cea a altora.

Scopul îngrijirii: bolnavul nu este un pericol pentru sine și ceilalți.

Acțiunea de îngrijire: să se identifice consecințele periculoase pe care le poate avea comportamentul pacientului; să nu i se permită pacientului să dețină articole de fumat (se pot produce incendii); se atenționează pacientul în cazul în care poate să cadă de pe scaun sau din pat; să se gestioneze eventualul comportament agresiv; dacă există pericol de cădere, să nu se lase pacientul să facă duș sau baie singur; să se conștientizeze pericolul de sinucidere (mai ales în faza incipientă a demenței).

Problema de îngrijire (11): pacientul este dezorientat și amnezic.

Scopul îngrijirii: în limitele posibilităților, bolnavul devine capabil să-și amintească diverse situații de viață sau să se orienteze.

Acțiunea de îngrijire: antrenamente de orientare spre realitate (ACR); terapie de validare.

12. PUNCTELE SPECIFICE DE ATENȚIE ÎN ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR PSIHIATRICI CRONICI (SCHIZOFRENI)

- Atitudinea pasivă, neutră, prietenoasă este cel mai puțin amenințătoare.

- Asistentul trebuie să fie în alertă la semnele de halucinare, cum ar fi râsul sau vorbitul în sine sau oprirea în mijlocul propoziției. Acest lucru poate indica trăirea halucinațiilor având ca urmare o reacție agresivă. Asistentul trebuie să încerce să prevină acest lucru.

- Asistentul nu contrazice ideile delirante și nu discută despre ele. Prin aceasta, delirul nu se spulberă și contactul va deveni mai dificil. Folosește diverse tehnici terapeutice, cum ar fi: „Mi-e greu să-mi imaginez”.

- Asistentul trebuie să preîntâmpine un element de competiție în activități (și acesta poate mări suspiciunea), îndrumând spre activități orientate spre o relație.

- Asistentul își exprimă aprecierea pentru comportamentul pozitiv. Acest lucru mărește sentimentul propriei valori și este un stimul pentru a-l repeta.

- Dacă pacientul este supărat pe asistent, acesta nu trebuie să se apere. Manifestarea sentimentelor sale îl poate ajuta să-și rezolve propria problemă.

- Personalul specializat fixează scopuri care se pot realiza în termen scurt. Prin aceasta, se previne frustrarea ca urmare a nereușitei sau a scopurilor prea pretențioase și, în același timp, pacientul este stimulat să continue.

- Prejudecățile (o barieră între tine și pacient) trebuie lăsate la o parte, pot fi discutate cu un coleg și reformulate.

- Asistentul trebuie să caute în mod regulat să realizeze contact cu pacientul, oferindu-i acestuia atenție pozitivă și arătându-i că este acceptat și apreciat; prin aceasta, se urmărește intensificarea sentimentului propriei sale valori.

- Asistentul sprijină pacientul în activitățile de care se teme sau care-i par dificile. Încrederea îl va ajuta să-și învingă frica.

- Personalul specializat trebuie să facă întotdeauna ce spune și să-și respecte promisiunile; acesta este un început pentru a câștiga încrederea cuiva.

- Pacientul trebuie ajutat la nevoie să se orienteze, spunându-i cât este ora, unde se află și cine este. Prin aceasta, este readus în „realitate”.

- Pacientul nu trebuie atins fără motiv, asistentul trebuind să fie precaut cu acest aspect. Pacienții anxioși și suspicioși pot simți atingerea ca pe o amenințare.

- Asistentul trebuie să vorbească clar și tare ca să poată fi înțeles de pacient, nu trebuie să fie misterios și nici să râdă fără rost. Pe scurt, este necesar să preîntâmpine suspiciunea.

13. ASPECTELE UNUI PLAN GENERIC ÎN FOLOSUL PACIENȚILOR CU UN COMPORTAMENT DE DEPENDENȚĂ

Problema de îngrijire (1): pacientul bagatelizează problemele legate de băutură sau folosirea substanțelor psihotrope, încercând să transfere vina problemei sale asupra altora și manipulând.

Scopul îngrijirii: pacientul înțelege gravitatea situației sale.

Acțiunile de îngrijire: trebuie să se poarte discuții cu pacientul; să fie ascultat activ; să se facă distincție între fapte și sentimente; să se pună întrebări în caz de neînțelegere; pacientul trebuie confruntat cu contradicțiile la nivel de conținut și de implicare; asistentul trebuie confruntat cu un comportament patologic (bagatelizare/raționalizare); pacientului trebuie să i se permită să găsească soluții pentru problemele sale; asistentul trebuie să-i facă răspunzător pentru problemele sale, nu te trebuie să se lase înșelat și nici să nu admită aspecte pe care nu le poate respecta; pacientul este răspunzător pentru el și, prin urmare, și pentru vindecarea sa; să se discute despre pacient în cadru multidisciplinar și să se stabilească înțelegeri clare, unanime; să se aranjeze terapii de sprijin, cum ar fi sport, antrenament de muncă și dezvoltare profesională; să se întocmească o schemă de zi structurată.

Problema de îngrijire (2): pacientului îi este sete ca urmare a folosirii alcoolului sau are gura uscată din cauza folosirii substanțelor psihotrope.

Scopul îngrijirii: dacă este posibil, pacientul să fie lăsat să-și rezolve singur problema. Aceasta dispare de la sine după un timp.

Acțiunile de îngrijire: pacienților care stau în pat să li se ofere apă; pacienții care pot merge să-și rezolve singuri problema, eventual să li se ofere apă.

Problema de îngrijire (3): pacientul mănâncă puțin sau deloc și/sau consumă hrană nesănătoasă.

Scopul îngrijirii: bolnavul consumă suficientă hrană consistentă.

Acțiunile de îngrijire: observații/întrebări referitoare la motivul pentru care nu mănâncă; implicarea bolnavului în alcătuirea hranei „con-

Curriculum de instruire pentru asistenți medicali din sistemul de sănătate mintală

sistente"; oferirea de mâncare și băutură la ore regulate; reducerea sau înlăturarea factorilor care deranjează, cum ar fi neliniștea, frica, durerea etc.; implicarea la orele de masă, ceai/caftea; uneori, situația pacientului este așa de gravă, încât acesta este alimentat prin perfuzie (parenteral) sau sondă gastrică; și în acest caz, se notează balanța hidrică.

Problema de îngrijire (4): pacientului îi este greață și trebuie să vomite.

Scopul îngrijirii: dispariția senzației de greață și a nevoii de a vomita.

Acțiunile de îngrijire: să se ia, eventual, măsuri de protecție a hainelor și lenjeriei de pat; să i se dea pacientului un vas în care să poată vomita; de comun acord cu doctorul, să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de dezintoxicare (abstinență, sevraj).

Problema de îngrijire (5): pacientul transpiră abundent.

Scopul îngrijirii: dispariția transpirațiilor

Acțiunile de îngrijire: de comun acord cu doctorul, să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj; să i se dea pacientului ocazia să se spele, la nevoie, ajutat; pacientul trebuie să-și schimbe hainele, la nevoie, ajutat.

Problema de îngrijire (6): pacientul are diaree.

Scopul îngrijirii: reglarea tranzitului intestinal

Acțiunile de îngrijire: de comun acord cu doctorul, să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj; la nevoie, pacientul să fie însoțit la WC; să se stimuleze igiena dând atenție spălării mâinilor, îngrijirii igienice a corpului, schimbării hainelor etc.; de comun acord cu o dieteticiană, să se ofere hrană care constipă; să se ofere destule lichide sub formă de ceai, suc de mere, supă; să se noteze balanța hidrică în cazul pierderii serioase de lichid și să se ofere lichid prin perfuzie; să se raporteze doctorului modificările patologice legate de emisia de urină sau scaun.

Problema de îngrijire (7): pacientul este constipat.

Scopul îngrijirii: reglarea tranzitului intestinal.

Acțiunile de îngrijire: să se observe bine scaunul (să se țină o evidență); să se ofere hrană laxativă, de exemplu pâine neagră cu brânză.

legume, tărate; să se dea la nevoie laxative; pacientul trebuie stimulat să facă mișcare, de exemplu: exerciții fizice; să se raporteze doctorului modificările de scaun și urină.

Problema de îngrijire (8): pacientul are o stare generală alterată din cauza sevrajului.

Scopul îngrijirii: starea bolnavului se ameliorează.

Acțiunile de îngrijire: de comun acord cu doctorul, să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj; să se țină sub observație din cauza riscurilor ce însoțesc simptomele de sevraj.

Problema de îngrijire (9): pacientul are un ritm deranjat de veghe/somn.

Scopul îngrijirii: normalizarea ritmului nictemeral.

Acțiunile de îngrijire: de comun acord cu doctorul, să se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj; să se stimuleze activitățile din timpul zilei printr-un program de zi structurat, cu respectarea orelor de odihnă/activitate; pacientul să fie întrebat ce îl preocupă, la nevoie, discutându-se puțin despre asta; pacientul să fie lăsat să scrie sau să-și deseneze gândurile/emoțiile dinainte de a adormi; să fie lăsat să facă un duș fierbinte înainte de a se culca; să i se ofere un pahar cu lapte cald; să se înlăture lumina supărătoare sau zgomotul iritant; eventual, să se aplice o dată pe săptămână terapia de insomnie.

Problema de îngrijire (10): pacientul este deprimat.

Scopul îngrijirii: îmbunătățirea stării de dispoziție.

Acțiunile de îngrijire: să i se arate pacientului că ești acolo pentru el, vizitându-l des; asistentul să asculte pasiv și activ pacientul; să i se ofere pacientului ocazia să fie singur cu tristețea lui; asistentul nu trebuie să se lase atras de tristețea lui; trebuie să ia distanță suficientă și să nu se simtă răspunzător pentru problemele pacientului; asistentul trebuie să-l lase pe pacient să vorbească; să sublinieze eventualele lucruri pozitive; să întreprindă diverse activități împreună cu pacientul.

Problema de îngrijire (11): pacientul este agresiv și este un pericol pentru sine și pentru cei din jur.

Scopul îngrijirii: calmarea pacientului.

Acțiunile de îngrijire: dacă pacientul este beat și nu se poate vorbi cu el, poate fi util, de comun acord cu cel care-l tratează, ca acesta să fie separat sau să i dea calmante; dacă pacientul nu este beat, poate fi util ca pacientul să fie luat separat și să se discute cu el; asistentul să accepte sentimentele pacientului; trebuie să asculte pasiv și activ; prin întrebări sau reflectare, pacientului trebuie să-i fie permis să spună de ce este așa de supărat acum.

Problema de îngrijire (12): pacientul este anxios.

Scopul îngrijirii: bolnavul se liniștește.

Acțiunile de îngrijire: pacientul trebuie ascultat pasiv și activ; este necesar să i se acorde atenție suplimentară și să nu fie lăsat singur; asistentul trebuie să întrebe mereu care sunt sentimentele pacientului; dacă anxietatea nu încetează, trebuie consultat cel care tratează și de comun acord, să i se prescrie medicamente anxiolitice pacientului.

Problema de îngrijire (13): pacientul se simte singur.

Scopurile îngrijirii: bolnavul devine capabil să-și exprime sentimentele.

Acțiunile de îngrijire: pacientul trebuie ascultat pasiv și activ; asistentul trebuie să-și rezerve timp suficient pentru o discuție; să folosească cele spuse de pacient; în caz de neclaritate, personalul specializat trebuie să pună întrebări până află ce vrea să spună pacientul.

Problema de îngrijire (14): pacientul manifestă comportament suicidar.

Scopul îngrijirii: bolnavul își schimbă comportamentul.

Acțiunile de îngrijire: asistentul trebuie să se prezinte regulat în fața pacientului, să stea lângă el și să lege o discuție; să asculte ce spune; să vorbească cu pacientul despre ideile de sinucidere, să îl întrebe la ce se gândește; să continue întrebările: cum vrei să o faci, unde, cum etc.; dacă nu vrea să vorbească, asistentul trebuie să-i ofere un alt moment pacientului; să discute, la nevoie, chiar despre sentimentele proprii de neputință.

Problema de îngrijire (15): pacientul este psihotic, confuz.

Scopul îngrijirii: dispariția simptomelor psihotice.

Acțiunile de îngrijire: trebuie căutat contactul cu pacientul, neevitându-l niciodată; este necesar să se discute numai lucruri concrete, asis-

testul fiind întotdeauna sincer în contactul cu pacientul; personalul medical nu trebuie să vorbească prea mult, având grijă să nu intre și mai mult în confuzie; este necesar ca pacientul să fie inclus într-un mediu lipsit de excitanți.

Problema de îngrijire (16): pacientul face crize de epilepsie.

Scopul îngrijirii: crizele de epilepsie dispar.

Acțiunile de îngrijire: este necesar ca pacientul să fie supravegheat de un asistent; pacientului trebuie să-i fie permis să urmeze un program structurat de zi.

Problema de îngrijire (17): pacientul prezintă frecvent crize epileptice.

Scopul îngrijirii: pacientul știe ce s-a întâmplat.

Acțiunile de îngrijire: se iau măsuri pentru ca bolnavul să nu se rănească; se instituie, de comun acord cu medicul, un tratament antiepileptic; să se observe pacientul (înainte și după criză); se elimină stimulânții paternici (lumină, zgomot); se mută bolnavul într-un mediu liniștit; li se cere curioșilor să plece; se eliberează căile respiratorii (pentru a preveni asfixia, aspirația); se împiedică mușcarea limbii; capul pacientului trebuie așezat într-o parte; hainele strânse trebuie desfăcute; este necesar ca pacientul să fie împiedicat să se rănească în timpul contracțiilor punându-i o pernă între membre sau materiale solide; pacientului trebuie să i se permită să doarmă; să i se spună ce s-a întâmplat atunci când se trezește; în caz de incontinență, pacientul trebuie ajutat să se spele și să se schimbe - de comun acord cu doctorul, să i se dea medicamente pentru a se limita simptomele de sevraj; să se facă legătura dintre criză și împrejurările de apariție; este necesar să se întrebe doctorul, eventual, dacă trebuie administrate și alte medicamente; trebuie avut grijă ca pacientul să se odihnească suficient, să doarmă și să mănânce; să se evite folosirea substanțelor dăunătoare, cum ar fi alcoolul și psihotropicele; pacientul să fie ajutat să-și descarce tensiunile într-o manieră nedăunătoare.