

# 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 gambelor; - 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 decât 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; i se subliniază disponibilitatea asistentei pentru a-l ajuta.
A elimina	- micțiuni 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) reies 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 supravegheat: 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 ineficace;
- 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 întreține cu pacientul, îl ascultă, îl atinge (cu duioșie), 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-l 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 sânelui, 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 vădi 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 însuși.

*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 reluat. 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 linii 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



demarajul 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 cu 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 sulețe mișcărilor și le coordonează.

Vârstnicul 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 înaintea, 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 *șezut* este definită de următoarele: capul drept, spatele drept rezemat, membrele superioare sprijinite, coapsele orizontale, gamba 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-



tarea a două segmente de corp unul de celălalt); *pronație* (mișcarea de rotație a mâinii cu fața palmară [palmă] 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 membrelor.

**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 paraliziiilor.

*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 unui 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.

*Anchiloza* 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, omoplații, 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

Obiective	Intervenții autonome și delegate
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 exerciții, 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 pudrează 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 parametrii normali, singur sau cu ajutorul nursei, permanent.	<p>Asistenta efectuează tapotaj toracal.</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 unuiu 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, mânia (comportament psihotic mergând până la agresivitate fizică), autoagresivitate (se lovește pe el însuși), heteroagresivitate (îi lovește pe alții), escare (distrugeri 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 înlătură toți stimulii 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. Înlătură 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 adecvat 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 masaj 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 stimulii 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); *lipsa 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-



xație – ieșirea capului femural din articulația coxofemurală), poziții patognomice [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 pușcă” – 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, anchiloze, 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 hidrații 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 arderi 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, salatelor, sucurilor de fructe.

Vitaminele pot fi clasificate în vitamine hidrosolubile și 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*

Glucide	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 fundalul 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 greutatea 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 corporal 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 corporal 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), *disfagie* (durere la înghițire), *gingivite* (inflamația gingiilor), *ulcerații ale mucoasei bucale, ale buzelor, glosită* (limbă încărcată), dificultate în masticatie, tegumente uscate, deshidratate, lipsite de elasticitate, stare de slăbiciune, grețuri, vărsături, diaree, scăderea indicelui ponderal,



Curriculă de instruire pentru asistenții 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 greșuri 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 semișezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte.

Protejează lenjeria de corp și de pat a pacientului cu mușama, aleză, prosop.

Ajută pacientul în timpul vărsăturilor sprijinindu-l.

Învață pacientul să inspire profund.

Copilul mic 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 indicele ponderal, 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 nursei, 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 asistenții 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.

***Dificultatea 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...	Asistenta ajută pacientul să se alimenteze.
Pacientul să consume alimente care se mănâncă cu mâna (fructe, pâine), singur, la fiecare masă, în termen de...	Îl încurajează apreciindu-i efortul.
Pacientul să se alimenteze singur, fără nicio jenă, în termen de...	Administrează medicația prescrisă de medic.

***Dificultatea 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.  
Îi 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, piteuri (reflux în cavitatea bucală a unor cantități mici de lichide din cavitatea gastrică), vărsături bilioase (conțin bilă galbenă și induc gust amar), vărsături alimentare, hematemeză (vărsături cu sânge digerată, de culoare negricioasă).

### Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să-și diminueze grețurile și vărsăturile cu ajutorul nursei, în termen de...	Asistenta impune pacientului repaus alimentar.
Pacientul să nu mai prezinte grețuri/vărsături, în termen de...	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).



Curriculă de instruire pentru asistenții medicali din sistemul de sănătate mintală

### **Refuzul de a se alimenta**

*Manifestările de dependență* sunt următoarele: refuzul de a mânca, refuzul de a bea.

*Sursele de dificultate* vizează: depresiile 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 repetate); *deshidratare hipertona*, când se elimină apa în proporție mai mare (transpirație exagerată, polipnee); *deshidratare hipotona*, 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* (pauperitate, nesalubritate, conflicte sociale, posturi); *lipsa cunoașterii de sine, a unor rațiuni de educație sanitară*.

*Manifestările de dependență* se referă la: tegumente uscate, pliu cunat 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 mamei, în termen de...	<p>Pacientul trebuie educat să se hidrateze cu cantități mici de lichide în grefuri, vărsături, stări febrile și lichide calde, în degerături și la recomandarea medicului.</p> <p>Asistenta hidratează pacientul care nu se poate hidrata.</p> <p>Face bilanțul ingest - excret (bilanțul hidric).</p> <p>Pacientul cu reflex de deglutiție scăzut va fi hidratat de asistentă folosind o ceșcuță 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, papanashi, cartofi, smântână, mămligă 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 sâmburi.

### 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 sociologici:* 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 micțiunilor* (2/3 din numărul micțiunilor 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 tulbure, 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 făinii 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) Menstra** 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. Îl 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 micțiuni), 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 edemate, 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.  
Liniștește 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 sfincterelor, creșterea presiunii abdominale, leziuni obstetricale, leziuni ale SNC.

*Manifestările de dependență* vizează: incontinența urinară (emisie de urină involuntare 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 sfîcterelor, 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 sfîcterelor, intervalul se va mări.

Învăță pacientul diverse exerciții de întărire a musculaturii perianale, prin contractarea acesteia.

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. Instituie 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 regiunii 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 perfuzii, 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 pudora pacientului.

*Obiective*

*Intervenții autonome și delegate*

Îl 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: *mecanic* (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*

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să prezinte tranzit intestinal normal, în termen de...	<p>Asistenta determină pacientul să ingereze o cantitate suficientă de lichide.</p> <p>Îi recomandă pacientului alimente bogate în reziduuri.</p> <p>Asistenta stabilește împreună cu pacientul un orar regulat de eliminare, în funcție de activitățile sale.</p> <p>Determină pacientul să facă exerciții fizice cu regularitate.</p> <p>Urmărește și notează în foaia de observație consistența și frecvența scaunelor.</p>



*Obiective*

*Intervenții autonome și delegate*

Pacientul să prezinte tegumentele și mucoasele perianale curate și integre permanent.	Efectuează, la nevoie, clismă evacuatoră simplă sau uleioasă.
Pacientul să-și satisfacă celelalte nevoi fundamentale permanent.	Administrează, la indicația medicului, laxative.
	Asistenta efectuează toaleta regiunii anale după fiecare scaun.
	Aplică creme protectoare.
	Asistenta servește pacientul cu bazinet.
	Protejează patul cu mușama și aleză.
	Asigură repausul la pat al pacientului atunci când starea generală a acestuia este alterată.
Pacientul să fie echilibrat psihic permanent.	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, salivă 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: matinal, postprandial precoc sau tardiv; *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); *culoarea*: galben-verzuie în vărsăturile bilioase, roșie în

matemeză, galben murdar în ocluzii, brună – aspect de zaț de cafea în cancer gastric; *mirosul*: fad, acru, fecaloid, rânced; *forța de proiecție* (în et. brusc, fără legătură cu alimentarea în vărsătura de origine cerebrală).

Simptomele ce însoțesc vărsătura pot fi: dureri abdominale, greață, persalivație, cefalee, transpirații reci, tahicardie, deshidratare.

### Intervențiile asistentei

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
Pacientul să fie menajat fizic și psihic în timpul vărsăturii.	Asistenta așază pacientul, în funcție de starea lui, în poziție semișezând, șezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte, la marginea patului. Liniștește pacientul psihic. Îl 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 hipertona, amestecuri de aminoacizi, vitamine și electroliți. Administrează medicație simptomatică la indicația medicului.
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic și acido-bazic.	Asistenta corectează tulburările electrolitice ale pacientului. Va începe rehidratarea orală încet, cu cantități mici de lichide reci oferite cu lingurița. Face bilanțul lichidelor ingerate și excretate. Monitorizează funcțiile vitale și vegetative și le notează în foaia de observație.

### G) Eliminarea menstruală și vaginală inadecvată

*Menstră* 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. Învață pacienta diverse tehnici de relaxare. Asistenta protejează patul cu mușama și aaleză, 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	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să aibă o stare de bine, în termen de...	<p>Asistenta ajută sau îi menține pacien- tului tegumentele curate și uscate.</p> <p>Asistenta spală tegumentele pacien- tului ori de câte ori este nevoie.</p> <p>Asistenta schimbă lenjeria de pat și de corp.</p> <p>Menține igiena riguroasă a plicilor și a spațiilor interdigitale.</p> <p>Asigură îmbrăcăminte ușoară și co- modă.</p> <p>Face bilanțul hidric.</p> <p>Monitorizează funcțiile vitale și le no- tează în foaia de observație.</p>
Pacientul să fie echilibrat psihic per- manent.	<p>Asistenta va solicita pacientului, cu tact și blândețe, să se spele.</p> <p>Asistenta încurajează pacientul să-și ex- prime sentimentele în legătură cu pro- blema sa de dependență.</p>



**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-gelatinoasă în cancerul pulmonar, galben-verzuie în supurații 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, gelatinoasă, vâscoasă, lichidă); *forma* (perlată 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. Îl învață să tușească cu gura închisă să nu înghită sputa, ci să o colecteze în scuipătoare (dezinfectată cu soluție de zol, fenol 3 %). Îl învață să nu strănute în jur, ci în batista personală. Îi curăță mucoasa bucală și dinții cu tampoane. Golește și curăță scuipătoarele după ce au fost dezinfectate. Mânuieste scuipătoarele 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 mărirea diametrului lateral al cutiei toracice; *abdominal* - întâlnit la copii și vârstnici, prin mărirea 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; îl învață pe pacient să adopte posturi adecvate care să favorizeze respirația; îl 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: disfonia (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), hiper-ventilația (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 timpi), 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 albastrei-vânătă 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-



viața de sept, traumatismele, strănutul (expirație forțată), cornajul (zgomot inspirator cu caracter de șuierătură, auzibil de la distanță), tirajul (depresiune inspiratorie [înfundătură] a părților moi ale toracelui, mai ales supraclavicular, intercostal și epigastric).

### *Intervențiile asistentei*

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
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, în 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.

## Nevoile fundamentale

### 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

Recomandă 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 tușească, să expectoreze și să colecteze sputa.

Umezește aerul din încăperea cu apă alcoolizată.

Aspiră secrețiile bronșice, dacă este cazul.

Învață pacientul să adopte o poziție care să favorizeze respirația.

Învață 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 înaintează 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, așadar creșterea tensiunii arteriale); căldura produce vasodilatație, așadar scăderea tensiunii arteriale.

*Manifestările de independență* urmăresc următoarele aspecte: tensiunea sistolică care corespunde momentului de ejecție 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, supraîncărcarea 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 ondulantă* – 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...	Asistenta aerisește salonul. Asigură pacientului îmbrăcăminte lejeră. Aplică comprese reci, pungă cu gheață. Efectuează pacientului împachetări reci. Încălzește pacientul în caz de frisoane.



*Obiective*

Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic, în termen de...

Pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic.

*Intervenții autonome și delegate*

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.

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 termogeneză 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 feții, 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*

Pacientul să aibă temperatura corpului în limitele normale, în termen de...

*Intervenții autonome și delegate*

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 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-ți 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 binele 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 piaptână, manifestă dezinteres față de măsurile de igienă, degajă miros dezagreabil.

### Intervențiile asistentei

Obiective	Intervenții autonome și delegate
Pacientul să prezinte tegumente și mucoase 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 circumscripă și solidă la suprafața pielii), fisurile (întreruperi liniare ale continuității tegumentului), descuamația (desprinderea celulelor cornease, 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), ulceratiile (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 suprainfectate cu pansament efectuat în condiții de asepsie, atât a tegumentelor, materialelor, cât și a mâinilor persoanei care îl execută.

Pansarea se va face cu blândețe, pentru a nu distruge țesuturile nou formate prin procesul de vindecare.

Desfacerea pansamentelor se va face blând, umezindu-le la nevoie.

Asistenta supraveghează ca pansamentele să nu fie prea strânse, pentru a nu împiedica circulația sangvină.

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, conservelor, 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 vehicul 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 figurii, gesturile, postura, mersul) 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 înconjurătoare); integritatea organelor fonației (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 ineficientă la nivel senzorial și motor, comunicarea ineficientă la nivel intelectual, comunicarea ineficientă 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; hipostezie – scăderea simțului tactil; hiperestezie – creșterea sensibilității tactile; anestezie – pierderea simțului tactil); tulburări motorii (paralizii; pareze); tulburări de limbaj (bâlbâiala – 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. Învață pacientul să folosească mijloace de comunicare, conform posibilităților sale.

## Nevoile fundamentale

### Obiective

Pacientul să fie compensat senzorial și motor prin propriile forțe, în termen de...

### Intervenții autonome și delegate

Asistenta asigură îngrijiri de suplinire 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 ineficientă 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 pacientul 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 și 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 eficient 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 stimei 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.

Pacientul să fie echilibrat psihic cât mai curând.

#### 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.

la măsuri de prevenire a transmiterii infecțiilor.

Alege procedurile de investigație și tratament cu risc minim de infecție.

Efectuează imunizările necesare.

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 medicului.

Aplică măsurile de prevenire a complicațiilor septic.

## 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*

Ființă 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 formați 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 vioiciunea, 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 înainte 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,



iar 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 dimineata; insomnii terminale – după o adormire normală, se trezește și nu mai poate adormi; insomnii dormiționale – apariția multiplelor perioade de veghe care survin în timpul nopții, fărâmițând 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; așipiri 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 convinși 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...	<p>Asistenta învață pacientul să practice tehnici de relaxare, exerciții respiratorii, timp de câteva minute, înainte de culcare.</p> <p>Oferă pacientului o cană cu lapte cald înainte de culcare, o baie caldă.</p> <p>Învață pacientul care se trezește devreme să se ridice din pat câteva minute, să citească, să asculte muzică, apoi să se culce din nou.</p> <p>Observă și notează calitatea, orarul somnului, gradul de satisfacere a celorlalte nevoi.</p> <p>Întocmește un program de odihnă corespunzător organismului.</p> <p>Administrează tratamentul medicamentos.</p> <p>Observă efectul acestuia asupra organismului.</p>

**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

douăsprezece ore la copil; se exclud cazurile de oboseală după eforturi excesive, convalescență sau insomnii; calitatea somnului se diferențiază de somnul normal prin profunzime, durată, bruscetea 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 dezagrabile, reacții vegetative, transpirații); comportament verbal și nonverbal lent, greoi (pacientul răspunde cu greu la întrebări); oboseală; inactivitate.

### *Intervențiile asistentei*

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții autonome și delegate</i>
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, cooperant, 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: fața palidă care exprimă tristețe; ochii încercănați, privire încețoșată; puls rar, lent, slab bătut; tensiune arterială cu tendință la scădere; somnolență diurnă; tegumente palide, transpirații reci; stare de plictiseală, apatie; scădere ponderală; astenie.

### *Intervențiile asistentei*

#### *Obiective*

Pacientul să fie odihnit, cu tonusul fizic și psihic bun, în termen de...

#### *Intervenții autonome și delegate*

Asistenta identifică cauza oboselii.

Ajută pacientul să-și planifice activitățile cotidiene.

Observă dacă perioadele de odihnă corespund necesităților organismului.

Stimulează încrederea pacientului în forțe proprii și în cei care îl îngrijesc.

Învăță pacientul cum să efectueze tehnici de relaxare.

Ajută la aplicarea corectă a acestora.

Observă și notează funcțiile vitale și vegetative, perioada somn – odihnă, comportamentul pacientului.

*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.

Divertismentul, 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, divertismentul, 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; facili-



Curriculă de instruire pentru asistenții medicali din sistemul de sănătate mintală

tează accesul la biblioteci, 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 îmbrăcăminte 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 focusate 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, accesoriile 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 PROPRIILOR 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



care influențează, în mare măsură, acțiunile pe care le îndeplinește 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 acțiune 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 fizice; 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, bâlbâială, manifestări de anxietate, cum ar fi: tahicardie, tegumente reci, umede, hiperventilație, furie, mânie.

### **Intervențiile asistentei**

<i>Obiective</i>	<i>Intervenții proprii și delegate</i>
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.

## Nevoile fundamentale

**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 PSIHIATRICE<sup>1</sup>

În traducerea etimologică, cuvântul *psihiatrie* 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.

<sup>1</sup> Borundel, C., *Manual de medicină internă pentru cadre medii*, p. 692

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 rugi 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.*

*Foaia 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 întrebuințare 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 înlănțuire 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. Grypdonck; 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, postencefalitice, stări toxinfecțioase, paralizia generală progresivă – 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 confuzive.

În *amneziile* 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*.

*Pseudoreminiscențele* 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 gândirii. 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 mani-acale).

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 „*salata 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 nevrozei 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 reflectare 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 catatonie* 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 (*glosolalie*).

**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, obnubilare. 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



(tonusul afectiv) poate fi bună, scăzută sau crescută, corespunzându-i calmul. Tristețea sau veselia, emoțiile, în general, sunt stări afective scurte, ocazionate de excitanți diverși care influențează întreaga viața 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 maniacială). Emoțiile puternice se reflectă patologic prin panică, extaz. Se vorbește de o labilitate emoțională, cu treceri rapide de la râs la plâns, ca în demența arterosclerotică: râsul sau plânsul 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 (plâns) 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, neconcordanță, nedusă la bun sfârșit, fără randament și se întâlnește în excitația maniacială.

*Abulia* reprezintă lipsa oricărei activități, ca în melancolia stuporoasă, demență, oligofreniile grave.

*Catatonia* 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 sfincierian se întâlnește în schizofrenie.



*Impulsiunile*, așa cum sunt piromania (necesitatea imperioasă de a da foc), întâlnită în psihastenii, 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, traumatiche, 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, altele, 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.



Afectele 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: \_\_\_\_\_  
Vârsta: \_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
Motivele 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: \_\_\_\_\_  
Epicriza 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



## Rolul nursei în îngrijirea pacienților cu afecțiuni psihiatrice

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 PACIENȚILOR 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, somnolență, 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; bâlbâială; 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 instinctual*: 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 (creier, 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 maniacoal, bulimie nervoasă); diminuarea interesului față de efectuarea activităților cotidiene cauzat de o stare depresivă, comportament psihotic, comportament maniacoal; 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 cei depresivi, 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 refuz 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, înlăturându-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.

Abstinența 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 abstinență, 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 abstinență.

*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 abstenenței.

Abuzul de alte substanțe toxice se referă la consumul excesiv de: deprimante ale SNC (barbiturice), benzodiazepine, meproamat, cloral hidrat etc.; opiacee (heroină, morfină, opium, hidromorfon, codeină, metadonă); halucinogene (acidul lisergic - LSD, mescalina); 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); neamestec (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 atribuirii responsabilității (terapeutul îl ajută pe pacient să vadă realitatea); folosirea unui „joc de rol” ce constă în abaterea 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; labilitate 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 psihotraumatizanți; 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: amețeală; nod în gât; respirație zgomotoasă; senzație de sufocare; stare de rău general; țipete necontrolate; dispnee, tuse; agitație; disfagie; 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; idee 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 păaturi prevăzute cu apărători laterale și cu prize izolate; alimentarea prin perfuzie, la indicația medicului, în caz de refuz alimentar; electroterapia convulsivantă; insulinoaterapia; 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 DEMENTE

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 aceleiași 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 (bulimie) 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 internează 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 însușite, se îngustează cercul preocupărilor, se constată o schimbare a comportamentului afectivo-emoțional; ținuta neîngrijită, 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 PACIENȚILOR CU OLIGOFRENII

Termenul de *oligofrenie* derivă de la *ologo* – „puțin” și *fren* – „minte”, reprezentând un grup de afecțiuni ce se caracterizează prin nedeveloparea psihică globală, determinată de leziuni cerebrale provocate de anu-



miți factori ce au acționat asupra individului, în viața intrauterină sau în primii ani de viață.

Oligofreniile trebuie diferențiate de demențe care rezultă în urma regresiei globale psihice, după ce psihicul a ajuns la o dezvoltare normală.

#### *Culegerea 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 prezumpția 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, familii, 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: înapoiere 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 (idioția)* sau *oligofrenia de gradul III*;
- b) *forma medie (imbecilitatea)* 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 rubeolă (prin vaccinare, evitarea contactului cu bolnavii de rubeolă); 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 maniacial 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 autoagresiune; 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; reinvățarea pacientei să se concentreze asupra

lucrurilor și oamenilor reali; respectarea spațiului în care locuiește prin amenajarea salonului; identificarea situațiilor anxiogene; reînvățarea 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).



## Rolul nursei în îngrijirea pacienților cu afecțiuni psihiatrice

*Intervenții:* pacientul să fie stimulat zilnic să se spele/îmbrace; să se rezerve timp suficient pentru aceasta, pentru că funcționarea globală este încetată 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-i, 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



Rolul nursei în îngrijirea pacienților cu afecțiuni psihiatrice:

Îl 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 izolat, 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 muștrat; 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 (umblă gol, înjură, 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 întrețină 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 acesta 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 maniacal 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 PACIENȚII 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).



## Rolul nursei în îngrijirea pacienților cu afecțiuni psihiatrice

*Problema de îngrijire (6):* pacientul este hiperactiv și manifestă un comportament haotic ca urmare a fricii și a neliniștii interne, acesta nefiind 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 puțini; 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 cei 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



Curriculă de instruire pentru asistenții 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 acesteia; 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 eventualele comportamente agresive; 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, neutrală, 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 stimulent 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-l 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-



Curriculă de instruire pentru asistenții 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/cafea; 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 protejare 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, tărațe; 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-



tentul 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 stimulânți puternici (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.