

# **NEVOI FUNDAMENTALE – INTERVENȚII DE NURSING**

## **Autori:**

**Asist. Univ. Dr. Liliana COLDEA**

**Conf. Univ. Dr. Luminița BELDEAN**

**Asist. Med. Principal Gherghinica GAL**

**Asist. Med. Principal Monica Seucea**

**Prep. Univ. Dr. Alina Pinte**

**Sibiu, 2003**

***Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României***

**Nevoi fundamentale – Intervenții de nursing** / Coldea Liliana, Beldean Luminița, Gherghinica Gal, Seucea Monica, Pinteș Alina – Sibiu: Editura “Alma Mater” din Sibiu, 2003

p.; cm.

Bibliogr.

ISBN .....

- I. Coldea, Liliana
- II. Beldean, Luminița
- III. Gal, Gherghinica
- IV. Seucea, Monica
- V. Pinteș, Alina

..... – .....

**REFERENT ȘTIINȚIFIC:**

**PROF. UNIV. DR. MED. ROMEO ELEFTERESCU**

***Redactare computerizată: DR. Liliana COLDEA***

## **PREFAȚĂ**

*Nursingul s-a dezvoltat și impus ca un nou concept de abordare a pacientului și individului sănătos. Îngrijirea sănătății, preocupare a tuturor timpurilor, a fost mereu îmbogățită cu experiența generațiilor anterioare în acest domeniu, devenind o preocupare prioritară a sistemului sanitar.*

Individul, indiferent de starea de sănătate, este abordat holistic, luând în considerare aspecte bio-fiziologice, psihologice, culturale, sociale și spirituale.

Lucrarea de față abordează nevoile fundamentale după modelul conceptual al Virginiei Henderson, la fiecare nevoie fundamentală fiind prezentați factorii care influențează nevoia respectivă și planul de îngrijire, precum și unele aspecte particulare. Pentru a înțelege mai bine aspectele de îngrijire, la fiecare nevoie fundamentală au fost date exemple de cazuri clinice.

Lucrarea se adresează atât studenților Colegiului Universitar de Medicină cât și asistenților medicali, obiectivele propuse fiind acelea de a oferi o bază pentru abordarea pacientului din toate punctele de vedere.

Sperăm ca această lucrare să contribuie la o mai bună înțelegere a nevoilor fundamentale și la perfecționarea continuă a activității asistentei medicale spre beneficiul tuturor.

Modalitățile de abordare a practicii nursing sunt în continuă diversificare. Importanța practicii nursing este determinată în mare măsură de nevoile pacientului, de profesionalismul asistentei medicale și de standardele organizației profesionale.

**Autorii**

## CUPRINS

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României.....	2
<b><u>Nursingul s-a dezvoltat și impus ca un nou concept de abordare a pacientului și individului sănătos. Îngrijirea sănătății, preocupare a tuturor timpurilor, a fost mereu îmbogățită cu experiența generațiilor anterioare în acest domeniu, devenind o preocupare prioritară a sistemului sanitar. ....</u></b>	<b>3</b>
<b><u>RESPIRAȚIA ȘI CIRCULAȚIA.....</u></b>	<b>12</b>
1. Alterarea respirației.....	12
2. Condiții care afectează respirația.....	15
3. Condiții care afectează circulația.....	15
4. Procesul de îngrijire.....	16
4.1 Culegerea de date.....	16
Probleme curente respiratorii.....	20
Antecedente de afecțiuni respiratorii.....	20
Antecedente de afecțiuni cardiovasculare.....	20
Stilul de viață.....	20
Prezența tusei.....	20
Descrierea sputei.....	20
Prezența factorilor de risc.....	21
Istoric legat de medicație.....	21
Ochi.....	21
Tegument.....	21
4.2 Analiza și interpretarea datelor.....	22
4.4 Intervenții nursing.....	26
4.5 Evaluare.....	27
Cazul nr. 4.....	28
<b><u>NUTRIȚIA.....</u></b>	<b>31</b>
1. Noțiuni introductive.....	31
Digestia.....	32
Metabolismul.....	32
Digestia.....	32
Metabolismul.....	32
Digestia.....	33
2. Factorii care influențează dieta.....	35
3. Procesul de îngrijire.....	36
3.1 Culegerea de date.....	36
3.2 Analiza și interpretarea datelor.....	38
3.3 Obiective nursing.....	40
3.4 Intervenții nursing.....	41
3.5 Evaluare.....	42
<b><u>TULBURĂRILE ELECTROLITICE.....</u></b>	<b>46</b>
1. Distribuția lichidelor în organism.....	46

2. Mișcarea lichidelor și electroliților.....	46
3. Nevoile de lichide.....	48
4. Pierderile de lichide.....	48
5. Bilanțul lichidian.....	48
6. Electroliții.....	49
7. Factorii care influențează echilibrul hidro-electrolitic.....	49
8. Procesul de îngrijire.....	51
8.1 Culegerea de date.....	51
8.2 Analiza și interpretarea datelor.....	52
8.3 Obiective nursing.....	53
8.4 Intervenții nursing.....	53
8.5 Evaluare.....	54
9. Dezechilibre hidroelectrolitice.....	54
9.1 Tulburări ale volumului de lichid.....	54
9.2 Tulburările concentrației sanguine a sodiului.....	56
9.3 Tulburările concentrației sanguine a potasiului.....	60
9.4 Tulburările concentrației sanguine a magneziului.....	63
9.5 Tulburările concentrației sanguine a calciului.....	65
9.6 Tulburările concentrației sanguine a fosfatului.....	66
<b>ECHILIBRUL ACIDO-BAZIC.....</b>	<b>70</b>
1. Noțiuni generale.....	70
2. Cauze și diagnostic.....	72
<b>Parametru.....</b>	<b>73</b>
<b>Valoare normală.....</b>	<b>73</b>
<b>PH.....</b>	<b>73</b>
<b>7,35-7,45.....</b>	<b>73</b>
<b>PCO<sub>2</sub>.....</b>	<b>73</b>
<b>35-45 mmHg.....</b>	<b>73</b>
<b>PO<sub>2</sub>.....</b>	<b>73</b>
<b>80-100 mmHg.....</b>	<b>73</b>
<b>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>.....</b>	<b>73</b>
<b>23-27 mEq/l.....</b>	<b>73</b>
<b>K<sup>+</sup>.....</b>	<b>73</b>
<b>3,5-5,5 mEq/l.....</b>	<b>73</b>
<b>Cl<sup>-</sup>.....</b>	<b>73</b>
<b>95-106 mEq/l.....</b>	<b>73</b>
<b>Modificările echilibrului acido-bazic sunt redate în tabelul nr.7. ....</b>	<b>73</b>
<b>PH.....</b>	<b>73</b>

<b>PCO2</b> .....	<b>73</b>
<b>PO2</b> .....	<b>73</b>
<b>HCO3-</b> .....	<b>73</b>
<b>K+</b> .....	<b>73</b>
<b>Cl-</b> .....	<b>73</b>
3. Acidoza respiratorie.....	73
4. Acidoza metabolică.....	75
5. Alcaloza metabolică.....	77
6. Alcaloza respiratorie.....	79
<b>TEMPERATURA</b> .....	<b>83</b>
1. Noțiuni introductive.....	83
2. Termogeneza.....	84
3. Termoliza.....	85
4. Factorii care influențează temperatura corporală.....	86
5. Hipertermia.....	86
5.1 Culegerea de date.....	87
5.2 Analiza și interpretarea datelor.....	87
5.3 Obiective nursing.....	88
5.4 Intervenții nursing.....	88
5.5 Evaluare.....	89
6. Hipotermia.....	89
6.1 Culegerea de date.....	89
6.2 Analiza și interpretarea datelor.....	89
6.3 Obiective nursing.....	91
6.4 Intervenții nursing.....	91
6.5 Evaluare.....	91
<b>MOBILITATE – IMOBILITATE</b> .....	<b>96</b>
1. Mobilitatea.....	96
Mișcări adecvate.....	96
2. Imobilitatea.....	97
3. Factorii care afectează mobilitatea (o bună postură, mișcare).....	100
4. Procesul de îngrijire.....	100
4.1 Culegerea de date.....	100
Sistem osteo-articular.....	101
Aparat cardiovascular.....	101
Aparat respirator.....	101
Metabolism și nutriție.....	102
Sistem endocrin și aparat urinar.....	102
Aparat digestiv.....	103
Tegumente și mucoase.....	103
Sistem nervos central.....	103
Aspecte ale vieții sociale, emoționale și intelectuale.....	104
4.2 Analiza și interpretarea datelor.....	104
4.3 Obiective nursing.....	107
4.4 Intervenții nursing.....	108

4.5 Evaluare.....	109
<b>IGIENA.....</b>	<b>113</b>
1. Noțiuni introductive.....	113
<b>Igiena este o știință a sănătății și de menținere a ei. În literatura de specialitate sunt menționate:.....</b>	<b>113</b>
<b>igiena mentală;.....</b>	<b>113</b>
<b>igiena externă;.....</b>	<b>113</b>
<b>igiena sexuală;.....</b>	<b>113</b>
<b>igiena socială. ....</b>	<b>113</b>
2. Factorii care influențează satisfacerea nevoii.....	113
3. Procesul de îngrijire.....	114
3.1 Tegumentul.....	114
Culoarea tegumentului .....	115
3.1.2 Diagnostice nursing.....	121
3.2 Părul .....	123
3.3 Unghiile.....	124
3.4 Diagnostice nursing legate de problemele de îngrijire ale piciorului.....	125
3.5 Diagnostice nursing legate de problemele de îngrijire ale cavității bucale.....	127
3.6 Diagnostice nursing legate de problemele de îngrijire ale ochilor.....	128
3.7 Diagnostice nursing legate de problemele de îngrijire ale urechilor.....	128
3.8 Diagnostice nursing legate de problemele de îngrijire ale nasului.....	130
3.9 Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale.....	130
<b>DUREREA.....</b>	<b>137</b>
1. Noțiuni introductive.....	137
2. Idei false și prejudecăți despre durere.....	138
3. Fazele durerii.....	139
4. Teoriile durerii .....	144
5. Simptomele durerii .....	145
6. Factorii care influențează răspunsul la durere.....	146
7. Tipuri de durere.....	148
8. Demersul clinic al asistentei medicale și tratamentul durerii.....	148
8.1 Colectarea datelor.....	148
8.2 Analiza și interpretarea datelor.....	152
8.3 Obiective nursing.....	153
8.4 Intervenții nursing .....	153
8.5 Evaluare.....	154
Cazul nr.5.....	156
<b>PREVENIREA TRANSMITERII INFECȚIEI.....</b>	<b>158</b>
1. Noțiuni introductive.....	158
2. Factorii care influențează riscul la infecție.....	162
3. Stadiile procesului infecțios.....	163
4. Lanțul epidemiologic al infecției.....	163

.....	166
<b>5. Procesul de îngrijire.....</b>	<b>166</b>
5.1 Culegerea de date.....	166
5.2 Analiza și interpretarea datelor.....	169
5.3 Obiective nursing.....	169
5.4 Intervenții nursing.....	170
5.5 Evaluare.....	171
<b>SECURITATEA FIZICĂ, PSIHOLOGICĂ ȘI SOCIOLOGICĂ.....</b>	<b>173</b>
<b>SECURITATEA FIZICĂ, PSIHOLOGICĂ ȘI SOCIOLOGICĂ.....</b>	<b>174</b>
1. Factorii care influențează nevoia.....	174
2. Caracteristicile mediului securitar.....	175
Luminozitate adecvată în casa scărilor, camere, intrări, birouri; se realizează cu ajutorul veiozei, a luminilor de veghe în hol, baie, dormitoarele copii/persoanelor vârstnice și reduce riscurile de cădere, favorizând securitatea.....	176
3. Factorii care intervin în asigurarea securității persoanei umane.....	177
4. Procesul de îngrijire.....	178
4.1 Culegerea de date.....	178
4.2 Diagnostic nursing.....	178
4.3 Obiective nursing.....	179
4.4 Intervenții nursing.....	180
4.5 Evaluare.....	180
5. Tipuri de accidente casnice.....	181
6. Tipuri de accidente la locul de muncă.....	183
7. Accidentele la copii.....	184
8. Accidentele de circulație.....	184
Medicamentele și accidentele auto.....	185
<b>ELIMINAREA URINARĂ.....</b>	<b>187</b>
1. Factorii care influențează volumul urinar și micțiunea.....	187
2. Procesul de îngrijire.....	189
2.1 Culegerea de date.....	189
2.2 Analiza și interpretarea datelor.....	193
2.3 Obiective nursing.....	194
2.4 Intervenții nursing.....	195
2.5 Evaluare.....	196
Cazul nr.1.....	197
<b>ELIMINAREA FECALĂ.....</b>	<b>200</b>
1. Factorii care afectează defecția.....	200
2. Probleme legate de eliminarea fecală.....	201
2.1 Constipația.....	201
2.2 Fecalom.....	202
2.3 Diareea.....	203
2.4 Incontinența fecală.....	203
2.5 Flatulența.....	203
2.6 Hemoroizii.....	204
3. Procesul de îngrijire.....	204
3.1 Culegerea de date.....	204



3.2 Analiza și interpretarea datelor.....	206
3.3 Obiective nursing.....	207
3.4 Intervenții nursing.....	208
3.5 Evaluare.....	210
Cazul nr.4.....	211
<b>Cazul nr. 5.....</b>	<b>211</b>
<b>SOMN – ODIHNĂ.....</b>	<b>213</b>
1. Noțiuni introductive.....	213
2. Fiziologia somnului.....	214
Reglarea somnului.....	214
3. Funcțiile somnului.....	215
4. Stadiile somnului.....	215
5. Ciclurile somnului.....	216
6. Nevoile normale de somn.....	217
7. Factorii care afectează somnul.....	219
8. Tulburări ale somnului.....	220
9. Procesul de îngrijire.....	222
9.1 Culegerea de date.....	222
9.2 Analiza și interpretarea datelor.....	222
9.3 Obiective nursing.....	223
9.4 Intervenții nursing.....	223
9.5 Evaluare.....	224
Cazul nr.5.....	226
<b>COMUNICAREA.....</b>	<b>228</b>
1. Noțiuni introductive.....	228
2. Niveluri de comunicare.....	228
3. Elementele procesului de comunicare.....	229
4. Moduri de comunicare.....	231
4.1 Comunicarea verbală.....	231
4.2 Comunicarea nonverbală.....	233
5. Factorii care influențează comunicarea.....	238
6. Comunicarea terapeutică.....	240
7. Relația de ajutor.....	246
8. Bariere în comunicare.....	247
9. Demersul clinic al asistentei medicale și comunicarea.....	249
9.1 Culegerea de date.....	249
9.2 Analiza și interpretarea datelor.....	250
9.3 Obiective nursing.....	252
9.4 Intervenții nursing.....	252
9.5 Evaluare.....	254
<b>Exemplu de comunicare între pacient și asistenta medicală este redat în tabelul nr. 26.....</b>	<b>254</b>
<b>NEVOIA DE A ÎNVĂȚA.....</b>	<b>259</b>
1. Noțiuni introductive.....	259
2. Norme educative pentru pacient.....	259
3. Obiectivele educației pacientului.....	260

4. Educație și comunicare.....	261
5. Domeniile învățământului – educației .....	262
6. Principiile fundamentale ale învățării.....	262
7. Principiile fundamentale ale educației.....	266
8. Educația și demersul clinic al asistentei medicale.....	266
8.1 Colectarea datelor.....	266
8.2 Analiza și interpretarea datelor.....	268
8.3 Obiective nursing.....	268
8.4 Intervenții nursing.....	269
8.5 Evaluare.....	270
<b>CONCEPTUL DE ETNICITATE ȘI CULTURĂ.....</b>	<b>272</b>
1. Noțiuni introductive.....	272
<b>Etnicitatea este o condiție a apartenenței la un grup etnic specific.....</b>	<b>272</b>
<b>Un grup etnic este un grup de indivizi care au o unică cultură și moștenire socială transmisă de la o generație la alta.....</b>	<b>272</b>
<b>Exemple de subgrupe culturale sunt grupuri ocupaționale (de ex. asistentele medicale), grupuri sociale (feminin) și grupuri etnice (români, francezi, germani).....</b>	<b>272</b>
2. Credința religioasă.....	273
3. Procesul de îngrijire.....	277
3.1 Culegerea de date.....	277
3.2 Analiza și interpretarea datelor.....	277
Principalele probleme nursing sunt:.....	277
3.3 Obiective nursing.....	278
3.4 Intervenții nursing.....	279
3.5 Evaluare.....	280
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>282</b>

## **RESPIRAȚIA ȘI CIRCULAȚIA**

- ◆ **Alterarea respirației**
- ◆ **Condiții care afectează respirația**
- ◆ **Condiții care afectează circulația**
- ◆ **Procesul de îngrijire**

## **RESPIRAȚIA ȘI CIRCULAȚIA**

### **1. Alterarea respirației**

Ventilația menține presiunea parțială a dioxidului de carbon și oxigenului în limite normale. Hiperventilația și hipoventilația se referă la ventilația alveolară și nu la ritmul respirator.

#### ***Hiperventilația***

Hiperventilația constă în pătrunderea unei cantități mai mari de aer în timpul ventilației pentru a elimina dioxidul de carbon produs de metabolismul celular, astfel ca presiunea parțială a dioxidului de carbon să fie normală.

Cauze:

- anxietate;
- infecții (o creștere a temperaturii cu 1 °C peste valoarea normală determină o creștere a metabolismului de 7 % );
- hipoxia;
- medicamente (intoxicația cu salicilați, amfetamine);
- tulburări acido-bazice.

Semne și simptome:

- tahicardie;
- scurtarea respirației;
- durere toracică;
- paretezii;
- dezorientare;
- amețeli;
- cefalee;
- tulburări de vedere;
- tetanie (spasm carpopedal).

Hemoglobina nu poate transporta oxigenul la nivel tisular în cantitate suficientă ceea ce duce la hipoxie. Pacientul devine agitat, crește numărul respirațiilor, consecința fiind acidoza respiratorie.

### ***Hipoventilația***

Hipoventilația apare când ventilația nu asigură oxigenul necesar organismului și nu elimină dioxidul de carbon în cantitate suficientă, presiunea parțială a dioxidului de carbon crescând.

Atelectazia produce hipovenilație. Atelectazia este un colaps al alveolei pulmonare care împiedică schimbul normal alveolar oxigen – dioxid de carbon.

Semne și simptome:

- amețeli;
- cefalee (occipitală);
- letargie;
- dezorientare;
- scăderea abilității de a executa anumite comenzi;
- disritmii cardiace;
- tulburări electrolitice;
- convulsii;
- comă;
- stop cardiac.

Hipoventilația netratată duce la convulsii, pierderea stării de conștiență și moarte.

Scopul tratamentului hiperventilației și hipovenilației este de a corecta cauza și tulburările acido – bazice.

### ***Hipoxia***

Hipoxia este o oxigenare celulară inadecvată care rezultă dintr-o deficiență în eliberarea și utilizarea oxigenului la nivel celular (Gröer și Shekleton, 1989).

Cauze:

- scăderea hemoglobinei;
- scăderea concentrației de oxigen din aerul inspirat (altitudini înalte);
- incapacitatea de eliberare a oxigenului la nivel tisular (intoxicații cu cianuri);
- scăderea difuziunii oxigenului la nivelul membranei alveolo – capilare (pneumonie);
- scăderea perfuziei tisulare (șoc);
- tulburări ale ventilației.

Semne și simptome:

- anxietate;
- scăderea capacității de concentrare;
- astenie;
- tulburări ale stării de conștiență;
- amețeli;
- tulburări de comportament;
- tahicardie;
- creșterea numărului de respirații;
- disritmii cardiace;
- paloare;
- cianoză;
- dispnee;
- creșterea tensiunii arteriale.

Asistenta medicală trebuie să evalueze culoarea tegumentului pentru a depista cianoza; alte zone care trebuie inspectate sunt conjunctivele, sublingual, patul unghial, extremitățile. Prezența sau absența cianozei nu este un indicator absolut al statusului oxigenului.

### ***Dispneea***

Dispneea este un semn al hipoxiei și se manifestă ca o scurtare a respirației sau dificultate în respirație. Netratată duce la disritmii cardiace și moarte. Hipoxia se ameliorează prin oxigenoterapie și corectarea cauzei care a determinat-o (de ex. pneumonie, șoc).

## **2. Condiții care afectează respirația**

Condițiile care afectează respirația sunt:

- Bolile pulmonare obstructive

Obstrucția căilor aeriene determină:

- creșterea rezistenței la flux (de ex. în acumularea de secreții în bronșita cronică sau obstrucția căilor aeriene prin corp străin);
- contractia pereților căilor aeriene în astmul bronșic;
- distrucții ale țesutului pulmonar în emfizem.

- Bolile pulmonare restrictive

Cauze:

- leziuni ale peretelui pulmonar (fibroză pulmonară);
- boli ale pleurei (pneumotorax) sau ale peretelui toracic (scolioza) sau ale nervilor care inervează musculatura respiratorie (sindromul Guillain – Barre).

- Bolile pulmonare vasculare (tromboembolismul pulmonar, hipertensiunea pulmonară);

- Bolile profesionale (silicoză, azbestoză).

## **3. Condiții care afectează circulația**

Condițiile care afectează circulația sunt:

- Tulburări de ritm și de conducere (blocuri atrioventriculare sau sinoatriale, tahicardie, bradicardie, extrasistole)

Cauze:

- ischemie;
- valvulopatii;
- anxietate;

- abuz de cofeină, alcool, fumat;
  - toxicitate medicamentoasă;
  - tulburări electrolitice și acido – bazice.
- Insuficiența cardiacă:
    - Stângă determină hipertensiune pulmonară, scăderea toleranței la efort, amețeli, confuzie, tulburări de respirație, dispnee paroxistică nocturnă, tuse.Cauze:
    - cardiopatie ischemică;
    - cardiomiopatii;
    - valvulopatii;
    - boli pulmonare.  - Dreaptă determină congestie venoasă sistemică, creșterea rezistenței vasculare pulmonare. Apare creștere în greutate, jugulare turgescente, hepatosplenomegalie, edeme periferice.
- Cauze:
- boli pulmonare.
- Valvulopatii:
  - Stenoză aortică și pulmonară determină hipertrofie ventriculară cu insuficiență cardiacă dreaptă/stângă;
  - Stenoză mitrală și tricuspidiană determină hipertrofie atrială.
- Ischemia miocardică manifestată prin angină pectorală sau infarct miocardic. În angina pectorală durerea durează 3 – 15 minute și cedează la nitroglicerina administrată sublingual, în infarctul miocardic durerea durează peste 30 minute și nu cedează la nitroglicerina administrată sublingual.

## **4. Procesul de îngrijire**

### **4.1 Culegerea de date**

Culegerea de date la un pacient cu o afecțiune cardio-pulmonară se referă la:



- istoricul unei afecțiuni cardio – pulmonare, măsurile luate pentru ameliorarea respirației și circulației;
- examenul fizic (inspecția, palparea, percuția, auscultația);
- examinări paraclinice.

Se culeg date despre:

- circulație:
  - durere (caracteristicile durerii);
  - dispnee;
  - oboseală;
  - circulația periferică;
  - boli cardiace în antecedente sau prezente.
- respirație:
  - tuse;
  - scurtarea respirației;
  - wheezing,
  - durere;
  - expunere la toxice, agenți poluanți;
  - frecvența infecțiilor respiratorii;
  - factori de risc pulmonari;
  - afecțiuni respiratorii în antecedente sau prezente;
  - medicația utilizată.

*Fatigabilitatea* este o senzație de slăbiciune și lipsă de putere. Cuantificarea oboselii se poate face pe o scală de la 1 la 10 (1 – lipsă de fatigabilitate și 10 – oboseală extremă).

*Dispneea* este un efort respirator, se utilizează mușchii accesorii ai respirației, apar bătăi ale aripilor nazale, creșterea frecvenței respirațiilor. Pentru evaluare se utilizează o scală vizuală (se trasează o linie verticală de 100 mm, pacientul fiind rugat să-și evalueze dispneea printr-un punct pe această linie, unde 0 înseamnă absența dispneei și 100 mm dispnee severă).

Se evaluează cauzele care pot duce la dispnee:

- stres;
- infecții de tract respirator;
- efort fizic intens.

*Ortopneea* este o poziție forțată, se apreciază după numărul de perne puse sub cap.

*Tusea* este expulzia aerului prin închiderea parțială a glotei cu utilizarea mușchilor accesorii expiratori. Este un reflex care împiedică acumularea secrețiilor la nivelul traheei, bronhiilor și plămânilor. Tusea este dificil de evaluat. Persoanele cu tuse cronică subestimează sau minimalizează tusea pentru că s-au acomodat cu această stare și nu mai pot aprecia frecvența ei.

Se evaluează dacă tusea este productivă sau neproductivă, frecvența; se apreciază culoarea, mirosul, aspectul sputei. În caz de hemoptizie se face diagnostic diferențial cu hematemeza; se apreciază culoarea, aspectul, durata și dacă este mixtă (spută și hemoptizie).

Pacienții cu sinuzită cronică tușesc dimineața sau imediat după trezire; prin tuse se elimină mucusul acumulat rezultat din drenajul de la nivelul sinusurilor.

Pacienții cu bronșită cronică tușesc toată ziua, în special după ridicarea în poziție șezândă sau clinostatism.

*Wheezing-ul* este zgomotul produs de inspir. Apare în astmul bronșic și bronșite acute. Se culeg informații despre factorii care pot precipita apariția wheezing-ului:

- infecții respiratorii;
- expunere la alergeni;
- stres;
- exerciții fizice.

Se evaluează caracteristicile *durerii*: localizare, durată, iradiere, frecvență. În pericardite apare durere retrosternală care se accentuează în inspir.

În pleurite, pleurezii apare durere la baza toracelui care poate iradia interscapulovertebral, se accentuează la tuse, oftat, căscat, durează minute, ore.

Durerea musculoscheletală se agravează la mișcările inspiratorii, se confundă cu durerea pleurală. Apare după eforturi fizice intense, traumatisme toracice sau episoade prelungite de tuse.

Se investighează *expunerea la poluanți* (la locul de muncă și la domiciliu). Cel mai frecvent expunerea la domiciliu este la fumul de țigară. Este important să se determine dacă este fumător pasiv.

Alte expuneri la domiciliu sunt la radon, substanțe radioactive. La locul de muncă expunerea poate fi la azbest, siliciu, cărbune. Aceste substanțe au fost dovedite a fi carcinogene.

Se evaluează frecvența, durata *infecțiilor respiratorii*. În caz de pneumonii cu *Pneumocystis carini* sau *Mycobacterium pneumonia* se evaluează factorii de risc pentru SIDA

(consum de droguri, relații heterosexuale multiple sau homosexuale, transfuzii de sânge netestat).

Se evaluează factorii de risc (cancer pulmonar în familie, tuberculoză pulmonară sau afecțiuni cardiace).

Se evaluează medicația folosită, abilitatea și cunoștințele legate de administrarea medicației, efectele secundare ale medicației.

***Ghid de culegere a datelor***

*Probleme curente respiratorii*

- Ce modificări recente au survenit în respirație (scurtarea respirației, dificultate în respirație, necesită poziție șezândă pentru respirație, respirație rapidă) ?
- Ce activități agravează simptomatologia ?
- Sunteți expus la poluanți ?

*Antecedente de afecțiuni respiratorii*

- Aveți alergii, astm, tuberculoză pulmonară, bronșită, pneumonie sau emfizem ?
- Cât de frecvente sunt ? Cât durează ? Ați urmat tratament ?

*Antecedente de afecțiuni cardiovasculare*

- Ați avut probleme cardiace sau de circulație (de ex. hipertensiune arterială, anemie, cardiopatie) ?

*Stilul de viață*

- Fumați ? Dacă da, câte țigări pe zi ?
- Mai fumează și alți membrii ai familiei ?
- Există substanțe toxice la locul de muncă (fum, azbest, cărbune, praf) ?

*Prezența tusei*

- Cât de frecventă este ?
- Este productivă sau neproductivă ?
- Apare în timpul activității sau în anumite momente ale zilei ?

*Descrierea sputei*

- Când apare ? Cantitate ? Apare și sânge în spută ?
- Ce culoare, aspect, miros are ?

*Prezența durerii toracice*

- Aveți durere în timpul respirației sau activității ?
- Unde este localizată ?
- Cum o descrieți ?
- Apare în timpul respirației sau nu ?
- Cât durează ?
- Ce activități preced durerea ?
- Cum se ameliorează durerea ?

*Prezența factorilor de risc*

- În familie există persoane cu boli cardiace, tumori pulmonare sau tuberculoză pulmonară ?
- Se notează greutatea corporală, se evaluează alimentația și activitatea;
- Se evaluează factorii de risc: fumat, obezitate, sedentarism, dietă bogată în grăsimi.

*Istoric legat de medicație*

- Urmați tratament cu medicamente pentru inimă, circulație, plămâni (bronhodilatatoare, antihipertensive, diuretice, vasodilatatoare periferice) ?
- Care este doza, ritmul de administrare, efectele secundare ?

**Examenul fizic**

Modificările de la examenul fizic întâlnite la pacienți cu afecțiuni cardio-respiratorii sunt redată în tabelul nr. 1

**Tabelul nr.1 Modificările de la examenul fizic întâlnite la pacienți cu afecțiuni cardio-respiratorii**

<i>Modificarea de la examenul fizic</i>	<i>Cauze</i>
<b><i>Ochi</i></b> - xantelasmă - inel cornean - paloarea conjunctivei - cianoza conjunctivei - peteșii conjunctivale	- hiperlipidemia - hiperlipidemia (la vârstnici este normal) - anemie - hipoxemie - embolii grăsoase, endocardită bacteriană
<b><i>Tegument</i></b> - cianoză periferică - cianoză centrală - scăderea turgorului - edeme periferice - edeme palpebrale	- vasoconstricție - hipoxemie - deshidratare (la adult datorită scăderii elasticității) - insuficiență cardiacă stângă/dreaptă - boli renale

<p align="center"><b><i>Degete</i></b></p> <p>- cianoză</p>	<p>- hipoxie, - endocardită bacteriană, - hipoxemie cronică</p>
<p align="center"><b><i>Gură și buze</i></b></p> <p>- cianoză</p>	<p>- hipoxie</p>
<p align="center"><b><i>Vene jugulare</i></b></p> <p>- distensie</p>	<p>- insuficiență cardiacă dreaptă</p>
<p align="center"><b><i>Nas</i></b></p> <p>- bătăi ale aripilor nazale</p>	<p>- dispnee</p>
<p align="center"><b><i>Torace</i></b></p> <p>- retracție - asimetrie</p>	<p>- dispnee, creșterea efortului respirator - leziuni ale peretelui toracic</p>
<p align="center"><b><i>Evaluarea respirației</i></b></p> <p>- tahipnee  - bradipnee  - respirație Küssmaul - respirație Cheyne – Stokes</p>	<p>- exerciții, sarcină, febră, boli pulmonare, anxietate, afecțiuni neurologice, obstrucții ale căilor aeriene  - disfuncții ale sistemului nervos central, obstrucții ale căilor aeriene, intoxicații medicamentoase  - cetoacidoza diabetică  - insuficiență cardiacă congestivă, bronhopneumonie, intoxicații medicamentoase, somn, tulburări ale sistemului nervos central</p>
<p align="center"><b><i>Evaluarea mișcărilor toracelui</i></b></p> <p>- retracție - respirație paradoxală sau respirație asincronă (retracția toracelui în timpul inspirului și expansiunea în timpul expirului) - creșterea diametrului antero-posterior</p>	<p>- astm bronșic, traheobronșite, obstrucții de căi aeriene  - boli pulmonare cronice obstructive, emfizem</p>

#### ***4.2 Analiza și interpretarea datelor***

După NANDA există 5 categorii de probleme nursing:

- 1) **clearance inefficient al căilor respiratorii** este starea în care individul nu poate elimina secrețiile pentru a preveni obstrucția căilor aeriene.
- 2) **respirație ineficace** este starea în care inspirul și expirul nu asigură o ventilație adecvată.
- 3) **schimb gazos inefficient** este starea în care apare un dezechilibru între aportul de oxigen și eliminarea de dioxid de carbon la nivelul membranei alveolo-capilare.
- 4) **alterarea perfuziei tisulare** (cerebrală, cardiopulmonară, gastrointestinală, periferică, renală) este starea în care scade aportul de oxigen și substanțe nutritive la nivel celular datorită deficitului de irigație.
- 5) **scăderea debitului cardiac** este starea în care scade debitul cardiac (cantitatea de sânge) corespunzător necesarului tisular.

Alte probleme nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale:

- scăderea toleranței la efort;
- anxietate;
- teamă;
- slăbiciune;
- perturbarea somnului.

### ***Exemple de diagnostice nursing***

*Clearance ineficient al căilor respiratorii legat de:*

- infecții traheobronșice, obstrucții, secreții;
- fatigabilitate;
- traumatisme;
- intoxicații cu inhalanți;
- deshidratare.

*Respirație ineficace legată de:*

- leziuni musculoscheletale, neuromusculare;
- durere;
- anxietate;
- fatigabilitate;
- procese inflamatorii;
- scăderea expansiunii pulmonare;

- obstrucții traheobronșice;
- alterări ale presiunii parțiale a dioxidului de carbon și oxigenului (oxigenoterapie în boli pulmonare cronice obstructive).

*Scăderea debitului cardiac legat de:*

- leziuni structurale (valvulopatii, anevrism ventricular, ruptură de sept interventricular);
- tulburări de ritm și conducere;
- boli care alterează:
  - presarcina (alterarea contractilității miocardice, scăderea întoarcerii venoase);
  - postsarcina (rezistența vasculară sistemică);
  - inotropismul inimii.

*Obstrucția căilor respiratorii legată de:*

- prezența secrețiilor bronșice;
- prezența corpiilor străini în căile respiratorii.

*Dificultate de a respira legată de:*

- bronhospasm.

*Potențial de alterare a respirației legat de:*

- expunerea la noxe profesionale;
- expunerea la aer poluat (fum, praf, pulberi);
- expunerea la mediu cu umiditate crescută.

*Schimb gazos ineficient legat de:*

- alterarea aportului de oxigen (altitudine crescută);
- modificări ale membranei alveolocapilare;
- alterarea capacității de transport a oxigenului (anemia, intoxicații cu monoxid de carbon);
- alterări ale fluxului sanguin.

*Alterarea perfuziei tisulare legată de:*

- obstrucții venoase și arteriale;
- hipovolemie;
- hipervolemie.

**Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale**



*Scăderea toleranței la efort legată de:*

- dezechilibru între cererea și aportul de oxigen;
- sedentarism.

*Anxietate legată de:*

- clearance ineficient al căilor aeriene;
- respirație ineficientă.

*Teamă legată de* sentimentul de sufocare asociat cu clearance ineficient al căilor aeriene.

*Oboseală legată de:*

- scăderea debitului cardiac;
- alterarea comunicării verbale (datorită sondei de traheostomie).

*Perturbarea somnului legat de:*

- ortopnee;
- anxietate asociată cu clearance ineficient al căilor aeriene.

### **4.3 Obiective nursing**

În caz de *clearance ineficient al căilor respiratorii:*

- să aibă căi respiratorii libere;
- să elimine secrețiile;
- să nu prezinte raluri;
- să aibă o respirație în limite normale (număr, amplitudine, tip);
- să aibă tegumentele normal colorate;
- să se prevină potențialele complicații;
- să se explice tratamentul la domiciliu.

În caz de *respirație ineficace și schimb gaze ineficient:*

- să aibă presiunea parțială a oxigenului și dioxidului de carbon în limite normale;
- să nu apară cianoza;
- să aibă o respirație normală (12-20 respirații/minut) cu mișcări respiratorii simetrice, fără utilizarea mușchilor respiratori accesori;
- să desfășoare activități fără modificarea respirației;

- să se explice tratamentul și efectele secundare (bronhodilatatoare, corticosteroizi, antihistaminice).

În caz de *scădere a debitului cardiac*:

- să aibă tensiunea arterială în limite normale (tensiunea arterială sistolică 140 mmHg și cea diastolică 90 mmHg);
- să aibă un puls în limite normale;
- să nu aibă raluri;
- să desfășoare activități fără a apărea oboseala;
- să cunoască factorii de risc și tratamentul (stres, eforturi fizice intense, medicație – diuretice și vasodilatatoare).

În caz de *alterare a perfuziei tisulare*:

- să aibă un puls normal (amplitudine);
- să aibă extremități normal colorate;
- să aibă funcțiile vitale în limite normale;
- să aibă tegumentele integre;
- să nu aibă edeme;
- să existe un echilibru intrări – ieșiri;
- să se identifice factorii cauzali;
- să cunoască medicația (anticoagulante);
- să-și schimbe stilul de viață (renunțare la fumat, practicarea de exerciții fizice).

#### ***4.4 Intervenții nursing***

Intervențiile nursing au ca obiectiv:

- facilitarea ventilației pulmonare;
- facilitarea schimburilor gazoase;
- facilitarea transportului de oxigen – dioxid de carbon.

Intervenții nursing pentru *facilitarea ventilației pulmonare*:

- menținerea căilor respiratorii libere;
- poziție adecvată;
- respirații profunde;
- hidratare corespunzătoare;
- drenaj postural;
- tapotament;

- administrare de analgezice înainte de respirațiile profunde și tuse.

Intervenții nursing pentru *facilitarea schimburilor gazoase prin membrana alveolo-capilară*:

- încurajarea tusei;
- respirații profunde.

Intervenții nursing pentru *facilitarea transportului oxigen – dioxid de carbon*:

- poziție care să favorizeze circulația;
- evitarea eforturilor fizice mari;
- evitarea stresurilor.

Alte intervenții nursing:

- oxigenoterapie;
- traheostomie;
- drenaj pleural.

#### **4.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- are o respirație în limite normale (ritm, profunzime, tip);
- are mișcări simetrice ale toracelui;
- nu prezintă raluri pulmonare;
- are puls în limite normale (număr, amplitudine, ritm);
- are o culoare normală a tegumentului, mucoaselor, buzelor, lobilor urechilor;
- nu are modificări la examinările paraclinice;
- nu prezintă tulburări de respirație în timpul activităților zilnice;
- nu prezintă efecte secundare ale medicației.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacientul B. G. acuză cefalee, transpirații, rinoree, vărsături. În prezent are febră, dureri toracice, tuse neproductivă. La auscultația plămânilor se aud raluri bronșice.

Diagnostic nursing: *Clearance inefficient al căilor aeriene legat de procesul inflamator și deshidratare*

### ***Cazul nr.2***

Pacientul M. P. are respirații scurtate, tuse iritativă, oboseală. Buzele și degetele sunt cianotice. Numărul respirațiilor este de 36. La inspecție se observă utilizarea musculaturii accesorii (mușchi intercostali și supraclaviculari). ASTRUP-ul arată presiune parțială a dioxidului de carbon crescută. Pacientul este cunoscut cu bronhopneumopatie cronică obstructivă.

Diagnostic nursing: *Schimb gazos inefficient legat de modificările membranei alveolo-capilare*

### ***Cazul nr.3***

Pacienta G. W., de 39 ani, acuză dureri abdominale intense, meteorism abdominal în prima zi postoperator (colecistectomie). Evită să facă exerciții de respirație profundă și de tuse. Numărul respirațiilor este de 18.

Diagnostic nursing: *Respirație ineficace legată de durerea de la nivelul inciziei abdominale*

### ***Cazul nr. 4***

Pacienta B. P. de 87 ani cunoscută cu insuficiență cardiacă acuză oboseală, scurtarea respirației, scăderea pulsului. Tegumentele sunt reci, cianotice. Are edeme gambiere.

Diagnostic nursing: *Alterarea perfuziei tisulare legată de alterarea circulației secundar scăderii debitului cardiac*

**Cazul nr.5**

Pacienta E. M. de 21 ani, funcționară, se internează pentru febră, tuse productivă, respirații rapide.

Prin discuții cu pacienta s-a aflat că are o viroză respiratorie de mai multe săptămâni. De câteva luni ține o cură de slăbire. Este fumătoare, dar de câteva zile nu mai fumează, din cauza tusei.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 169 cm;
- greutate 52,4 Kg;
- temperatură 39,7 °C;
- tensiunea arterială 120/70 mmHg;
- alură ventriculară de 96/min.;
- tegumente palide, pomeți congestionați;
- bătăi ale aripilor nazale;
- utilizarea musculaturii accesorii;
- raluri crepitante cu absența murmurului vezicular la baze.

Date de laborator:

- număr de leucocite = 14 000/mm<sup>3</sup>

Radiografie toracică: pneumonie de lob inferior drept.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.2.

## **NUTRIȚIA**

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Factorii care influențează dieta**
- ◆ **Procesul de îngrijire**

## NUTRIȚIA

### 1. Noțiuni introductive

Nutriția este o știință relativ nouă. S-a observat că există o legătură directă între nutriție și sănătate. De exemplu consumul de grăsimi (în special saturate) de origine animală și colesterol se asociază cu boli coronariene. Regimul bogat în fibre vegetale se asociază cu o scădere a riscului de cancer colorectal.

Organismul necesită alimente pentru a se asigura energia necesară funcționării organelor și sistemelor, mișcărilor corpului, desfășurării de activități, de a menține temperatura corpului în limite normale și a furniza elementele necesare creșterii, reparării, refacerii și activității enzimatice.

Metabolismul se referă la toate reacțiile chimice din organism. Anabolismul este procesul de sinteză a substanțelor, iar catabolismul este procesul de degradare. După ingestie, alimentele sunt degradate, iar produșii de digestie sunt absorbiți pentru a se produce energia desfășurării reacțiilor.

O alimentație sănătoasă constă în ingerarea alimentelor care conțin toți factorii nutritivi de care organismul are nevoie pentru furnizarea energiei, refacerea și repararea țesuturilor sau creștere.

Rația alimentară reprezintă acea cantitate de alimente ingerate care acoperă optim nevoile calorice și nutritive ale individului pe o perioadă de timp (24 ore).

Alimentația echilibrată caloric și nutritiv trebuie să corespundă următoarelor deziderate:

- să confere o bună stare de nutriție și de sănătate individului și să ducă la creșterea calității vieții;
- să susțină o activitate fizică și intelectuală normală;
- să asigure creșterea și dezvoltarea normală a copilului și adolescentului.

O rație alimentară echilibrată trebuie să conțină atât *macronutrienți*: glucide, lipide, proteine, dar și *micronutrienți*: vitamine și săruri minerale. Energia necesară desfășurării proceselor vitale din organism (circulație, respirație, excreție, contracție musculară, etc.) este furnizată prin arderea macronutrienților.

Valoarea lor energetică a fost stabilită prin arderea unui gram din substanța respectivă în bomba calorimetrică. Rezultatele obținute poartă numele de coeficienți izocalorici și sunt utilizați pentru aflarea valorii energetice reale a rației alimentare.

**Glucidele** furnizează 50–55 % din valoarea energetică a rației alimentare. Din punct de vedere energetic un gram de glucide eliberează 4,1 kcal. Cerealele sunt sursele majore de carbohidrați. Cerealele reprezintă 64 % din rație, iar 36 % sunt glucide rafinate (zahăr, ciocolată).

#### *Digestia*

Carbohidrații sunt degradați prin digestie până la zaharuri simple. Cea mai mare parte sunt digerate în intestinul subțire sub acțiunea amilazei pancreatice. Se absoarbe o cantitate mică de glucide, mai ales la nivelul vilozităților intestinale. La nivelul jejunului și ileonului absorbția este activă.

#### *Metabolismul*

Glucidele sunt absorbite, metabolizate de ficat pentru a putea fi folosite de organism pentru producerea de energie (glicogen ce se găsește în mușchi și ficat).

**Proteinele** furnizează 15 % din valoarea energetică a rației alimentare. Ele trebuie să fie 60 % proteine vegetale și 40 % proteine animale. Rolul lor primordial este cel de substanțe plastice (intervin în formarea de noi structuri sau în refacerea celor uzate). Aminoacizii servesc ca materie primă pentru sinteza glucidelor și intră în constituirea proteinelor plasmatiche.

#### *Digestia*

Degradarea proteinelor începe în stomac și continuă la nivelul intestinului subțire. Proteinele vegetale sunt mult mai greu de digerat decât cele animale. Aminoacizii se absorb prin transport activ sau pasiv. Aminoacizii indispensabili din alimentație se numesc aminoacizi esențiali.

#### *Metabolismul*

Aminoacizii sunt utilizați de organism pentru sinteza proteinelor. Producerea de proteine se numește anabolism, iar degradarea proteinelor catabolism. Din degradarea proteinelor rezultă azot. Când procesele anabolice sunt mai intense (în perioada de creștere și dezvoltare) producerea de proteine este mai accentuată decât eliminarea de azot – balanță pozitivă de azot. Când catabolismul este mai intens balanța de azot este negativă.



**Lipidele** furnizează 30 % din valoarea energetică a rației alimentare. Ele trebuie să fie 66 % grăsimi animale și 33 % uleiuri vegetale. Prin arderea unui gram de lipide se eliberează 9,3 kcal.

Rol:

- intră în constituția unor hormoni și în țesuturile nervoase;
- plastic;
- energetic (prin oxidarea lor se obține căldură);
- grăsimile în exces de metabolizează și se transformă în aminoacizi și lipide.

Grăsimile sunt:

- saturate;
- nesaturate – din surse naturale (de ex. unt, carne);
- polinesaturate – din surse vegetale (ulei de porumb).

*Digestia*

Absorbția grăsimilor (acizilor grași) se realizează la nivelul intestinului subțire – vilozitățile intestinale. Sărurile biliare au rol în absorbție prin formarea de complexe hidrosolubile care sunt absorbite prin pinocitoză la nivelul vilozităților intestinale.

*Metabolismul*

În ficat prin oxidarea lipidelor se obțin cetone. Producerea în exces de cetone modifică balanța acido–bazică.

### ***Elementele neenergetice (vitamine și săruri minerale)***

Elementele neenergetice trebuie să fie în echilibru cu cele energetice. În funcție de solubilitatea lor vitaminele pot fi:

- liposolubile (A, D, E, K);
- hidrosolubile (B, C, P).

Vitaminele liposolubile se absorb la fel ca lipidele. Vitaminele hidrosolubile se absorb prin mecanisme variate de transport, de ex. pentru vitamina B12 este necesar prezența factorului intrinsec la nivelul stomacului.

**Vitamina A** se găsește în ficat, morcovi, spanac, sfeclă, roșie, varză roșie, roșii, pătrunjel, ardei gras, caise, piersici.

**Vitamina D** se găsește în uleiul de pește, carne de pește, gălbenuș de ou, lapte, unt, brânzeturi grase.

**Vitamina E** se găsește în ulei, mălai, pâine neagră, fasole albă, salată verde.

**Vitamina K** se găsește în spanac, salată, urzici, leuștean, mărar, ceapă verde, conopidă, roșii, ficat, gălbenuș de ou.

**Vitamina B1** se găsește în carne, ficat, ouă, cartofi, nuci.

**Vitamina B2** se găsește în lapte, brânză, pește, ouă, ciuperci.

**Vitamina B6** se găsește în cereale, drojdie de bere, legume uscate.

**Vitamina PP** se găsește în lapte, cartofi, cireșe, mere, pere, prune, struguri.

**Vitamina B12** se găsește în ouă, pește, lapte și derivate de lapte.

**Acidul folic** se găsește în frunzele legumelor și pâine neagră.

**Vitamina C** în cantitate de peste 200 mg pe 100 g produs se găsește în măceșe, ardei roșu; între 150 – 200 mg pe 100 g produs se găsește în coacăze negre, pătrunjel; între 60 – 75 mg în lămâie.

**Sărurile minerale** se găsesc în compușii organici, anorganici sau sub formă de ioni liberi. Calciul și fosfatul reprezintă 80 % din totalul sărurilor minerale din organism. Există două categorii de săruri minerale:

- macrominerale;
- microminerale.

**Macromineralele** sunt necesare organismului în cantitate de peste 100 mg. Acestea sunt: calciu, fosfat, sodiu, potasiu, magneziu, clor și sulf.

**Micromineralele** sunt necesare organismului în cantitate mai mică de 100 mg. Acestea sunt: fier, zinc, magneziu, iod, fluor, cobalt, crom și seleniu. Deficitul de fier determină anemie, iar osteoporoza apare prin pierderea calciului din oase.

**Calciul** se găsește în lapte, brânzeturi, legume, frunze, gulii, fructe, varză, conserve de pește.

**Sodiul** se găsește în brânzeturi, carne, preparate din carne, murături, măsline.

**Potasiul** se găsește în carne, pește, fasole albă, pâine neagră, banane.

**Magneziul** se găsește în legume verzi, fructe, viscere, arahide, nuci, cacao.

**Fierul** se găsește în salată, rinichi, ficat, spanac, nuci, alune și urzici.

**Iodul** se găsește în pește, alge marine, lapte, carne, ouă.

**Zincul** se găsește în carne, viscere, fructe.

## **2. Factorii care influențează dieta**

### **2.1 Cultura**

Există anumite preferințe alimentare în funcție de regiune:

- chinezii mănâncă orez, amestecuri de pește, porc sau găină, salate de legume și ceai verde;
- italienii mănâncă spaghetti, brânză;
- negrii din Africa de Sud mănâncă carne de porc și găină, cartofi.

### **2.2 Religia**

Practicile religioase influențează dieta. Catolicii romani evită carnea în zilele de post, iar pentru protestanți sunt prohibite ceaiul, cafeaua și alcoolul; pentru islamici și iudaici este prohibită carnea de porc.

### **2.3 Statusul economic**

Persoanele cu venituri mari consumă multe grăsimi și proteine, iar cele cu venituri mai mici nu consumă legume și fructe proaspete.

### **2.4 Apartenența la un grup**

Preferințele alimentare se pot modifica în funcție de grupul de care aparține (de ex. un om de afaceri care preferă cafeaua decofeinizată poate schimba preferințele celorlalți angajați ai săi).

### **2.5. Stilul de viață**

Persoanele ocupate, de obicei, preferă să mănânce la restaurant.

### **2.6 Convingerile legate de influența alimentelor asupra stării de sănătate**

Persoanele care prezintă dureri în hipocondrul drept după consumul de maioneză va evita consumul acesteia. Informațiile furnizate prin radio, televiziune, reviste, ziare și cărți pot

influența alegerea alimentelor (de ex. mulți oameni reduc din dietă grăsimile pentru că s-a mediatizat faptul că excesul de grăsimi este un factor de risc major cardiovascular).

### ***2.7 Factori psihologici***

Anorexia și scăderea în greutate indică depresie și un stres sever. Anorexia nervoasă și bulimia sunt tulburări care apar mai frecvent la adolescente.

### ***2.8 Starea de sănătate***

Persoanele cu edentație au tulburări de masticatie. Intervențiile chirurgicale pe intestin afectează digestia, absorbția, metabolismul și excreția nutrienților esențiali. Litiiza biliară afectează digestia grăsimilor. Bolile pancreasului afectează metabolismul glucozei și digestia grăsimilor. Radioterapia în regiunea gâtului sau capului scade salivarea, cu dificultăți de înghițire. Radioterapia abdomenului și pelvisului determină malabsorbție, diaree, vărsături și grețuri.

### ***2.9 Alcoolul și drogurile***

Consumul cronic de alcool duce la deficiențe de proteine, tiamină, vitamină B6. Este necesar să se evalueze consumul de medicamente. Anumite alimente pot afecta absorbția medicamentelor (de ex. calciul afectează absorbția tetraciclinei).

### ***2.10 Preferințele alimentare***

## **3. Procesul de îngrijire**

### ***3.1 Culegerea de date***

Evaluarea stării de nutriție se face prin:

- măsurări antropometrice;
- analize de laborator;
- examen fizic;
- date despre alimentație.

#### ***Măsurători antropometrice***

Măsurătorile antropometrice includ:

- greutatea;
- înălțimea;
- indicele de masă corporală;
- grosimea pliului cutanat;
- circumferința brațului.

### ***Date de laborator***

Hemoglobina este crescută în deshidratare și scăzută în anemii. Albumina serică menține presiunea coloid – osmotică și permite transportul hormonilor, medicamentelor sau a substanțelor nutritive. Transferina transportă fierul, fiind un indicator mai specific al malnutriției proteinelor decât albuminemia pentru că transferina răspunde mult mai rapid la modificările ingestiei de proteine. Balanță pozitivă de azot apare în ingestie crescută de proteine, deshidratare severă, malnutriție, excreție inadecvată a ureei în boli renale obstructive; balanță negativă de azot apare în dietă cu proteine scăzute. Se mai determină de asemenea creatinina și clearance-ul la creatinină.

### ***Examenul fizic***

Modificările care pot fi întâlnite la examenul obiectiv sunt redată în tabelul nr.3.

**Tabelul nr.3 Modificări în caz de alterare a nutriției**

<i>Regiunea</i>	<i>Normal</i>	<i>Patologic</i>
Păr	Subțire, nu se rupe ușor	Despicat, gras, se rupe ușor
Piele	Fină, catifelată, ușor umedă	Uscată, zbârcită, palidă
Ochi	Strălucitori	Inexpresivi
Limba	Roz, umedă	Uscată, cu depozite
Mucoase	Roz, umede	Uscate, crăpate, cu modificări de culoare
Cardiovascular	Ritm regulat, puls și tensiune arterială normale	Tahicardie, ritm neregulat, hipertensiune arterială
Mușchi	Bine dezvoltați, tonici	Hipotonici, slab dezvoltați
Gastrointestinal	Apetit bun, eliminare intestinală normală	Anorexie, indigestie, diaree, constipație
Neurologic	Reflexe normale, stabilitate emoțională, alertă, atenție păstrată	Hiporeflexie, iritabilitate, confuzie, labilitate emoțională
Sistem nervos central	Somn normal, energic, viguros	Lipsit de energie, apatic, obosit, insomnii

Înălțime	Normală pentru vârstă, bine dezvoltat	Obez, cașexie
----------	---------------------------------------	---------------

### ***Date despre alimentație***

Include date despre:

- preferințele alimentare;
- restricțiile alimentare;
- ingestia de lichide;
- utilizarea de suplimente minerale sau vitamine;
- tulburări de masticație și înghițire;
- activitate fizică;
- starea de sănătate;
- modul de preparare a alimentelor;
- consumul de medicamente;
- factorii de risc pentru probleme nutriționale (gravide, hipertiroidism, cancer, radioterapie, consum de antiinflamatorii nesteroidiene, citostatice).

### ***3.2 Analiza și interpretarea datelor***

Principalele probleme nursing sunt:

- alterarea nutriției prin deficit (ingestie scăzută);
- alterarea nutriției prin exces (ingestie crescută);
- alterare potențială a nutriției prin exces comparativ cu necesitățile organismului.

Noțiunea de ingestie este un termen relativ care depinde de energia consumată de individ. De exemplu un individ care mănâncă corespunzător vârstei, dar depune o activitate fizică intensă va avea un deficit nutrițional, iar dacă nu depune nici un efort va avea un exces nutrițional.

#### ***Alterarea nutriției (mai puțin decât necesitățile organismului)***

Este starea în care ingestia unuia sau a mai multor nutrienți este insuficientă pentru necesitățile metabolice ale organismului (de ex. proteine, fier, vitamina C). Deficitul sever de proteine duce la kwashiorkor (retard în creștere și dezvoltare, tulburări mentale, dispariția

maselor musculare care poate fi mascată de prezența edemelor, depigmentarea părului și tegumentului). Semne care indică deficitul nutrițional sunt:

- scăderea ingestiei de alimente;
- greutate cu 10 – 20 % mai mică decât cea ideală;
- indice de masă corporală sub 20 kg/m<sup>2</sup>;
- pliul cutanat, circumferința brațului cu 60 % mai mică decât cea standard;
- aversiune față de alimente;
- hipotonie musculară;
- evidențe despre lipsa alimentației;
- inabilitate de ingestie;
- scăderea nivelului energetic;
- scăderea hemoglobinei, albuminei, transferinei și balanță negativă de azot.

***Alterarea nutriției (mai mult decât necesitățile organismului)***

Este condiția în care ingestia nutrienților depășește necesitățile metabolice ale organismului. Obezitatea este un exces cu 20 % față de greutatea ideală. Se asociază cu diabet zaharat, hipertensiune arterială și boli cardiovasculare. Supraponderea este un exces cu 10 % față de greutatea ideală.

***Alterarea nutriției (potențială prin exces comparativ cu necesitățile organismului)***

Este starea în care persoana are riscul de a consuma nutrienți în exces comparativ cu necesitățile metabolice.

***Exemple de diagnostice nursing***

*Alterarea nutriției (mai puțin decât necesitățile organismului) legată de:*

- inabilitatea de a ingera sau digera alimentele datorită unor factori biologici și psihologici (de ex. anorexie, anxietate, edentație);
- inabilitatea de absorbție a nutrienților secundar unor factori biologici sau psihologici (de ex. stres, anxietate, malabsorbție din diferite boli);
- inabilitatea sau dificultatea de procurare a alimentelor secundar factorilor economici, biologici sau psihici (de ex. afecțiuni psihice, lipsa veniturilor).

*Alterarea nutriției (mai mult decât necesitățile organismului) legată de:*

- ingestie excesivă de alimente cu valoare calorică mare sau suplimente nutriționale (cu vitamine și/sau săruri minerale).

*Alterarea nutriției (potențială prin exces comparativ cu necesitățile organismului) legată de:*

- obezitate la unul sau ambii părinți;
- exces de ingestie de alimente în perioada copilăriei;
- predispoziție genetică;
- sedentarism;
- alimentație pentru asigurarea confortului;
- nașteri la intervale mici de timp;
- excese alimentare (hidrați de carbon, grăsimi saturate);
- exces ponderal în timpul sarcinii.

Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale:

- *intoleranță la efort legată de scăderea ingestiei de alimente care conțin fier;*
- *diaree legată de ingestie exagerată de alcool, zahăr și fibre;*
- *deficit de cunoștințe legat de informații nutritive inadecvate sau interpretarea greșită a informațiilor;*
- *perturbarea imaginii de sine legată de obezitate;*
- *potențial de alterare a integrității tegumentare legată de scăderea ingestiei de nutrienți care intervin în refacerea țesuturilor.*

### **3.3 Obiective nursing**

Individul:

- să identifice factorii care contribuie la o ingestie inadecvată de alimente;
- să explice alimentele necesare pentru a alcătui o dietă corespunzătoare (alimente permise și interzise);
- să aibă un indice de masă corporală, pliu cutanat și circumferință a brațului în limite normale;
- să aibă o greutate în limite normale;
- să se alimenteze fără ajutor;



- să identifice alimentele bogate în anumite principii alimentare (de ex. calciu, fier și potasiu);
- să alcătuiască un regim alimentar utilizând informațiile primite;
- să nu prezinte semne de malnutriție;
- să-și schimbe stilul de viață pentru a-și menține greutatea corporală în limite normale.

### ***3.4 Intervenții nursing***

Obiectivul în cazul persoanelor cu probleme nutriționale este menținerea, creșterea și restabilirea statusului nutrițional și prevenirea problemelor nutriționale. Intervențiile nursing includ:

- consilierea persoanei pentru a-l ajuta să-și schimbe modul de alimentație;
- instruirea persoanei despre noile ghiduri privind dieta;
- implementarea de măsuri care cresc apetitul;
- ajutarea persoanei în alegerea de alimente benefice pentru sănătate;
- administrarea și/sau învățarea persoanei despre metodele alternative de alimentație (sondă nazogastrică, jejunostomă, gastrostomă);
- monitorizarea ingestiei de alimente și lichide, greutatea, pliului cutanat;
- monitorizarea ingestiei zilnice de calorii.

Învățarea este un aspect important al intervențiilor nursing în cazul problemelor nutriționale.

#### ***Consiliere referitoare la nutriție***

Asistenta medicală va trebui să ajute individul să-și integreze schimbările din dietă în stilul de viață și să se stabilească strategiile care vor motiva aceste schimbări. Se evaluează statusul nutrițional și ingestia de alimente; apoi se evaluează cunoștințele despre nutriție. Se stabilesc obiectivele și planurile pentru a se atinge aceste obiective și criteriile de evaluare a rezultatelor.

#### ***Instruirea persoanei despre diete speciale***

Dieta va fi stabilită în funcție de statusul economic al individului și stilul de viață. Se oferă informații despre alimentele permise și interzise. Se evaluează răspunsul pacientului la schimbările efectuate în dietă. De ex. în hipertensiunea arterială se recomandă regim desodat; înaintea intervenției chirurgicale regimul este special; în obezitate este hipocaloric; în diabetul zaharat regimul nu trebuie să conțină dulciuri.

### ***Stimularea apetitului***

Apetitul poate fi scăzut în caz de durere sau disconfort. Scăderea aportului alimentar va duce la scădere în greutate, cu scăderea aportului lichidian și în consecință tulburări electrolitice și hidrice.

Măsuri pentru creșterea apetitului:

- administrarea de analgezice în caz de durere, antipiretice în caz de febră, repaus în caz de fatigabilitate (tratamentul cauzei care determină scăderea apetitului);
- se oferă informații despre conținutul caloric al alimentelor și se oferă acele alimente care sunt preferate de individ;
- se servesc mese în cantități mici;
- nu se vor efectua tratamente dureroase înainte de ora mesei;
- se îndepărtează obiectele care ar putea produce scăderea apetitului (ploscă, urinar, rufe murdare);
- se reduce stresul prin explicarea terapiei, a intervenției chirurgicale sau a altor tratamente.

***Ajutarea persoanei să se alimenteze:***

- dacă pacientul ia masa în salon se asigură confortul pacientului (poziția);
- se îndepărtează bazinele, urinarele;
- se ajută pacientul să se spele pe mâini înainte de masă și în efectuarea toaletei cavității bucale după masă;
- se ajută să taie pâinea, alimentele solide, să prindă cana sau tacâmurile.

### ***3.5 Evaluare***

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- are o greutate în limite normale (indicele de masă corporală în limite normale);
- nu prezintă semne de malnutriție;
- cunoaște modul de alcătuire al dietei în funcție de necesitățile zilnice;
- cunoaște valoarea energetică a alimentelor;
- nu prezintă modificări ale analizelor de laborator (cele referitoare la starea de nutriție).

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Un pacient de 74 ani afirmă: „Nu mă atrage mâncarea. Dacă mă aflu undeva nu am dorința de a cumpăra mâncare. Este prea multă pâine pentru a mânca la fiecare masă.” Soția lui a murit în urmă cu 2 ani. Are o greutate de 60,2 kg, înălțime de 1,84 m, circumferința brațului de 20,1 cm. Evaluarea dietei indică un aport insuficient de legume și fructe. Mănâncă cereale, lapte și mai puțină carne și pește.

Diagnostic nursing: *Alterarea nutriției (mai puțin decât necesitățile organismului) legată de anorexia și incapacitatea fizică și psihologică de procurare și preparare a alimentelor*

### ***Cazul nr.2***

Pacient de 29 ani, dispecer taxi, spune despre părinții lui care sunt bucătari că sunt „grași, dar drăguți”. El afirmă că îi place hotdog-ul făcut de tatăl lui și adesea își ia un pachet la lucru. Nu îi plac exercițiile fizice. De obicei la sfârșitul zilei își vizitează părinții.

Diagnostic nursing: *Alterarea nutriției (potențială prin exces comparativ cu necesitățile organismului) legată de mese neregulate, predispoziție familială și stil de viață sedentar*

### ***Cazul nr.3***

Pacientă de 57 ani a crescut în greutate 9 kg. De o lună, de când i-a murit soțul interesul pentru activitățile fizice și sociale obișnuite a scăzut. Este apatică, depresivă și foarte nefericită datorită aspectului fizic. Obiceiurile alimentare s-au schimbat. Mănâncă în timp de se uită la televizor și rar ia numai o gustare.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 164 cm;
- greutate 62,7 Kg;
- temperatură 39,9 ° C;
- tensiunea arterială 145/85 mmHg;
- alură ventriculară de 74/min.;
- număr respirații – 17/min.;

- greutate cu 10 % mai mare decât cea ideală.

Paraclinic:

- analize sanguine în limite normale;
- examen sumar de urină normal;
- radiografie toracică normală;
- hormoni tiroidieni în limite normale.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.4.

## **TULBURĂRILE ELECTROLITICE**

- ◆ Distribuția lichidelor în organism
- ◆ Mișcarea lichidelor și electroliților
- ◆ Nevoile de lichide
- ◆ Pierderile de lichide
- ◆ Bilanț lichidian
- ◆ Electroliții
- ◆ Factorii care influențează echilibrul hidro-electrolitic
- ◆ Procesul de îngrijire
- ◆ Dezechilibre hidro-electrolitice

## **TULBURĂRILE ELECTROLITICE**

### **1. Distribuția lichidelor în organism**

Lichidele și electroliții sunt distribuiți în organism în:

- interiorul celulelor (intracelular);
- în exteriorul celulelor (extracelular).

Sectorul intracelular este despărțit de cel extracelular prin membrana celulelor.

Sectorul extracelular este subdivizat de către peretele capilar în sector interstițial și intravascular. Sectorul extracelular include secrețiile digestive, endocrine, lichidul cefalorahidian, secrețiile oculare, lichidele articulare și ale seroaselor, urina, transpirația și limfa.

Sectoarele hidrice ale organismului au o compoziție ionică caracteristică fiecăruia, formată din:

- substanțe anorganice disociate în ioni (electroliți);
- substanțe organice (proteine, acizi organici) cu rol metabolic;
- produse ale metabolismului celular.

Lichidele din organism reprezintă 60% din greutatea corporală.

### **2. Mișcarea lichidelor și electroliților**

*Difuziunea* reprezintă mișcarea moleculelor pentru a se distribui în mod egal.

Această mișcare se face prin:

- presiune – mișcare de la înaltă la joasă presiune;
- electric – mișcare de la o zonă pozitivă la o zonă mai puțin pozitivă;
- concentrație – mișcare de la concentrație crescută la cea scăzută.

Difuziunea depinde de:

- mărimea moleculelor;
- concentrația soluției;
- temperatura soluției.

Moleculele mici se mișcă mai repede, moleculele se mișcă mai repede într-o soluție mai concentrată și dacă crește temperatura soluției.

### ***Osmoza***

Apa trece prin membrana semipermeabilă către partea cu concentrația cea mai crescută de solviți. Solventul reprezintă partea fluidă a unei soluții; solvitul este reprezentat de particulele dizolvate. Osmolaritatea este o măsură a concentrației unei soluții și este exprimată prin osmol.

1 osmol = numărul de particule dintr-un gram molecular de greutate a soluției dizolvate (presiunea osmotică exercitată de o moleculă gram dintr-o substanță dizolvată într-un litru de apă).

Presiunea osmotică a plasmei este mai mare decât cea a lichidului interstițial deoarece:

- concentrația de proteine din plasmă este mai mare;
- moleculele de proteine sunt mari, nu se dizolvă ușor într-o adevărată soluție și nu pot să treacă ușor prin membrana capilară.

### ***Presiunea hidrostatică***

Spre deosebire de presiunea osmotică a plasmei care atrage lichid, presiunea hidrostatică a sângelui capilar împinge lichid în afara spațiului vascular.

Presiunea hidrostatică este presiunea exercitată de un lichid într-un sistem închis. Ca urmare a acestei presiuni, lichidele trec din zona cu presiune ridicată în cea de presiune scăzută.

### ***Permeabilitatea selectivă a membranelor***

Membranele celulare și capilarele organismului au o permeabilitate selectivă (nu toate substanțele pot să treacă prin ele cu ușurință); proteinele și glicogenul nu trec, iar compușii organici (glucoză, aminoacizii) trec.

Aceste membrane dializatoare permit trecerea soluțiilor cristaloidale, dar nu a celor coloidale.

Membrana celulară are o selectivitate în ceea ce privește ionii de sodiu și de potasiu. Mișcarea potasiului prin membrana celulară depinde de activitatea metabolică celulară. Administrarea de glucoză sau insulină accelerează mișcarea potasiului în celulă. Sodiul intră

în cantitate mare când celule pierd potasiu. Orice factor care alterează membrana celulară determină schimbări în distribuția sodiului și potasiului.

### **3. Nevoile de lichide**

Nevoile de lichide:

- depind de vârstă;
- pentru adult sunt de 2500 ml/24 h (1500 ml lichide consumate, 700ml provin din alimentele consumate, 350 ml rezultă din metabolism);
- reglarea aportului de apă prin centrii hipotalamici ai setei.

### **4. Pierderile de lichide**

Pierderile de lichid depind de:

- temperatura externă;
- umiditate;
- rata metabolică;
- starea de sănătate.

Lichidele pierdute conțin și electroliți și trebuie înlocuite zilnic.

Pierderile de lichide se produc prin:

- urină = 1500 ml;
- tegument = 450 ml;
- plămâni = 400 ml;
- materii fecale = 150 ml.

Reglarea eliminărilor se face prin mecanism neuroendocrin, influențe gastrointestinale.

### **5. Bilanțul lichidian**

Pentru a stabili bilanțul lichidian este necesar să se cunoască intrările și ieșirile. *Intrările (ingesta)* se referă la lichidele consumate, alimentele ingerate, apa rezultată din metabolism, precum și lichidele perfuzabile, inclusiv transfuziile. *Ieșirile (excreta)* se referă la pierderi fiziologice (urină, materii fecale, tegument, plămâni), dar și la pierderi patologice (vărsături, diaree, febră, aspirație intestinală sau gastrică, fistule, drenaje).



Bilanțul lichidian poate fi negativ când se pierd mai multe lichide decât se ingeră sau pozitiv când ingestia de lichide este superioară pierderilor.

## **6. Electroliții**

Electroliții sunt compuși chimici ai soluției și au capacitatea de a conduce curent electric. În soluții se desfac în ioni (particule încărcate electric). Ionii pot fi:

- pozitivi (cationi) =  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^+$ ,  $\text{Mg}^+$ ;
- negativi (anioni) =  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{HCO}_3^-$ .

Rolul electroliților:

- produc iritabilitate musculară,
- mențin constant volumul lichidelor din organism și osmolaritatea (concentrația soluției raportată la 1000 ml),
- reglează echilibrul acido-bazic.

Unitatea de măsură a electroliților în sânge este mEq/l.

Valorile normale ale electroliților în sânge sunt redate în tabelul nr.5.

**Tabelul nr.5 Valorile normale ale electroliților în sânge**

<i>Denumirea ionului</i>	<i>Valoarea normală (mEq/l)</i>
Sodiu	135-145
Potasiu	3,5-5,5
Calciu	4,5-5,5
Magneziu	1,4-1,8
Bicarbonat	23-27
Clor	96-106
Fosfat	2-2,2

## **7. Factorii care influențează echilibrul hidro-electrolitic**

Factorii care influențează echilibrul hidro-electrolitic sunt:

### ➤ *Vârsta*

Există o diferențiere marcată în ceea ce privește nevoile hidroelectrolitice la sugar, copilul mic, adolescent, gravidă și bătrâni:

- *sugarul*:
  - cantitatea de apă este mai mică decât la școlar, adolescent sau adult;

- nu este atât de protejat împotriva pierderilor de lichide datorate mai ales diareei (risc crescut de deshidratare).
- *copilul mic:*
  - reacțiile de compensare a unui dezechilibru sunt mai puțin stabile;
  - reacționează frecvent la boală prin febră (mai ridicată și mai prelungită ca la adult).
- *adolescent:*
  - dezvoltarea rapidă crește procesele metabolice, condiționate hormonal.
- *gravida:*
  - apar edeme prin retenție de apă.
- *vârstnicul:*
  - apare scăderea cantității totale de apă de la 60% la 52%, echilibrul hidroelectrolitic este influențat de scăderea fiziologică a funcției renale și apariției bolilor cronice.
- **Talia:**
  - are influență asupra cantității totale de apă a organismului;
  - proporția de apă la obezi este mai mică (țesutul adipos nu conține apă);
  - la aceeași vârstă femeia are o cantitate totală de apă inferioară bărbatului.
- **Temperatura ambiantă:**
  - organismul reacționează la variațiile de temperatură ale mediului înconjurător prin creșterea pierderilor de apă prin sudoare, care duce la răcirea sângelui periferic și scăderea temperaturii corporale;
  - dacă temperatura mediului ambiant este crescută organismul reacționează prin creșterea frecvenței cardiace, vasodilatație periferică, transpirație (crește pierderea de sodiu și clor), creșterea secreției de aldosteron care antrenează retenția de sodiu și potasiu prin rinichi. Asistenta medicală trebuie să evalueze mediul ambiant al pacientului pentru a preciza dacă echilibrul hidroelectrolitic a fost influențat sau riscă să fie modificat.
- **Modul de viață:**
  - *regimul alimentar:*
    - aportul insuficient determină consumul rezervelor (mai întâi glicogen apoi lipide și în final proteine). Când concentrația proteinelor serice scade sub

valoarea normală, scade și presiunea coloid-osmotică, astfel lichidele trec în spațiile interstițiale determinând apariția edemelor.

- *Stresul:*
  - în sindromul general de adaptare crește aldosteronul și glucocorticoizii ceea ce determină retenția de apă;
  - secreția crescută de hormon antidiuretic reduce diureza;
  - reacția la stres crește volumul lichidian ceea ce crește debitul cardiac, tensiunea arterială.
- *Efortul*
- *Intervențiile chirurgicale*
- *Arsurile:*
  - plasma părăsește spațiul intracelular și apar edemele, în paralel cu acest proces spațiul extracelular pierde proteinele serice;
  - plasma și lichidul interstițial se pierd sub formă de exudat; această pierdere se observă la suprafață (mai ales la arsurile de gradul II);
  - se pierde apă deoarece tegumentul nu mai acționează ca o barieră împotriva acestor pierderi;
  - schimbul de sodiu și apă între celule accentuează depleția volumului lichidian extracelular.
- *Tulburări cardiovasculare*
- *Tulburări renale*
- *Tulburări gastrointestinale*
- *Tulburări endocrine.*

## **8. Procesul de îngrijire**

### **8.1 Culegerea de date**

Culegerea de date se referă la:

- ingestia de lichide (lichidele preferate, cantitate);
- eliminarea (urinară, vărsături, diaree);
- ce alimente consumă;
- schimbări recente în starea de sănătate;
- prezența afecțiunilor cronice;

- consumul de medicamente;
- restricții alimentare impuse de boală, cultură;
- greutatea corporală;
- aspectul tegumentului și mucoaselor;
- tonusul muscular;
- orientare mentală;
- date de laborator (sânge și urină);
- examinări paraclinice.

## ***8.2 Analiza și interpretarea datelor***

Principalele probleme nursing sunt:

- deficit de volum de lichid;
- exces de volum de lichid;
- potențial de deficit de lichid.

### ***Exemple de diagnostice nursing***

*Deficit de volum de lichid legat de:*

- pierdere excesivă de lichide prin vărsături, diaree, diaforeză, hemoragii, arsuri întinse.

*Potențial de deficit de lichid legat de:*

- ingestie inadecvată de lichid;
- creșterea eliminărilor de lichid;
- creșterea metabolismului (febră);
- medicație (diuretice).

*Exces de volum de lichid legat de:*

- ingestie excesivă de sare;
- ingestie excesivă de lichide;
- terapie medicamentoasă (tolbutamină, vincristină).

Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale sunt:

*Alterarea mucoaselor legată de deficit de lichid*

*Alterarea integrității tegumentelor legată de:*

- deshidratare;
- edeme.

### **8.3 Obiective nursing**

Pacientul:

- să aibă un echilibru între intrări și ieșiri;
- să aibă turgorul pielii normal;
- să aibă mucoase umede;
- pacientul să nu mai prezinte senzația de sete;
- pacientul să nu mai prezinte vărsături, diaree;
- pacientul să nu mai prezinte edeme;
- să aibă densitatea urinei în limite normale;
- să aibă semnele vitale în limite normale;
- pacientul să cunoască semnele deshidratării;
- pacientul să cunoască efectele secundare ale medicației;
- pacientul să cunoască tipurile de alimente și lichide ce trebuie consumate pentru a preveni recăderea.

### **8.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- se măsoară ingestia de lichide, în funcție de necesitățile pacientului;
- se măsoară eliminările;
- se asigură o dietă care să rezolve dezechilibrul;
- se monitorizează funcțiile vitale;
- se efectuează examene de laborator (dozarea hematocritului, hemoglobinei, electroliților);
- se asigură igiena tegumentelor și mucoaselor;
- se iau măsuri de prevenire a complicațiilor;
- se administrează medicația indicată (antiemetice, antidiareice, diuretice);
- se administrează lichide și electroliți parenteral.

## **8.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- este echilibrat hidroelectrolitic;
- nu are nici o complicație ca urmare a tratamentului de reechilibrare hidroelectrolitic;
- nu prezintă tegumente și mucoase edemațiate sau uscate;
- are un turgor normal;
- nu prezintă limbă saburală;
- nu prezintă modificări ale diurezei (de ex. anurie sau oligurie);
- nu prezintă modificări ale zgomotelor cardiace și pulmonare;
- prezintă semne vitale în limite normale;
- nu prezintă modificări ale probelor de laborator care indică un dezechilibru hidroelectrolitic;
- nu mai prezintă vărsături, diaree.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **9. Dezechilibre hidroelectrolitice**

Dezechilibrele hidroelectrolitice se pot produce prin:

- alterarea volumului de lichid din compartimente;
- alterarea concentrației lichidelor (în exces, în deficit).

Obișnuit tulburările de volum lichidian sunt acompaniate și de tulburări ale concentrației și invers.

### **9.1 Tulburări ale volumului de lichid**

#### **9.1.1 Exces de volum de lichid**

Excesul de volum de lichid se produce de obicei la nivel extracelular. Apare când:

- rinichiul nu este capabil să elimine lichidul în exces și electroliții;
- există sodiu în exces în spațiul extracelular (afecțiuni cronice renale);

- lichidul extracelular este concentrat în săruri, apa este împinsă spre celule (prin osmoză) în compartimentul interstițial provocând edemul tisular.

*Manifestări clinice:*

- creștere accentuată în greutate;
- edeme periferice;
- edeme ale pleoapelor;
- HTA;
- raluri crepitante;
- dispnee;
- acumulare de lichid în spațiul peritoneal cu apariția ascitei;
- acumulare de lichid în spațiul pleural și în alveolele pulmonare (edem pulmonar).

*Examinări de laborator:*

- hematocrit, hemoglobină scăzute;
- densitate urinară scăzută.

*Atribuțiile asistentei medicale:*

- cântărirea pacientului;
- urmărirea bilanțului hidric;
- observarea edemelor periferice;
- evaluarea semnelor și simptomelor de edem pulmonar.

### ***9.1.2 Deficit de volum de lichid (hipovolemia, deshidratarea)***

*Cauze:*

- pierderi excesive de lichid (vărsături, aspirație gastrică, diaree, diforeză, plasmoragie, hemoragii);
- reducerea marcată a ingestiei (copii mici și persoanele vârstnice cu debilitate fizică care nu-și pot satisface aceste necesități).

*Manifestări clinice:*

- piele uscată, turgor redus;
- mucoase uscate, limbă saburală;
- ochi înfundați în orbită;
- puls rapid;

- pierdere în greutate;
- letargie;
- sete (în special în deficitul intracelular);
- oligurie, anurie;
- hipotensiune arterială.

*Examinări de laborator:*

- hematocrit, hemoglobină crescute (hemoconcentrație);
- densitate urinară crescută;
- uree crescută.

*Atribuțiile asistentei medicale:*

- cântărirea zilnică a pacientului;
- urmărirea bilanțului hidric;
- măsurarea funcțiilor vitale;
- igiena tegumentelor și mucoaselor,
- administrarea parenterală de soluții pentru compensarea deficitului în funcție de tipul deshidratării.

Deshidratarea poate fi:

- izotonă (când apa și electroliții sunt pierdute proporțional);
- hipertona (când se pierde mai multă apă);
- hipotona (când se pierd mai mulți electroliți).

## **9.2 Tulburările concentrației sanguine a sodiului**

Sodiu reprezintă 90% din cationii fluidelor extracelulare. Este conținut în multe secreții ale organismului (salivă, suc gastric, bilă, suc pancreatic și intestinal). Este responsabil de presiunea osmotică a lichidelor extracelulare (mișcările sale produc deplasarea unor cantități de apă dintr-un sector în altul, fiind urmate de anioni, mai ales de clor). Valoarea normală a sodiului în sânge este de 135-145 mEq/l.

Tulburările natremiei sunt:

- hiponatremie;
- hipernatremie.

Tulburările natremiei sunt cauzate de tulburările echilibrului hidric.



### **9.2.1 Hiponatremia**

Hiponatremia este una dintre cele mai frecvente tulburări electrolitice. Hiponatremia se definește când sodiul seric este sub 135mEq/l. Trebuie diferențiată de pseudonatremia care apare în:

- hiperlipemie;
- hiperproteinemie;
- hiperglicemie.

În acest caz este o hiponatremie aparentă, apare o scădere a proporției de apă, prin creșterea concentrației de glucoză, lipide sau proteine, substanțe ce nu conțin sodiu; osmolaritatea plasmatică este normală, iar tratamentul hiponatremiei nu este necesar. Hiponatremia poate apare atunci când se recoltează sânge de la nivelul brațului unde s-a montat o perfuzie cu concentrație scăzută de sodiu.

Hiponatremia apare în contextul modificărilor compartimentului hidric extracelular, în sensul:

- reducerii;
- normalității;
- creșterii.

#### ***Cauze ale hiponatremiei:***

- *cu compartiment hidric extracelular normal:*
  - deficiență de ACTH sau glucocorticoizi (boala Addison);
  - hipotiroidism;
  - depleție severă de potasiu;
  - sindromul secreției inadecvate de ADH;
  - administrarea de substanțe ADH-like (oxitocina);
  - ingestia de substanțe osmotice active care stimulează eliberarea de ADH (glucoză, alcool, manitol).
- *cu reducerea compartimentului extracelular (apare o pierdere excesivă de sodiu față de apă):*
  - *afecțiuni gastrointestinale:*
    - diaree;
    - vărsături;
    - hemoragie.
  - *afecțiuni renale:*

- insuficiență adrenocorticală;
  - hiperglicemie, uremie severă care duc la diureză osmotică;
  - utilizare excesivă de diuretice;
  - afecțiuni tubulointerstițiale;
  - stenoză unilaterală de arteră renală.
- *cu creșterea compartimentului hidric extracelular:*
    - insuficiență cardiacă;
    - insuficiență renală cronică;
    - ciroză hepatică;
    - sindrom nefrotic;
    - hipoalbuminemie.

#### *Manifestări clinice*

Manifestările clinice sunt legate de modificările compartimentului hidric extracelular.

Hiponatremia cu reducerea compartimentului hidric extracelular se manifestă prin:

- semne de hipovolemie: astenie, hipotensiune, mai ales ortostatică, somnolență;
- semne de deshidratare: tegumente și mucoase uscate, xerostomie, turgor redus.

Manifestările clinice în cazul hiponatremiei cu creșterea compartimentului extracelular apar datorită unui dezechilibru în reglarea hormonală a eliminărilor hidroelectrolitice, cu perturbarea secreției de hormon antidiuretic și activarea sistemului renină-angiotensină-aldosteron.

Clinic hiponatremia nu are semnificație deosebită; scăderea sodiului sub 125mEq/l este periculoasă, aparând cefalee, confuzie, obnubilare, turpoare, comă sau semne de hiperexcitabilitate neuromusculară cu spasme, convulsii (prin hiperhidratarea celulelor nervoase cu edem cerebral).

#### *Tratament*

Tratamentul este diferențiat în funcție de modificările compartimentului hidric extracelular.

În cazul hiponatremiei cu compartiment extracelular redus tratamentul constă în:

- corectarea cauzei primare, dacă este posibil;
- aport crescut de sare;
- tratament perfuzabil în caz de vomă sau depleții severe;
- administrare de potasiu și corectarea tulburărilor acido-bazice dacă este necesar.

Tratamentul hiponatremiei cu creșterea compartimentului extracelular constă în:

- restricție de lichide;
- corectarea deficiențelor de potasiu și magneziu;
- revizuirea tratamentului diuretic;
- evitarea administrării de soluții saline hipertone la pacienții cu manifestări neurologice.

*Atribuțiile asistentei medicale:*

- asigurarea unui mediu de siguranță pentru pacient;
- suport psihic, deoarece poate prezenta schimbări de personalitate;
- monitorizarea soluțiilor administrate intravenos.

### **9.2.2 Hipernatremia**

Hipernatremia este mult mai rară decât hiponatremia. Aproape întotdeauna indică un deficit hidric. Hipernatremia este definită când sodiul seric este peste 145 mEq/l. Apare când pierderile de apă sunt mai mari ca cele de sodiu, iar compensarea prin sete și ingestia de apă nu este posibilă.

*Cauze:*

- diabet insipid;
- ingestie redusă de apă;
- administrare intempestivă de soluții saline hipertone;
- comă diabetică hiperosmolară;
- necroză tubulară acută.

Hipernatremia se asociază întotdeauna cu creșterea osmolarității plasmatice.

*Manifestări clinice:*

- senzație de sete;
- poliurie, polidipsie și sete, simptome ce sugerează diabetul insipid;
- manifestări neurologice: stări confuzionale, spasme musculare, convulsii, comă.

*Tratament:*

- tratamentul cauzei (de ex. diabet insipid);
- reducerea ingestiei de sodiu;
- administrarea de soluții cu conținut scăzut de sodiu;
- administrarea de diuretice.

*Atribuțiile asistentei medicale:*

- scăderea ingestiei de sodiu;

- administrarea de soluții cu conținut scăzut de sodiu;
- administrarea de diuretice care elimină sodiul;
- asigurarea unui mediu de siguranță pentru pacient.

### **9.3 Tulburările concentrației sanguine a potasiului**

Potasiul este principalul cation din lichidul intracelular.

Nivelul seric al potasiului depinde de:

- excreția renală;
- nivelul potasiului intracelular;
- pierderile extrarenale (de ex. gastrointestinale).

ATP-aza  $\text{Na}^+\text{-K}^+$  controlează influxul potasiului în celulă. Influxul de potasiu în celulă este:

- stimulat de:
  - insulină;
  - $\beta$  adrenergice;
  - teofilină.
- inhibat de:
  - $\alpha$  adrenergice;
  - acidoză (în acidoză pătrund ionii de hidrogen în celulă în locul potasiului);
  - moartea celulară duce la eliberare de potasiu.

Aldosteronul stimulează secreția renală de potasiu. În acidoză scade secreția renală de potasiu (pentru că se elimină hidrogen), iar în alcaloză crește secreția renală de potasiu. Secreția de aldosteron este stimulată de hiperkalemie și creșterea nivelului angiotensinei II.

În mod normal 10% din ingestia zilnică de potasiu este eliminată la nivelul tractului gastrointestinal. Vărsăturile repetate pot duce la hipokalemie prin pierdere de sodiu, care stimulează secreția de aldosteron și deci creșterea secreției renale de potasiu. Diareea prelungită poate duce la hipokalemie.

#### **9.3.1 Hipokalemia**

Hipokalemia se definește când nivelul seric al potasiului este sub 3 mEq/l.

*Cauze:*

- *creșterea secreției renale de potasiu:*
  - tratament diuretic (în special tiazide), cea mai frecventă cauză;

- hiperaldosteronism (în insuficiența cardiacă, insuficiența hepatică, sindrom nefrotic, tumori producătoare de ACTH);
  - acidoză tubulară renală de tip 1 și 2;
  - leucemie acută, tratament citotoxic, cu amfotericină, aminoglicozide prin afectare tubulară renală;
  - sindrom Bartter (hipokalemie, alcaloză, tensiune arterială normală și nivel plasmatic crescut de renină și aldosteron).
- *dietă deficitară în potasiu*
  - *redistribuirea potasiului în celulă:*
    - stimulare  $\beta$  adrenergică:
      - în infarct miocardic acut;
      - administrare de  $\beta$  agoniști (fenoterol, salbutamol);
    - tratament cu insulină;
    - alcaloză.
  - *pierderi gastrointestinale:*
    - vomă;
    - diaree severă;
    - abuz de laxative;
    - ileostomă.

#### *Manifestări clinice*

Hipokalemia este, de obicei asimptomatică.

În hipokalemia severă apare oboseală musculară, aritmie extrasistolă atrială sau ventriculară. Hipokalemia poate crește toxicitatea digitalei prin scăderea clearance-ului.

#### *Tratament*

Tratamentul hipokalemiei se adresează cauzei. În cazul dietei sărace în potasiu tratamentul constă în:

- creșterea potasiului din dietă prin ingestie de fructe și legume proaspete;
- administrare de potasiu oral.

Dacă hiperaldosteronismul este cauza hipokalemiei tratamentul constă în:

- administrare de diuretice care economisesc potasiu (spironolactonă);
- în insuficiență cardiacă administrare de inhibitori ai enzimei de conversie.

În cazul sindromului Bartter se administrează amilorid cu sau fără indometacin, iar dacă hipokalemia a apărut după tratament prelungit cu tiazide se prescriu diuretice care rețin potasiul.

În caz de aritmii cardiace severe, oboseală musculară sau cetoacidoză diabetică severă se administrează potasiu intravenos.

*Atribuțiile asistentei medicale:*

- administrarea intravenoasă de soluții care conțin potasiu;
- monitorizarea aritmiilor cardiace;
- supravegherea zgomotelor intestinale (risc de ileus);
- măsurarea ingestiei și eliminărilor;
- aport alimentar de potasiu (banane, citrice, roșii, varză).

### **9.3.2 Hiperkalemia**

În acest caz potasiul este peste 5,5 mEq/l.

*Cauze:*

- *scăderea excreției de potasiu:*
  - insuficiență renală;
  - tratament cu amilorid, triamteren, ciclosporină, inhibitori ai enzimei de conversie, heparină;
  - acidoză;
  - deficiența de aldosteron.
- *direcționarea potasiului în afara celulei (scăderea activității ATP-azei  $Na^+ - K^+$ ):*
  - acidoză;
  - cetoacidoză diabetică;
  - rabdomioliză;
  - supradoză de digitală.
- *creșterea rației de potasiu:*
  - administrare intravenoasă excesivă;
  - transfuzie masivă cu sânge menținut mai mult de trei zile (potasiu părăsește eritrocitele).

*Manifestări clinice:*

- hiperkalemia severă poate fi asimptomatică și poate predispuce la moarte subită;

- oboseală musculară, crampe intestinale tranzitorii;
- diaree,
- hipotensiune arterială, bradicardie, asistolie prin hiperpolarizarea membranei celulare și scăderea excitabilității cardiace.

*Tratament:*

- ionii de calciu protejează membrana celulară de efectul hiperkalemiei, dar nu influențează concentrația potasiului;
- insulina favorizează pătrunderea potasiului în celulă, dar are dezavantajul că determină hipoglicemie (prin pătrunderea glucozei în celule);
- corectarea acidozei;
- îndepărtarea excesului de potasiu din organism (diuretice, dializă, rășini schimbătoare de ioni).

*Atribuțiile asistentei medicale:*

- monitorizare cardiacă;
- asigurarea unui mediu de siguranță.

## **9.4 Tulburările concentrației sanguine a magneziului**

Nivelul magneziului este reglat de glanda parotidă. Este un cation, conținutul în magneziu este afectat de concentrația potasiului. Se găsește la nivelul ficatului, inimii, mușchilor scheletici, în proporție mai mică la nivelul lichidului cefalorahidian și extracelular. Este necesar pentru excitabilitatea musculară.

### **9.4.1 Hipermagnezemia**

Hipermagnezemia este foarte rară. Apare în:

- insuficiența renală acută și cronică;
- abuz de antiacide și laxative care conțin magneziu;
- hemodializă cu dializat bogat în magneziu.

*Manifestări clinice:*

- hiporeflexie;
- oboseală;
- tulburări de conducere cardiacă;
- paralizie respiratorie.

*Tratament:*

- administrare de calciu pentru a antagoniza efectul hipermagnezemie;
- perfuzie cu glucoză și insulină;
- dializă la pacienții cu insuficiență renală cronică;
- în caz de insuficiență respiratorie ventilație artificială.

### **9.4.2 Hipomagnezemia**

*Cauze:*

- absorbție scăzută de magneziu:
  - malabsorbție;
  - malnutriție;
  - etilism cronic.
- creșterea excreției renale de magneziu:
  - medicamente (diuretice tiazidice, digoxin);
  - cetoacidoză diabetică;
  - hiperaldosteronism;
  - hipercalciuria.
- pierderi digestive:
  - aspirație nazogastrică prelungită;
  - abuz de laxative;
  - fistule gastrointestinale/biliare,
  - diaree severă.

În pancreatita acută poate apărea hipomagnezemie prin depunere la nivelul zonelor de necroză.

*Manifestări clinice:*

- iritabilitate;
- spasm carpopedal;
- tremurături;
- ataxie;
- hiperreflexie;
- stare confuzională;
- convulsii;
- halucinații.



*Tratament:*

- administrare de magneziu în perfuzie;
- evitarea tratamentului de lungă durată cu diuretice tiazidice sau laxative.

## **9.5 Tulburările concentrației sanguine a calciului**

Calciul se găsește în oase și lichidele organismului. Are rol în formarea oaselor și în transmiterea impulsurilor nervoase, contracția musculară, în coagularea sângelui și în activarea unor enzime. Calciul este excretat în urină, fecale, bilă, secrețiile digestive. Nivelul calciului este determinat de parathormon și calcitonină.

### **9.5.1 Hipocalcemia**

*Cauze:*

- deficiențe ale vitaminei D;
- afecțiuni ale tiroidei și paratiroidei;
- ingestie inadecvată de calciu.

*Manifestări clinice:*

- paretezii (la nivelul degetelor, buzelor);
- crampe abdominale;
- crampe musculare, spasme;
- contracția continuă a mușchilor scheletici (tetanie);
- convulsii;
- modificări electroencefalografice.

*Examene de laborator:*

- calciu sub 4,5 mEq/l.

*Atribuțiile asistentei medicale:*

- administrare de vitamină D;
- în caz de convulsii supravegherea pacientului;
- regim alimentar cu aport crescut de calciu.

### **9.5.2 Hipercalcemia**

*Cauze:*

- aport crescut de calciu (lapte);

- hiperactivitatea glandelor tiroide și paratiroide;
- exces de vitamina D;
- calciu este eliberat din oase în cazul fracturilor multiple sau tumorilor osoase.

*Manifestări clinice:*

- relaxarea musculaturii scheletice;
- dureri osoase;
- fracturi patologice;
- greață, vărsături, deshidratare;
- moartea poate apare prin stop cardiac.

*Examene de laborator:*

- calciu peste 5,5 mEq/l.

*Tratament:*

- reducerea aportului de calciu;
- administrarea de substanțe care fixează calciul.

## **9.6 Tulburările concentrației sanguine a fosfatului**

Fosfații în cea mai mare parte se găsesc combinați cu calciu în oase. Se elimină prin urină și scaun.

### **9.6.1 Hipofosfatemia**

*Cauze:*

- hiperparatiroidism;
- deficiența de vitamină D;
- hipomagnezemia;
- cetoacidoza diabetică;
- intoxicație cu paracetamol;
- insuficiență hepatică acută.

*Manifestări clinice:*

- oboseală musculară, scăderea contractilității cardiace, devierea la stânga a curbei de disociere a oxihemoglobinei;
- confuzie, halucinații, convulsii.

*Tratament:*

- administrare intravenoasă de fosfat (în hipofosfatemia acută);
- corectarea rapidă a nivelului fosfatului poate duce la hipocalcemie severă, în special în prezența alcalozei;
- hipofosfatemia cronică se corectează cu preparate orale.

### **9.6.2 Hiperfosfatemia**

*Cauze:*

- insuficiența renală cronică (cea mai frecventă cauză);
- mielom multiplu.

În general este asimptomatică, hiperfosfatemia de lungă durată determină hiperparatiroidism, calcificări periarticulare și vasculare.

*Tratament:*

- dializă;
- substanțe ce fixează fosfatul.

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacientă de 29 ani acuză slăbiciune, amețeli, diaree simptome apărute de 3-4 zile după o viroză respiratorie. Nu tolerează lichide din cauza grețurilor și vărsăturilor. La culegerea de date se constată limbă saburală, mucoase uscate, buze prăjite, febră 38,9 ° C, iar la examenul de urină densitate de 1037.

Diagnostic nursing: *Deficit de volum lichidian legat de pierderile excesive de lichide (diaree, vărsături)*

### ***Cazul nr.2***

Pacientă de 90 ani cunoscută cu insuficiență cardiacă congestivă urmează tratament cu diuretic (furosemid). Recent a suferit un accident vascular cerebral care i-a afectat deglutiția. Apetitul este scăzut. S-a pus o sondă nazogastrică.

Diagnostic nursing: *Potențial de deficit de lichid legat de ingestie inadecvată de lichide, pierderea de lichide prin sonda nazogastrică și terapia diuretică*

### ***Cazul nr.3***

Pacient de 69 ani, pensionar, cunoscut cu cardiopatie ischemică a crescut în greutate 4–5 kg în ultima lună. Se simte obosit, are edeme, nu mai poate să-și schimbe verigheta. La culegerea de date se constată jugulare turgescențe, puls 89/min, edeme gambiere, retromaleolare, vene colabate la nivelul mâinilor, raluri pulmonare.

Diagnostic nursing: *Exces de volum lichidian legat de alterarea debitului cardiac (scădere)*

## **ECHILIBRUL ACIDO-BAZIC**

- ◆ **Noțiuni generale**
- ◆ **Cauze și diagnostic**
- ◆ **Acidoza respiratorie**
- ◆ **Acidoza metabolică**
- ◆ **Alcaloza metabolică**
- ◆ **Alcaloza respiratorie**

## **ECHILIBRUL ACIDO-BAZIC**

### **1. Noțiuni generale**

Echilibrul acido-bazic se referă la echilibrul acizilor și bazelor din fluidele organismului.

Alcalinitatea sau aciditatea fluidelor organismului este exprimată prin valoarea pH.

Acizii conțin ioni de hidrogen și sunt capabili să elibereze acești ioni. Bazele conțin sau nu ioni de hidrogen, dar sunt capabili să-i accepte de la acizi.

Valoarea normală a pH-ului este de **7,35-7,45**.

Ușoara alcalinitate a lichidelor organismului este o condiție necesară desfășurării tuturor reacțiilor metabolice. Echilibrul ionilor de hidrogen este perturbat în mod normal de aportul sau producerea de alcaline și acizi.

Agresiunea alcalină constă în aportul de radicali bazici conținuți în alimente (legume, fructe) sau în urma rezorbției secrețiile digestive alcaline.

Agresiunea acidă provine din alimentație (proteine, glucide, lipide – metabolizarea completă se face până la  $\text{CO}_2$  și  $\text{H}_2\text{O}$ ), dar și cu eliberare de acizi organici, sursă de ioni de hidrogen.

Ionul de hidrogen, odată produs, este fixat de sistemele tampon, transportat și eliminat prin contribuția excreției renale și a funcției respiratorii.

Prin **sistem tampon** se înțelege existența concomitentă în soluție a unui acid slab și a uneia dintre sărurile sale cu o bază tare, ceea ce conferă posibilitatea de a tampona un acid sau o bază puternică.

#### **Sisteme tampon ale plasmei**

**Sistemul bicarbonat – acid carbonic** este cel mai important deoarece elementele din componența sa se găsesc în cantitate mare, acționează rapid, acoperă tot spațiul extracelular, iar  $\text{CO}_2$  produs poate fi repede ajustat prin mijlocirea funcției respiratorii.

Producția de  $\text{CO}_2$  fiind continuă, acest sistem reprezintă practic, o inepuizabilă sursă pentru acidul carbonic și bicarbonat.

$\text{CO}_2$  servește drept cărauș pentru ionii de hidrogen, fiind foarte mobil și difuzabil printre membrane în urma reacției sale de hidratare. Între  $\text{CO}_2$ , acidul carbonic și bicarbonat

există un echilibru dinamic în sensul că se trece dintr-o formă în alta în funcție de necesități. În plasmă bicarbonații sunt de 20 ori mai concentrați decât acidul carbonic (27 mEq/l față de 1,35 mEq/l).

Modul de acțiune al acestui sistem tampon este:

- în cazul unei agresiuni acide, bicarbonatul tamponează acidul apărut prin formarea de acid carbonic și sarea acidului respectiv. Acidul carbonic care conține ioni de hidrogen în exces aduși de acid se va desface în  $\text{CO}_2$  și  $\text{H}_2\text{O}$  care se elimină;
- în cazul unei agresiuni bazice, aceasta reacționează cu acidul carbonic, formându-se bicarbonat și apă. În ambele cazuri pH rămâne neschimbat.

### ***Sistemele tampon ale hematiei***

Sistemele tampon ale hematiei sunt:

- hemoglobinatul de potasiu;
- oxihemoglobinatul de potasiu.

Din metabolismul celular rezultă  $\text{CO}_2$  care difuzează în lichidul interstițial, apoi trece în plasmă unde se găsește sub trei forme:

- $\text{CO}_2$  dizolvat = 8%;
- bicarbonați = 81%;
- carbhemoglobină = 11%.

Când  $\text{CO}_2$  și  $\text{H}_2\text{O}$  se întâlnesc în hematii se combină rezultând acidul carbonic care se disociază rapid în  $\text{H}^+$  (reacționează cu hemoglobina redusă) și ionul bicarbonic (formează cu potasiu bicarbonatul de potasiu).

Dacă ionul bicarbonic din hematie se găsește în concentrație mai mare decât cea plasmatică, va ieși din hematie în plasmă, de unde va migra clor în hematie pentru păstrarea electronegativității (se formează astfel KCl).

Hemoglobinatul de potasiu format după pierderea oxigenului se comportă ca sare, iar hemoglobina redusă este un acid slab.

În capilare se formează oxihemoglobină, care reacționând cu bicarbonații formează acidul carbonic (se disociază în  $\text{CO}_2$  și  $\text{H}_2\text{O}$ ).

### ***Sistemul tampon intracelular***

Activitatea de tampon a celulelor este proporțional mai mare decât a plasmei. Se produce o tamponare intracelulară simultană cu un schimb ionic față de spațiul extracelular în

scop de tampon. Celulele eliberând cationi permit pătrunderea ionilor de hidrogen, ce vor fi tamponați de sisteme intracelulare.

### ***Mecanismul respirator***

Mecanismul respirator intervine în echilibrul acido-bazic prin creșterea sau scăderea eliminării de CO<sub>2</sub> sau H<sub>2</sub>O.

O agresiune acidă asupra organismului va determina prin sistemele tampon o producție crescută de acid carbonic, care se va disocia în CO<sub>2</sub> și H<sub>2</sub>O. CO<sub>2</sub> va determina hiperventilație prin stimulare crescută a centrului respirator, cu pierdere crescută de CO<sub>2</sub>.

În cazul unei agresiuni alcaline, bicarbonatul sanguin va crește, centrul respirator va fi mai puțin excitat (scad frecvența și amplitudinea respiratorie), astfel se reține CO<sub>2</sub> care va duce la formare de acid carbonic (raportul bicarbonat/acid carbonic rămânând constant).

### ***Mecanismul renal***

Mecanismul renal este cel care restabilește balanța ionilor de hidrogen. Rezerva alcalină reprezentată de bicarbonați poate fi repede epuizată chiar în condiții fiziologice normale, de aceea rinichiul intervine prin eliminarea acizilor sau reținerea ionilor de hidrogen.

În acidoză, rinichiul va elimina ioni de hidrogen, urina devine mai acidă (pH urinar scade), excreția de sodiu scade, iar cea de clor crește.

În alcaloză, pH urinar crește mult, excreția de bicarbonat, cationi de sodiu și potasiu crește, eliminarea de săruri de amoniu scade, iar clorul urinar scade.

## **2. Cauze și diagnostic**

Tulburările echilibrului acido-bazic sunt cauzate de:

- anomalii în eliminarea respiratorie a CO<sub>2</sub> (acidoza și alcaloza respiratorie);
- anomalii în reglarea concentrației sanguine a bicarbonatului (acidoza și alcaloza metabolică).

De obicei, ambele pot coexista. De ex., acidoza metabolică determinată de hiperventilație duce la creșterea eliminării respiratorii a CO<sub>2</sub> cu compensarea parțială a acidozei. Invers, acidoza respiratorie se asociază cu retenție renală de bicarbonat, care poate fi confundată cu alcaloza metabolică primară. În cele mai multe cazuri, pacienții prezintă afecțiuni respiratorii sau alte tulburări metabolice care pot accentua tulburările echilibrului



acido-bazic. Diagnosticul se pune prin măsurarea pH, baze în exces, bicarbonat, presiuni parțiale ale CO<sub>2</sub> și O<sub>2</sub> (ASTRUP). Valorile normale ale ASTRUP-ului sunt redate în tabelul nr.6.

**Tabelul nr.6 Valorile normale ale ASTRUP-ului**

<i>Parametru</i>	<i>Valoare normală</i>
<b>PH</b>	<b>7,35-7,45</b>
<b>P<sub>CO2</sub></b>	<b>35-45 mmHg</b>
<b>P<sub>O2</sub></b>	<b>80-100 mmHg</b>
<b>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup></b>	<b>23-27 mEq/l</b>
<b>K<sup>+</sup></b>	<b>3,5-5,5 mEq/l</b>
<b>Cl<sup>-</sup></b>	<b>95-106 mEq/l</b>

*Modificările echilibrului acido-bazic sunt redate în tabelul nr.7.*

**Tabelul nr.7 Modificările echilibrului acido-bazic**

<i>Teste de laborator</i>	<i>Acidoza metabolică</i>	<i>Acidoza respiratorie</i>	<i>Alcaloza metabolică</i>	<i>Alcaloza respiratorie</i>
<b>PH</b>	< 7,35	<7,35	>7,45	>7,45
<b>P<sub>CO2</sub></b>	< 35	<45	>45	<35
<b>P<sub>O2</sub></b>	Normal sau scăzut	Scăzut	Normal sau scăzut	Scăzut
<b>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup></b>	<23	>27	>27	<23
<b>K<sup>+</sup></b>	>5	>5	<3,5	<3,5
<b>Cl<sup>-</sup></b>	>106	-	<95	-

### **3. Acidoza respiratorie**

Acidoza respiratorie constă în creșterea concentrației CO<sub>2</sub> în plasmă prin diminuarea funcției respiratorii, cu scăderea pH-ului sângiun.

*Cauze:*

- deprimarea centrului respirator:
  - traumatisme;
- obstrucția căilor respiratorii:
  - pneumonie;
  - bronhopneumopatie cronică obstructivă.
- afectare pulmonară:

- edem pulmonar;
  - emfizem pulmonar;
  - bronșiectazie;
  - astm bronșic.
  - afectarea musculaturii respiratorii:
    - poliomielită.
  - intoxicații medicamentoase.
- Culegerea datelor:*
- Subiective:
    - cefalee;
    - iritabilitate;
    - dezorientare;
    - oboseală;
    - dispnee de efort;
    - greață.
  - Obiective:
    - creșterea frecvenței respiratorii;
    - cianoză;
    - tahicardie;
    - diaforeză;
    - deshidratare;
    - hiperventilație.

*Examinări de laborator:*

- $P_{CO_2}$  crescut;
- pH sub 7,35;
- bicarbonat în limite normale.

*Obiective și intervenții:*

- Asigurarea respirației:
  - încurajarea tusei;
  - aspirarea căilor respiratorii;
  - drenaj postural;
  - tapotament.
- Prevenirea acidozei:

- oxigenoterapie;
  - încurajarea consumului de lichide;
  - evitarea sedării;
  - administrarea de bronhodilatatoare, antibiotice.
- Educație sanitară:
    - identificarea cauzelor;
    - prevenirea episoadelor viitoare;
    - cunoașterea factorilor de risc și a simptomelor.

*Evaluare:*

- bilanț acido-bazic normal;
- frecvență respiratorie sub 30/min.;
- nu sunt semne de infecție (expectorație, tuse, febră).

*Tratament:*

- ameliorarea respirației;
- oxigenoterapie;
- tratamentul specific al bolii care a determinat acidoza;
- administrare de lactat de sodiu, soluție THAM.

#### **4. Acidoza metabolică**

Acidoza metabolică apare prin:

- *exces de acizi ca urmare a unei hiperproducții endogene:*
  - diabet zaharat (apare acumulare de corpi cetonici care nu pot fi eliminați renal);
  - tulburări de nutriție determinate de post, sindroame de malabsorbție digestivă, cu reducerea alimentației, stări toxico-septice, hipertiroidie;
  - hipoxie tisulară;
  - aport exogen de acizi (acid salicilic, formic, fosforic).
- *scăderea eliminării renale a acizilor în insuficiența renală cronică;*
- *pierderea de baze aproape exclusiv intestinală în caz de diaree holeriforme, pancreatite.*

*Culegerea de date:*

- Subiective:
  - cefalee;

- slăbiciune;
  - apatie, oboseală,
  - dezorientare;
  - sete;
  - greață;
  - dureri abdominale.
- Obiective:
    - respirație Kússmaul;
    - temperatură crescută;
    - vărsături, diaree;
    - deshidratare;
    - stupoare, convulsii, comă.

*Examinări de laborator:*

- pH sub 7,35;
- potasiu peste 5 mEq/l;
- bicarbonat scăzut;
- P<sub>CO2</sub> normal.

*Obiective și intervenții:*

- Restabilirea metabolismului normal:
  - administrarea de bicarbonat, lactat de sodiu, soluție Ringer;
  - dietă hipercalorică.
- Prevenirea complicațiilor:
  - administrare de insulină (în caz de diabet);
  - pregătirea pentru dializă (în caz de insuficiență renală acută);
  - monitorizarea diurezei.
- Educație sanitară:
  - identificarea semnelor și simptomelor de boală;
  - prevenirea complicațiilor;
  - dietă corespunzătoare.

*Evaluare:*

- bilanț acido-bazic normal;
- pacientul este orientat temporo-spațial;
- nu sunt semne de hiperkalemie;

- pacientul nu prezintă tetanie ca urmare a refacerii pH-ului.

*Tratament:*

- administrare de soluții alcaline (bicarbonat de sodiu, lactat de sodiu, soluție Ringer).

## **5. Alcaloza metabolică**

Alcaloza metabolică este mult mai rară decât acidoza deoarece excreția renală de bicarbonat este eficientă.

*Cauze:*

- *Deshidratări cu pierderi mari de clor:*
  - vărsături;
  - aspirație continuă gastroduodenală;
  - sindrom Zollinger-Ellison.
- *Tratamente intempestive cu diuretice;*
- *Hiperaldosteronism;*
- *Carcinom bronșic asociat cu hipersecreție de ACTH ectopic.*

*Culegerea datelor:*

- *Subiective:*
  - letargie;
  - iritabilitate;
  - dezorientare;
  - greață.
- *Obiective:*
  - respirație superficială, apnee;
  - scăderea mișcărilor cutiei toracice;
  - cianoză;
  - puls neregulat;
  - spasme, convulsii;
  - vărsături, diaree, ileus paralytic.

*Examinări de laborator:*

- pH crescut;
- hipocloremie;

- hipokalemie;
- calciu seric normal sau crescut;
- bicarbonat crescut;
- P<sub>CO2</sub> normal.

*Obiective și intervenții:*

- Obținerea și menținerea balanței acido-bazice:
  - administrare de soluții saline intravenos și potasiu;
  - efectuarea bilanțului hidric;
  - monitorizarea semnelor vitale.
- Prevenirea apariției alcalozei:
  - monitorizarea efectelor secundare ale medicamentelor.
- Educație sanitară:
  - administrarea medicației prescrise;
  - aport de sodiu în caz de hiponatremie.

*Evaluare:*

- bilanț acido-bazic normal;
- nu sunt semne de hiponatremie;
- numărul respirațiilor este de 16-20/min.;
- pulsul este regulat, nu sunt aritmii;
- pacientul cunoaște alimentele bogate în potasiu.

*Tratament:*

- suprimarea cauzei;
- administrarea de substanțe acidifiante;
- corectarea tulburărilor ionice din plasmă;
- restabilirea volumului apei extracelulare;
- aport caloric crescut pe cale parenterală.

## **6. Alcaloza respiratorie**

Alcaloza respiratorie se caracterizează prin creșterea raportului bicarbonat/acid carbonic, ca urmare a pierderii exagerate pe cale respiratorie a CO<sub>2</sub> datorate hiperventilației.

*Cauze:*

- afecțiuni pulmonare însoțite de:
  - polipnee (pneumonii, edem pulmonar acut);
  - anxietate (sindrom de hiperventilație).
- stări febrile;
- afecțiuni neurologice (encefalite, tumori cerebrale);
- ventilație mecanică exagerată;
- afecțiuni cardiace congenitale;
- scleroze pulmonare difuze.

*Culegerea datelor:*

- Subiective:
  - parestezii;
  - oboseală;
  - teamă.
- Obiective:
  - creșterea iritabilității;
  - hiperreflexia;
  - tetanie;
  - convulsii;
  - inconștiență;
  - hipokalemie;
  - polipnee, apoi apnee.

*Examinări de laborator:*

- pH-ul crescut;
- clorul plasmatic crescut;
- potasiu normal sau scăzut;
- calciu ionic scăzut;
- bicarbonat normal;

- p CO<sub>2</sub> scăzut;
- urină alcalină.

*Obiective și intervenții:*

- retenția de CO<sub>2</sub> și a O<sub>2</sub> inspirat;
- prevenirea alcalozei;
- educația pacientului:
  - identificarea factorilor psihoemoționali care determină hiperventilație.

*Evaluare:*

- bilanț acido-bazic normal;
- identificarea factorilor cauzali;
- ritm respirator normal;
- nu sunt prezente aritmii cardiace;
- pacientul este conștient, orientat.

*Tratament:*

- tratamentul bolii de fond;
- administrarea de substanțe acidifiante;
- corectarea tulburărilor ionice din plasmă.



## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacientă de 39 ani fot internat de urgență după ce a consumat un flacon cu sedative în scop de suicid. La internare este letargică, cu stupoare, puls 124/min., numărul respirațiilor este de 11/min. și foarte superficiale. Analiza gazelor sanguine arată pH = 7,1; p CO<sub>2</sub> = 49 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 29 mEq/l.

Diagnostic nursing: *Alterarea schimbului gazos legat de hipoventilație secundară unei supradoze de medicamente deprimante ale respirației*

### ***Cazul nr.2***

Pacient de 48 ani a suferit o intervenție chirurgicală (colecistectomie) pentru litiază biliară cu colecistită acută. Pacientul a avut o intoleranță la grăsimi de câteva luni. De 2 zile, înainte de intervenția chirurgicală, a prezentat dureri, mai ales în hipocondrul drept, grețuri și vărsături. De câteva zile este anorexic. După intervenția chirurgicală s-a continuat aspirația gastrică. A primit perfuzie la interval de 8 ore. Tegumentele și mucoasele sunt uscate. Are dureri la nivelul inciziei chirurgicale, respiră superficial și rapid.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 164 cm;
- greutate 66,8 Kg;
- temperatură 38,4 °C;
- tensiunea arterială 110/80 mmHg;
- alură ventriculară de 98/min.;
- număr respirații – 29/min.;
- tegumente și mucoase uscate;
- scăderea turgorului;
- urini hipercolorice.

Examinări paraclinice:

- natremie = 155 mEq/l; potasemie = 3,1 mEq/l;
- pH = 7,49; bicarbonat = 34 mEq/l;
- osmolaritate = 299 mOsm/Kg;

Radiografie toracică: relații normale.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr. 8.

## TEMPERATURA

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Termogeneza**
- ◆ **Termoliza**
- ◆ **Factorii care influențează temperatura corporală**
- ◆ **Hipertermia**
- ◆ **Hipotermia**

## **TEMPERATURA**

### **1. Noțiuni introductive**

Temperatura corpului este menținută în limite normale 36 – 37<sup>0</sup> C datorită procesului de termoreglare. Sistemul neuroendocrin dirijează procesul de termoreglare prin mecanisme fizice și chimice.

Termoreglarea chimică se referă la producerea de căldură – termogeneză. Căldura este rezultatul proceselor oxidative din organism a căror intensitate este variabilă în raport cu temperatura mediului înconjurător. Prin scăderea temperaturii aerului se intensifică catabolismul și ca urmare termogeneza crește. Organele implicate în termogeneză sunt mușchii și ficatul. Intensificarea procesului de termogeneză se face în mod reflex.

Dacă temperatura mediului ambiant scade are loc excitarea receptorilor termici de la nivelul tegumentului care duce la intensificarea catabolismului, cu eliberarea cantității necesare de căldură în vederea compensării pierderilor; dacă însă scăderea temperaturii mediului ambiant continuă iau naștere tot pe cale reflexă contracții musculare care se traduc prin tremurături și apariția frisonului. Conracțiile musculare din cursul frisonului intensifică metabolismul și eliberează o cantitate mai mare de căldură care va duce la creșterea temperaturii corpului.

Dacă temperatura mediului ambiant crește, metabolismul scade, iar termogeneza se diminuează. Reglarea fizică intervine în termoliză. Se face prin radiație, evaporare, eliminarea căldurii cu aerul expirat și consumul de căldură în vederea încălzirii urinei eliminate și materiilor fecale. Mecanismul intim al pierderilor de căldură de pe suprafața corpului se realizează prin modificarea calibrului vaselor sanguine. Sub influența frigului vasele sanguine (arterele) se contractă, fluxul sanguin scade spre suprafața corpului, deci aportul de căldură din profunzime devine mai mic, deci scade și pierderea de căldură.

Sub influența căldurii vasele sanguine se dilată, aportul de sânge spre suprafață devine mai mare și deci pierderea de căldură se intensifică. Dacă temperatura mediului ambiant este egală sau mai mare decât cea a corpului pierderea de căldură prin radiație devine imposibilă. În acest caz ea se face prin secreția sudorală.

Evaporarea apei prin plămâni și încălzirea aerului inspirat contribuie, de asemenea, la pierderea de căldură.

În mod normal, producerea și pierderea de căldură se găsesc în echilibru ceea ce asigură constanța temperaturii organismului. Dacă acest echilibru este rupt apar stările de hipertermie și hipotermie.

Temperatura organelor interne (temperatura centrală) este mai ridicată decât temperatura periferică și este în funcție de intensitatea și starea de activitate a organelor interne.

În reglarea temperaturii intervine hipotalamusul cu cei doi centri ai săi: în partea anterioară a hipotalamusului centrul termolizei, iar posterior centrul termogenezei. Acest centru are legătură cu exteroceptorii și interoceptorii.

## **2. Termogeneza**

Mecanismele implicate în termogeneză sunt:

### ***a) Metabolismul bazal***

Metabolismul bazal reprezintă ansamblul reacțiilor chimice care au loc în celule. Metabolismul bazal este nivelul cel mai scăzut de consum de energie necesar întreținerii funcțiilor vitale ale organismului în stare de repaus. Valorile metabolismului bazal variază în funcție de vârstă, sex și starea de sănătate a organismului. Metabolismul bazal crește proporțional cu intensificarea activității musculare și variază în funcție de condițiile externe în care se desfășoară activitatea organismului.

### ***b) Activitatea musculară***

Creșterea activității musculare duce la creșterea producției de căldură, iar această energie provine din oxidarea glucidelor și lipidelor.

### ***c) Factorul hormonal (hormonii tiroidieni)***

O creștere a hormonilor tiroidieni duce la creșterea metabolismului bazal.

### ***d) Stimularea simpatică***

Stimularea simpatică prin adrenalină și noradrenalină cresc metabolismul bazal când cantitatea de glucoză din sânge scade. Adrenalina și noradrenalina acționează asupra glicogenului muscular și hepatic.

### **3. Termoliza**

Mecanismele implicate în termoliză sunt:

#### ***a) Radiația***

Radiația reprezintă transportul căldurii de la suprafața unui obiect pe suprafața altui obiect. Cantitatea de căldură pierdută prin radiație este în funcție de dilatarea vaselor sanguine și de vasoconstricția pe care pierderea de căldură o provoacă. Se poate reduce pierderea de căldură prin radiație, acoperind organismul cu haine. Poziția organismului influențează această pierdere prin radiație. În poziție ortostatică se pierde mai multă căldură radiantă decât în poziție de clinostatism.

#### ***b) Conducția***

Conducția reprezintă transportul căldurii către toate obiectele sau toată suprafața în contact cu organismul (de ex. o persoană așezată pe un scaun sau organismul scufundat în apă rece).

#### ***c) Convecția***

Convecția reprezintă pierderea căldurii prin curenții de aer și o pierdere minimă se produce prin acest mecanism. În mod normal există un strat de aer cald aproape de suprafața tegumentului, aerul neîncălzit poate să se ridice de la nivelul tegumentului și să treacă în aerul mai proaspăt prin curenții de convecție. Pierderea de căldură poate fi mai mare când pielea umedă intră în contact cu aerul. Organismul nu poate avea un strat de apă caldă pe lângă tegument așa cum se întâmplă în cazul aerului deoarece prin tegument se poate pierde multă căldură; de aceea trebuie ca apa folosită pentru spălătul pacientului să fie la o temperatură superioară celei corporale.

Dacă temperatura corpului este ridicată ea poate fi scăzută spălându-l cu apă cu o temperatură inferioară temperaturii organismului; nu trebuie folosită apă cu temperatură foarte scăzută pentru că pot apărea frisoanele și în consecință să accentuăm creșterea temperaturii organismului.

#### ***d) Evaporarea***

Organismul pierde o oarecare cantitate de căldură prin evaporare. Se realizează prin plămân și tegument. Efortul muscular determină creșterea temperaturii corporale care va determina producerea transpirației; de asemenea un stres emoțional sau intelectual determină

transpirație prin eliberare de adrenalină și noradrenalină. Transpirația este mai puțin eficace când există puțini curenți de aer sau când atmosfera este încărcată cu vapori de apă.

#### **4. Factorii care influențează temperatura corporală**

Factorii care influențează temperatura corporală sunt:

**a) vârsta**

La sugar temperatura este în jur de 36,1 – 37,8 °C. Vârstnicii au o temperatură de 35 – 36 ° C datorită afectării mecanismelor de termoreglare, reducerii țesutului celular subcutanat și diminuării activității glandulare și a metabolismului.

**b) efortul muscular**

În timpul efortului fizic temperatura organismului poate crește cu 2,2 – 2,7 °C.

**c) factorul hormonal**

În timpul ovulației apare o creștere a temperaturii; tiroxina, noradrenalina și adrenalina pot afecta, de asemenea, temperatura corporală.

**d) ritmul circadian**

Există fluctuații de temperatură între dimineață și seară. Temperatura organismului este mai scăzută dimineața între orele 3 și 5, pentru ca apoi în timpul zilei să crească cu un maxim între orele 18 – 23.

**e) stresul, anxietatea, emoțiile puternice**

Stimularea sistemului nervos simpatic poate crește producția de adrenalină și noradrenalină.

**f) mediul ambiant**

Variațiile extreme ale temperaturii mediului ambiant afectează sistemele implicate în reglarea temperaturii corporale.

#### **5. Hipertermia**

Hipertermia reprezintă creșterea temperaturii corpului peste 37 ° C. Se datorează fie unei creșteri a producerii de căldură sau scăderii eliminării de căldură.

Clasificarea hipertermiei:

- subfebrilități (37 – 38° C);
- febră moderată (38 – 39° C);

- febră ridicată (39 – 41<sup>0</sup> C);
- hiperpirexie (peste 41<sup>0</sup> C).

Perioadele febrei sunt:

- inițială;
- de stare;
- de declin.

### ***5.1 Culegerea de date***

La culegerea de date putem avea:

- schimbări de comportament (confuzie, agitație, dezorientare);
- tahicardie, tahipnee;
- sete;
- limbă uscată;
- congestia feței;
- inapetență;
- cefalee;
- fotofobie;
- slăbiciune;
- oligurie;
- mialgii;
- frison.

### ***5.2 Analiza și interpretarea datelor***

#### **Exemple de diagnostice nursing**

*Hipertermie* legată de:

- expunerea la temperaturi excesive;
- creșterea metabolismului;

- deshidratare.

### **5.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- temperatura corporală să revină la limitele normale;
- să se mențină echilibrul hidroelectrolitic;
- să se mențină o stare de nutriție adecvată;
- pacientul să simtă senzația de bunăstare fizică și odihnă.

### **5.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- se monitorizează semnele vitale;
- se evaluează temperatura și culoarea tegumentelor;
- se apreciază pierderile lichidiene prin transpirație;
- se crește ingestia de lichide în raport cu pierderile;
- se menține igiena tegumentelor și a cavității bucale;
- pacientul este sfătuit să stea la pat și să poarte o îmbrăcăminte lejeră;
- se schimbă frecvent cearșafurile;
- se fac împachetări, fricțiuni, se aplică pungi cu gheață și comprese reci;
- se administrează analgezice și antitermice;
- se monitorizează valoarea hematocritului și numărul de leucocite;
- educația pacientului:
  - să evite consumul de alimente cu valoare calorică mare (de ex. lipidele);
  - să consume lichide reci;
  - să aibă o bună ventilație în încăperea sau la locul de muncă;
  - să poarte îmbrăcăminte lejeră, de culoare albă.



### **5.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- are temperatura corpului în limite normale;
- nu prezintă semne de deshidratare;
- nu prezintă infecții cutanate sau la nivelul mucoasei bucale.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **6. Hipotermia**

Hipotermia reprezintă scăderea temperaturii corpului sub 36 ° C. Este determinată de pierderea excesivă de căldură, respectiv scăderea pronunțată a metabolismului în caz de inaniție, tulburări endocrine, insuficiență circulatorie. La sugar poate să apară hipotermie datorită imaturității mecanismelor de termoreglare, la adult datorită expunerii la frig, dereglări endocrine sau abuz de sedative, alcool.

### **6.1 Culegerea de date**

La culegerea de date putem avea:

- scăderea temperaturii corpului;
- modificări ale tegumentului (eritem, cianoză);
- modificări de comportament;
- senzație de frig;
- hipotensiune arterială;
- scăderea diurezei;
- tulburări de vorbire;
- lipsa de coordonare musculară;
- parestezii;
- dezorientare.

### **6.2 Analiza și interpretarea datelor**

**Exemple de diagnostice nursing**

*Hipotermie* legată de:

- expunere îndelungată la temperaturi scăzute;
- traumatisme sau afecțiuni psihice;
- îmbrăcăminte inadecvată cu temperatura mediului ambiant.

### **6.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- pacientul să aibă temperatura corpului în limite fiziologice;
- pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic;
- pacientul să își păstreze integritatea tegumentelor.

### **6.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- evaluarea cauzelor care au dus la hipotermie;
- încălzirea treptată a pacientului prin acoperirea cu o pătură sau folosirea termofoarelor;
- se asigură un aport lichidian de 2500 – 3000 ml lichide pe zi;
- se administrează lichide ușor călduțe la intervale regulate de timp și în cantități mici;
- se recoltează sânge pentru determinarea glicemiei, hemoglobinei și hematocritului;
- extremitățile sunt puse în apă călduță la 37 ° C;
- se face masajul extremităților;
- se administrează tratamentul medicamentos prescris de medic (antibiotice, corticoizi, analgezice);
- educația pacientului:
  - să consume alimente cu conținut caloric ridicat;
  - să bea lichide și alimente calde;
  - temperatura camerei să fie între 18 – 25 ° C;
  - să poarte îmbrăcăminte corespunzătoare (călduroasă).

### **6.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- are temperatura corpului în limite normale;
- nu prezintă semne de deshidratare;

- are tegumentele întegre.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

**Alte diagnostice nursing** sunt:

Termoreglare ineficientă este starea în care există o fluctuație între hipo și hipertermie.

*Termoreglare ineficientă* legată de:

- scăderea metabolismului bazal secundar vârstei;
- traumatisme sau afecțiuni.

*Potențial de alterare a temperaturii corpului* legată de:

- traumatisme sau afecțiuni care afectează reglarea temperaturii;
- medicație care determină vasoconstricție, vasodilatație, sedare sau alterează statusul metabolic;
- inactivitate sau activitate intensă.

Alterarea semnelor vitale asociate cu alte diagnostice nursing este redată în tabelul nr.9.

**Tabelul nr.9 Alterarea semnelor vitale asociate cu alte diagnostice nursing**

<i>Diagnostic nursing</i>	<i>Variația semnelor vitale</i>
Intoleranță la activități	Răspuns anormal al pulsului și TA la activitate
Clearance ineficient al căilor aeriene	Tahipnee
Anxietate	Excitare cardiovasculară
Respirație ineficace	Tahipnee Schimbarea profunzimii respirațiilor
Scăderea debitului cardiac	Aritmii Scăderea pulsului periferic
Alterarea imaginii de sine	Creșterea tensiunii arteriale
Disreflexia	Hipertensiune arterială paroxistică Bradycardie sau tahicardie
Teamă	Excitare cardiovasculară
Exces de volum lichidian	Schimbări ale caracteristicilor respirației și ale tensiunii arteriale
Durere	Modificări ale tensiunii arteriale și pulsului Creșterea/scăderea numărului de respirații
Alterarea perfuziei tisulare	Modificări ale tensiunii arteriale la nivelul extremităților

	Scăderea pulsului periferic
--	-----------------------------

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacient de 3,3 ani a fost internat pentru febră ( $39,8^{\circ}$  C), puls 119/min. și nr. respirații 25/min. Tegumentele sunt uscate, calde, hiperemice. Mama afirmă că de 48 ore prezintă intoleranță la alimente și lichide și a început să aibă vărsături. A primit toate vaccinurile.

Diagnostic nursing: *Hipertermie legată de boală și deshidratare*

### ***Cazul nr.2***

Pacient de 73 ani a fost internat pentru temperatură de  $35,8^{\circ}$  C, puls 122/min., nr. respirații 20/min. și superficiale; tegumentele sunt reci și palide. Extremitățile sunt cianotice. Din discuțiile cu pacientul s-a aflat că nu are locuință, este alcoolic și doarme pe străzi. Este îmbrăcat sumar, iar afară este iarnă.

Diagnostic nursing: *Hipotermie legată de expunerea la temperaturi scăzute și consumul de alcool*

## **MOBILITATE - IMOBILITATE**

- ◆ **Mobilitate**
- ◆ **Imobilitate**
- ◆ **Factorii care afectează mobilitatea (o bună postură, mișcare)**
- ◆ **Procesul de îngrijire**

## **MOBILITATE – IMOBILITATE**

### **1. Mobilitatea**

**Mobilitatea** reprezintă capacitatea individului de a se mișca liber, de a-și coordona mișcările.

**Mișcarea** reprezintă una din funcțiile de bază ale organismului uman, ea fiind aceea care semnifică interrelația cu mediul înconjurător. Această funcție se realizează prin intermediul sistemului neuro-muscular.

Diferitele mișcări ale omului au fost clasificate în:

- mișcări reflexe – cele prin care organismul reacționează la un agent traumatic (evitarea unui obiect supraîncălzit);
- mișcări automate – reprezintă marea majoritate a activității motorii a omului;
- mișcări voluntare – reprezintă mișcări complexe care au fost memorate anterior în scoarța cerebrală, având la bază reprezentări vizuale și kinestezice.

#### ***Postura (atitudinea) adecvată***

Stabilitatea, echilibrul și raporturile constante între diferite segmente ale corpului și mediu se realizează prin acțiunea coordonată a sistemului nervos, muscular și osos.

#### **Mișcări adecvate**

Tipuri de mișcări:

- *abducție* (mișcarea de îndepărtare față de axul median al corpului);
- *adducție* (mișcarea de apropiere față de axul median al corpului);
- *flexie* (mișcarea de apropiere a două segmente – braț/antebraț sau gambă/coapsă);
- *extensie* (mișcarea de îndepărtare a două segmente – braț/antebraț, gambă/coapsă);
- *rotație* (mișcare realizată în jurul axului care trece prin lungul segmentului care se deplasează);
- *pronație* (la nivelul membrului superior – mișcare de rotație a mâinii, prin care palma privește în jos sau la nivelul membrului inferior – planta privește lateral, cu marginea externă ridicată);



- *supinație* ( la nivelul membrului superior – mișcare de rotație a mâinii, prin care palma privește în sus sau la nivelul membrului inferior – planta privește medial, cu marginea internă ridicată);
- *circumducție* (mișcare complexă care totalizează flexia, extensia, abducția și le asociază cu rotația).

**Exercițiile fizice** pot fi:

- *active* - efectuate de individ;
- *pasive* – mișcări efectuate de altă persoană.

**Contracțiile musculare** pot fi:

- *izometrice* – lungimea mușchiului rămâne neschimbată, doar tensiunea crește (ex. contracția mușchilor pentru menținerea poziției capului);
- *izotonice* – tonusul muscular crește, lungimea mușchiului se modifică.

**Caracteristicile exercițiilor** sunt:

- coordonate;
- armonioase;
- complete.

## **2. Imobilitatea**

**Imobilitatea** reprezintă incapacitatea individului de a se mișca liber, de a-și efectua unele nevoi de ordin fizic, psihic, social.

Din acest punct de vedere poate fi:

- *socială* – o întrerupere sau o retragere din modul obișnuit de interacțiune socială datorat unor probleme emoționale sau fizice;
- *emoțională* – poate apărea când factorii de stres depășesc individul în acțiunea de a le face față;
- *fizică* – cauzată de probleme fizice care necesită măsuri terapeutice:
  - orice afecțiune a articulațiilor, oaselor, mușchilor scheletici poate cauza imobilitate parțială sau totală;
  - durerea, oboseala, slăbiciunea pot duce la pierderea energiei și contribuie la imobilitate.

În funcție de durată imobilitatea poate fi:

- *temporară* – convalescența care poate fi și ea de durată lungă sau scurtă în funcție de severitatea problemei;
- *permanentă* – în cazul în care defectul nu poate fi compensat și în acest caz este nevoie de mecanisme ajutătoare (cârje, proteze);
- *progresivă* – când diminuarea funcției locomotorii se face progresiv, în timp (ex. distrofiile musculare, scleroze multiple).

În funcție de *cauze* distingem imobilitate legată de:

- restricție terapeutică a mișcărilor (accident al membrilor sau intervenție chirurgicală);
- restricție inevitabilă datorită unei incapacități primare: scleroze multiple, paralizie după accident vascular cerebral;
- restricție voluntară datorită stilului de viață.

*Gradele imobilizării* sunt:

- pacienții inconștienți sunt complet imobilizați;
- dacă pacientul are fractură de membru inferior imobilitatea este parțială;
- restricție de la activități pentru restabilirea sănătății.

Repausul la pat este termenul utilizat pentru pacienții imobilizați care pot să stea nu numai în pat ci și pe scaun, fotoliu în funcție de gradul imobilizării.

*Factorii care cresc riscul problemelor legate de imobilizare* sunt:

- o parte mai mare a corpului este imobilizată;
- imobilizare pe o perioadă lungă de timp;
- persoane vârstnice imobilizate;
- persoane cu experiențe dureroase sau spasme musculare;
- persoane sensibile la temperatură, scăderea presiunii;
- persoane incapabile să învețe cum se previn aceste probleme;
- persoane imobilizate timp îndelungat într-o singură poziție;
- persoane cu nutriție deficitară.

*Efectele imobilizării sunt:*

- ***musculo-scheletice:***
  - demineralizarea oaselor, ceea ce poate duce la deformarea și fracturarea oaselor;
  - durerea și rigiditatea articulațiilor;
  - atrofie musculară și contracturi musculare localizate sau generalizate;
  - coordonare deficitară a mișcărilor;
  - asimetrie toracică.
- ***gastro-intestinale:***
  - anorexie;
  - disconfort abdominal;
  - distensie abdominală;
  - constipație.
- ***respiratorii:***
  - scăderea amplitudinii mișcărilor respiratorii;
  - acumularea de secreții în căile respiratorii;
  - pneumonii;
  - dezechilibru între O<sub>2</sub> și CO<sub>2</sub>.
- ***urinare:***
  - distensia vezicii urinare;
  - producerea de calculi;
  - infecții de tract urinar.
- ***cardio-vasculare:***
  - hipotensiune arterială în ortostatism;
  - edeme periferice;
  - creșterea pulsului la schimbarea poziției;
  - tromboză venoasă profundă.
- ***metabolice:***
  - reducerea metabolismului bazal.
- ***tegumentare:***
  - escare.
- ***psihosociale:***
  - scăderea motivației de a face ceva;
  - scăderea abilității de rezolvare a problemelor;

- diminuarea dorinței de a-și satisface nevoile fundamentale.

### **3. Factorii care afectează mobilitatea (o bună postură, mișcare)**

- **Biologici:**

- **vârsta:**

- *copilul mic* își dobândește controlul mișcărilor pe măsură ce înaintează în vârstă; este foarte activ, se mobilizează ușor, adoptă diferite poziții;
    - *adultul* își coordonează și dă suplețe mișcărilor;
    - îmbătrânirea fiziologică atrage după sine schimbări fiziologice ale organismului la nivelul diferitelor aparate și sisteme (la nivelul aparatul locomotor se produce o degenerare a cartilajului articular, scăderea tonusului muscular).

- **constituția și capacitățile fizice.**

- **Psihologici:**

- **emoțiile** pot fi exprimate prin mișcări ale corpului;
  - **personalitatea și temperamentul** determină ca individul să fie mai activ sau calm.

- **Sociologici:**

- **cultura** – individul practică diferite activități în funcție de societatea în care trăiește;
  - **rolul social** – individul poate îndeplini activități ce impun efort fizic mai mic sau mai mare pe care să-l compenseze prin rezistență fizică și ore suficiente de repaus;
  - **organizarea socială** – există legi și regulamente pentru menținerea sănătății, chiar dacă se depune un efort deosebit;
  - **tradiția și religia.**

## **4. Procesul de îngrijire**

### **4.1 Culegerea de date**

Culegerea de date se referă la depistarea modificărilor diferitelor aparate și sisteme legate de imobilitate – tabelul nr.10.

**Tabelul nr.10 Modificări legate de imobilitate**

<i>Tehnica evaluării</i>	<i>Modificări legate de imobilitate</i>
<p><b><i>Sistem osteo-articular</i></b></p> <p>Măsurarea circumferinței brațului și coapsei</p> <p>Teste de laborator</p> <p>Inspecție, palpare</p> <p>Măsurători goniometrice</p> <p>Inspecție</p>	<p>Scade circumferința</p> <p>Scad proteinele plasmaticice</p> <p>Crește calcemia și fosfatemia</p> <p>Scade calciuria și fosfaturia</p> <p>Tumefacție sau durere articulară</p> <p>Inabilitate de extensie, în special la nivelul membrelor inferioare</p> <p>Coordonare dificilă a mișcărilor la nivelul membrelor superioare și inferioare</p>
<p><b><i>Aparat cardiovascular</i></b></p> <p>Auscultație</p> <p>Palpare</p> <p>Inspecție</p> <p>Măsurarea circumferinței gambei și coapsei</p>	<p>Crește frecvența cardiacă în repaus și la eforturi mici</p> <p>Scădere bruscă a TA la mobilizarea din clinostatism în ortostatism</p> <p>Modificări ale amplitudinii pulsului</p> <p>Extremități reci</p> <p>Edeme gambiere, retromaleolare și sacrate</p> <p>Distensie venoasă periferică</p> <p>Creșterea circumferinței gambei și coapsei</p>
<p><b><i>Aparat respirator</i></b></p> <p>Auscultație</p> <p>Teste de laborator</p> <p>Inspecție</p> <p>Măsurarea temperaturii</p>	<p>Respirații superficiale</p> <p>Scăderea murmurului vezicular</p> <p>Creșterea p CO<sub>2</sub> cu scăderea p O<sub>2</sub></p> <p>Mișcări asimetrice al toracelui în timpul inspirației și expirației</p> <p>Tuse productivă cu spută mucopurulentă</p> <p>Durere în timpul respirației</p> <p>Febră</p>

<p><b><i>Metabolism și nutriție</i></b></p> <p>Măsurarea greutateii și înălțimii</p> <p>Inspecție</p> <p>Palpare</p> <p>Teste de laborator</p>	<p>Scădere în greutate, scăderea aportului alimentar și atrofie musculară</p> <p>Scăderea aportului de proteine și calorii</p> <p>Cicatrizare dificilă a leziunilor tegumentare</p> <p>Edeme periferice</p> <p>Scăderea proteinelor plasmatice</p> <p>Creșterea azotemiei</p> <p>Creșterea calcemiei și fosfatemiei</p>
<p><b><i>Sistem endocrin și aparat urinar</i></b></p> <p>Bilanț ingestie – excreție pe 24 ore</p> <p>Măsurarea greutateii corporale</p> <p>Teste de laborator</p> <p>Inspecție și palpare</p>	<p>Deshidratare</p> <p>Scădere în greutate</p> <p>Creșterea azotemiei, a hematocritului</p> <p>Creșterea pH –ului urinar</p> <p>Creșterea leucocitelor</p> <p>Creșterea calcemiei și fosfatemiei cu creșterea semnificativă a calciuriei și fosfaturiei</p> <p>Urocultură pozitivă (de obicei cu E. Coli peste 100 000 germeni/ml)</p> <p>Scăderea debitului urinar, disconfort abdominal, distensia vezicii urinare cu retenție de urină</p> <p>Febră</p> <p>Polakiurie, disurie</p> <p>Crampe abdominale sau durere</p> <p>Hematurie</p>

<p><b><i>Aparat digestiv</i></b></p> <p>Bilanț ingestie – excreție pe 24 ore</p> <p>Inspecție</p> <p>Palpare</p> <p>Auscultație</p>	<p>Deshidratare</p> <p>Scăderea aportului caloric și a fibrelor alimentare</p> <p>Dureri la defecație sau creșterea timpului necesar defecației</p> <p>Creșterea consistenței materiilor fecale</p> <p>Distensie abdominală</p> <p>Disconfort în etajul abdominal inferior, cefalee</p> <p>Grețuri, vărsături</p> <p>Utilizarea frecventă a manevrei Valsalva pentru facilitarea defecației</p> <p>Coardă colică</p> <p>Scăderea zgomotelor intestinale</p>
<p><b><i>Tegumente și mucoase</i></b></p> <p>Bilanț ingestie – excreție</p> <p>Inspecție</p> <p>Palpare</p> <p>Teste de laborator</p>	<p>Deshidratare</p> <p>Edeme gambiere, retromaleolare și sacrate</p> <p>Hiperemie reactivă</p> <p>Scăderea turgorului</p> <p>Creșterea hematocritului, a azotemiei</p>
<p><b><i>Sistem nervos central</i></b></p> <p>Inspecție</p>	<p>Scăderea activității motorii</p> <p>Iritabilitate</p> <p>Confuzie</p> <p>Oboseală</p> <p>Percepție deformată a realității</p>

<p><i>Aspecte ale vieții sociale, emoționale și intelectuale</i></p> <p>Inspecție</p>	<p>Modificări de comportament (anxietate, ostilitate, confuzie)</p> <p>Depresie (lipsa de sentimente față de propria persoană, empatie, apatie, închidere în sine, lipsa de speranță)</p> <p>Modificarea conceptului de sine, a rolului familial sau de grup</p> <p>Scăderea abilității de concentrare, de luare a deciziilor</p> <p>Interes pentru viața sexuală</p> <p>Interes pentru situația financiară</p>
---	---

## ***4.2 Analiza și interpretarea datelor***

### **Exemple de diagnostice nursing**

*Potențial de apariție a sindromului de imobilizare* legat de:

- paralizie;
- prelungirea repausului la pat;
- alterarea nivelului de conștiență;
- tracțiune osoasă.

Alte diagnostice nursing rezultate din perturbarea altor nevoi fundamentale sunt:

*Potențial de leziune* legat de:

- limitarea mobilizării asociată cu rezistență;
- scăderea forței musculare asociată cu imobilitate;
- rigiditate articulară asociată cu imobilitate;
- hipotensiune ortostatică asociată cu imobilitate.

*Intoleranță la activitate* legată de:

- prelungirea repausului la pat.



*Alterarea perfuziei tisulare periferice* legată de:

- întreruperea fluxului venos secundar trombozei venoase profunde asociată cu prelungirea imobilizării;
- prezența edemelor.

*Respirație ineficace* legată de:

- scăderea expansiunii pulmonare asociată cu poziția de clinostatism sau durere abdominală sau operații toracice;
- atrofia musculaturii toracelui asociată cu prelungirea repausului la pat;
- administrarea de agenți care deprimă respirația (analgice, sedative, anestezice).

*Schimb gazos ineficient* legat de:

- staza secrețiilor în căile respiratorii asociate cu imobilizarea;
- scăderea expansiunii pulmonare asociată cu poziția de clinostatism.

*Clearance aerian ineficient* legat de:

- incapacitatea de inspirație maximă sau tuse eficientă secundar durerii postoperator sau scăderii tonicității musculaturii toracice;
- medicație care deprimă respirație;
- staza secrețiilor în căile aeriene.

*Potențial de aspirație* legat de:

- deprimarea tusei sau a reflexelor respiratorii asociate cu inconștiența sau agenți anestezici.

*Alterarea nutriției (prin deficit) față de necesitățile organismului* legată de:

- anorexie secundară izolării sociale;
- balanță negativă de azot asociată cu imobilizare și catabolismul masei musculare.

*Alterarea nutriției (potențială) prin exces față de necesitățile organismului* legată de:

- dezechilibru între ingestie versus activitate.

*Potențial de infecție* legat de:

- staza urinară;
- obstrucția fluxului urinar (calcul renal).

*Alterarea eliminării intestinale (constipație)* legată de:

- reducerea activității fizice;
- lipsa de intimitate;
- dietă inadecvată.

*Potențial de alterare a integrității tegumentare (sau actuală) legată de:*

- imobilizare fizică;
- modificarea centrului gravitațional.

*Activitate deficitară* legată de:

- spitalizare prelungită;
- monotonia mediului înconjurător.

*Izolare socială* legată de:

- alterarea stării de sănătate;
- handicap fizic.

*Lipsa de putere* legată de:

- inabilitatea de efectuare a activităților zilnice;
- inabilitate de asumare a responsabilităților;
- izolare socială;
- alterarea spațiului personal.

### **4.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- *să se mențină funcția musculară în limite normale:*
  - să efectueze exerciții la nivelul tuturor articulațiilor;
  - să efectueze exerciții izotonice și/sau izometrice la fiecare 4 ore;
  - să se restabilească masa musculară și forța musculară;
  - să participe la activitățile de îngrijire personală fără a apărea oboseala;
  - să se mobilizeze în condiții de securitate din clinostatism sau poziție șezândă fără efecte adverse.
- *să existe o alterare minimă cardiovasculară:*
  - să se mențină în limite normale funcțiile vitale;
  - să existe semne care indică un flux venos corespunzător (absența edemelor, absența durerii în regiunea posterioară a gambei, fără semne de inflamație sau distensie venoasă sau modificări tegumentare).
- *să se mențină funcția respiratori în limite normale:*
  - să efectueze 5 respirații profunde și 5 exerciții de tuse la fiecare oră
  - să existe o expansiune toracică normală;
  - murmurul vezicular să fie fiziologic;
  - să nu prezinte febră, dureri toracice sau alte semne respiratorii care să indice infecție pulmonară, embolia sau atelectazie.

- *să se mențină o stare de nutriție adecvată:*
  - să se mențină o greutate normală;
  - proteinele serice să fie în limite normale;
  - turgorul să fie normal;
  - să existe o balanță între ingestie și excreție.
- *să existe o eliminare normală:*
  - să ingere cel puțin 1500 ml lichide pe zi;
  - urina să aibă pH normal;
  - să nu existe semne de retenție urinară, infecție sau calculi renali;
  - materiile fecale să fie de consistență semisolidă și la fiecare 2–3 zile;
  - să nu existe semne de ocluzie intestinală.
- *să se mențină integritatea tegumentară:*
  - tegumentele să fie intacte, umede, curate;
  - să nu existe semne inflamatorii (paloare, roșeață, creșterea temperaturii, tumefacție) la nivelul zonelor de presiune.
- *să se mențină funcția psihosocială în limite normale:*
  - să participe activ la deciziile legate de îngrijire;
  - să-și exprime sentimentele;
  - să accepte ajutorul altor persoane.

#### **4.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- asistenta medicală planifică cu pacientul exerciții fizice în funcție de cauza imobilizării și de capacitatea pacientului;
- poziția pacientului va fi schimbată la fiecare 2 ore;
- se efectuează exerciții pasive;
- se masează regiunile expuse escarelor și se pudrează cu talc;
- pacientul va fi învățat care este postura adecvată și cum se efectuează exercițiile active;
- pacientul va fi învățat să efectueze exerciții de respirație profundă;
- pacientul va fi învățat să tușească și să expectoreze secrețiile;

- pacientul va fi pregătit psihic înainte de fiecare tehnică de îngrijire;
- se redă încrederea pacientului că imobilitatea este o stare trecătoare și că își poate relua mersul;
- se înlătură stimulii exagerați din mediul înconjurător (zgomote, lumină puternică, număr mare de vizitatori);
- se supraveghează permanent pacientul;
- imobilizare fizică în caz de agitație extremă (chingi, cămașă de protecție);
- se asigură un climat de liniște și calm;
- pacientul este învățat să utilizeze diferite aparate de susținere (cadru metalic, bastoane, cârje);
- se administrează tratamentul prescris de medic;
- pacientul va fi ajutat în satisfacerea celorlalte nevoilor fundamentale.

#### ***4.5 Evaluare***

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- are tonusul muscular păstrat;
- are tegumentele și mucoasele întegre;
- nu prezintă tulburări de respirație, circulație sau secreții bronșice;
- nu prezintă complicații (de ex. escare de decubit, anchiloze, contracturi musculare);
- este echilibrat psihic;
- își satisface celelalte nevoi fundamentale.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacientă de 89 ani a fost internată în spital cu accident vascular cerebral în urmă cu 2 zile, are o greutate de 46 kg, este anorexică și malnutrită, are o paralizie flască a membrilor superioare și inferioare, incontinență urinară și cu stupoare. Este incapabilă să se mobilizeze singură.

Diagnostic nursing: *Potențial de apariție a sindromului de imobilizare legat de afecțiunea neuromusculară (hemiplegia), alterarea stării de conștiență și inactivitate*

### ***Cazul nr.2***

Pacient de 38 ani s-a izolat și evită contactul cu alte persoane de când a aflat că are SIDA. Prietena lui a murit în urmă cu 4 luni tot de SIDA. Este anxios și se simte respins de cei din jur. Se îndoiește de terapie și posibilitățile de supraviețuire.

Diagnostic nursing: *Izolare socială legată de alterarea stării de sănătate și teama că cei din jur pot contacta boala*

### ***Cazul nr.3***

Pacient de 19 ani, gimnast, în urmă cu câteva săptămâni a suferit o fractură de femur stâng în timpul unui exercițiu la bară. După accident a fost supus tracțiunii osoase. Datorită spasmelor musculare dureroase el refuză adesea să-și schimbe poziția singur. Este deprimat și plictisit de îngrijirile din spital. Apetitul este scăzut și adesea refuză masa din spital. Face exerciții de respirație profundă sau de tuse numai la indicațiile asistentei medicale.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 178 cm;
- greutate 72 Kg;
- temperatură 37 ° C;
- tensiunea arterială 115/70 mmHg;
- alură ventriculară de 82/min.;
- număr respirații 16/min.

Date de laborator:

hemoglobină = 12,4 g %;

hematocrit = 37 %;

examen sumar de urină normal.

Radiografie toracică: relații normale.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.11.

## **IGIENA**

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Factorii care afectează satisfacerea nevoii**
- ◆ **Procesul de îngrijire**



## **IGIENA**

### **1. Noțiuni introductive**

Igiena este o știință a sănătății și de menținere a ei. În literatura de specialitate sunt menționate:

- igiena mentală;
- igiena externă;
- igiena sexuală;
- igiena socială.

Igiena este o problemă importantă pentru individ determinată de valorile individuale.

Funcțiile îndeplinite de tegument sunt:

- antiinfecțioasă;
- termoreglare (stratul adipos are rol izolator termic);
- excreția substanțelor rezultate din catabolism (apă, clorură de sodiu, uree, glucoză, corpi cetonic) prin glandele sudoripare;
- recepționează excitațiile termice, tactile și dureroase prin receptori specifici;
- protecție împotriva radiațiilor ultraviolete (prin pigmentii pe care îi conține – melanină);
- participă la respirație ( $O_2$  intră prin piele și  $CO_2$  se elimină);
- participă la absorbția unor medicamente (unguente).

### **2. Factorii care influențează satisfacerea nevoii**

Factorii care influențează satisfacerea nevoii sunt:

- **biologici:**
  - vârsta;
  - temperatura (temperatura crescută determină deshidratare prin transpirații);
  - activitatea fizică;
  - alimentația (lichidele conferă elasticitate pielii).
- **psihologici:**
  - emoțiile (cresc sudorația);

– nivelul de cunoștințe legat de igienă.

• **sociologici:**

- obiceiurile culturale;
- curentul social;
- organizarea socială, în funcție de condițiile fizice, materiale sau de promiscuitate.

**Scopul îngrijirilor igienice este:**

- promovează curățenia înlăturând microorganismele de pe corp și secrețiile;
- promovează o imagine de sine pozitivă;
- elimină mirosurile neplăcute;
- asigură confort și relaxare;
- asigură o stare bună a tegumentului.

**Tipuri de îngrijiri igienice sunt:**

- *îngrijiri zilnice de dimineață* – înainte de micul dejun și de efectuare a unor examinări;
- *îngrijiri în timpul zilei* – presupun igiena regiunii perianale, a organelor genitale externe, a unghiilor;
- *îngrijiri de seară* – baie, duș;
- *îngrijiri de noapte* – în caz de situații patologice (vărsături, transpirații abundente, diaree) sau fiziologice (urinare, defecare).

**Deprinderi igienice sunt:**

- baie, duș (frecvență, durată);
- spălarea dinților (frecvență, periaj corect, produse folosite);
- spălarea părului (frecvență, produse folosite).

### **3. Procesul de îngrijire**

#### **3.1 Tegumentul**

##### **3.1.1 Culegerea datelor**

Culegerea datelor se referă la:

- culoarea tegumentului;
- turgor;
- temperatură;

- umiditate;
- integritatea și suplețea tegumentului;
- prezența edemelor;
- leziuni elementare ale tegumentului;
- hemoragiile cutanate;
- prurit;
- celulita și ridurile.

#### *Culoarea tegumentului*

Colorația normală a tegumentelor depinde de conținutul în melanină combinat cu colorația dată de hemoglobina sângelui capilar. Colorația mucoaselor este dată de conținutul în hemoglobină a sângelui capilar:

- variază în funcție de rasă;
- este influențat de expunerea la soare.

#### *Modificări de culoare:*

- **eritem** – colorație roșie ca urmare a sensibilității la unele medicamente, a acțiunii directe asupra tegumentelor a unor factori din mediul extern (fizici, chimici sau biologici), apare în unele afecțiuni: arsură, degerătură, reumatism articular acut, în caz de emoții (pe față, gât);
- **paloare** – datorită scăderii debitului sanguin în vasele periferice sau scăderii hemoglobinei din sânge, este greu de decelat la persoanele cu tegumente închise. Paloarea generalizată interesând și mucoasele accesibile inspecției (conjunctivală, linguală, bucală) este un semn de anemie;
- **cianoza** – colorația albastruie violacee a tegumentelor și mucoaselor provocată de creșterea concentrației de hemoglobină redusă peste 5%. Apare în insuficiența respiratorie, cardiopatii congenitale cianogene, intoxicații cu nitrați, insuficiență circulatorie (cianoză periferică). Acrocianoza este o cianoză permanentă, uniformă, de intensitate variabilă, localizată la nivelul extremităților. Tegumentele sunt reci, umede, tenta cianotică dispare lent la presiune locală, nu se modifică la schimbarea poziției.
- **icterul** – colorația galbenă a tegumentelor și mucoaselor datorată creșterii bilirubinei (de ex. hepatită), poate exista icter fiziologic la nou-născut.

Modificările în colorația generală și locală a tegumentului pot apare în tulburări de pigmentare:

- **Hiperpigmentarea cutanată** reprezintă creșterea cantității de pigment de la nivelul tegumentului; poate fi difuză, generalizată (ex. boala Addison) sau localizată.

Se întâlnește sub formă:

- *difuză* ca urmare a expunerii la radiațiile solare;
  - *pată mongoliană* – pată brun violacee situată în regiune sacrată și lombară, prezentă de la naștere;
  - *efelide* (pistru) – pete pigmentare, lenticulare, plane, netede de culoare variind de la maro deschis la maro închis;
  - *nevi pigmentari* – zone de hiperpigmentare, circumscrise, congenitale. Culoarea diferă: maro, negru; pot fi plani, altelei proemină pe suprafața tegumentului, pot fi centrate de un folicul pilos;
  - *cloasma gravidelor* care apare ca o pigmentare difuză a feței, se instalează în primul trimestru de sarcină, uneori persistă și după naștere.
- **Hipopigmentarea cutanată** reprezintă scăderea cantității de pigment de la nivelul tegumentului; poate fi generalizată sau localizată, de dimensiuni variabile.

Apare sub formă de:

- *albinism* – anomalie congenitală caracterizată prin tegument alb-rozat, păr blond deschis până la alb, iris foarte deschis; indivizii sunt foarte sensibili la acțiunea razelor solare (lipsește melanina care are rol protector);
  - *vitiligo* – pete depigmentate de variate dimensiuni, neregulate, tegumentul din jur este de aspect normal. Cauze posibile: traume psihice majore, emoții puternice.
- **Hemocromatoza** se caracterizează prin colorarea în brun roșcat a tegumentului datorat depozitării de fier, melanină și hipofuscină (diabetul bronzat). Se asociază cu ciroza hepatică, pancreatita și diabetul zaharat datorită depunerii acestor pigmenți la nivelul ficatului și pancreasului.

### ***Turgorul***

Turgorul se referă la elasticitatea tegumentului și a țesutului celular subcutanat. Apare:

- *consistență ferm elastică* la sugarul sănătos;

- *turgor pãstos* – senzația elastică este înlocuită cu cea de pastă (comparat cu consistența aluatului) apare la sugarii obezi, alimentați cu făinoase în exces;
- *turgor flasc* – senzație de consistență diminuată și tonus scăzut, la sugarii distrofici;
- *pliu cutanat persistent* în caz de deshidratare.

**Temperatura tegumentului** depinde de circulația vasculară periferică.

**Umiditatea tegumentului:**

- variază în funcție de regiune:
  - pielea pliurilor și axilelor este în mod obișnuit umedă;
- depinde de temperatura și umiditatea mediului înconjurător, temperatura corpului, activitatea musculară;
- la bătrâni tegumentul este uscat;
- la adolescenți poate apărea o secreție excesivă de sebum;
- transpirația poate fi continuă sau periodică; localizată sau generalizată.

**Integritatea și suplețea tegumentului**

Integritatea și suplețea tegumentului depind de:

- vârstă;
- posibili alergeni;
- tipul de tegument;
- acțiunea unor agenți externi.

**Vârsta**

- tegumentul sugarului este delicat, ușor de lezat, de aceea necesită îngrijiri atente, toaletă frecventă;
- tegumentul copilului mic este mai rezistent, dar necesită toaletă frecventă având în vedere faptul că timpul acestuia este ocupat de joacă;
- la adolescenți pot să apară acneea, de aceea necesită îngrijire pentru a preveni iritarea și infecția tegumentului;
- după 50 ani tegumentul este mai puțin suplu și elastic, cu secreția scăzută a glandelor sebacee astfel că tegumentul devine uscat și cu descumări, de aceea se recomandă băi totale zilnic.

**Posibili alergeni:**

- săpun;
- uleiuri de baie;
- detergenți;
- creme;
- deodorante.

**Tipuri de tegument:**

- uscat – nu se va folosi alcool deoarece tegument este fragil și ușor iritabil, se recomandă folosirea cu prudență a cremelor și săpunului.

***Prezența edemelor***

Edemele apar ca urmare a acumulării de lichid în spațiul intercelular și interstițial; poate fi localizat sau generalizat:

- **edemul cardiac** este cianotic și rece (gambă, regiunea retromaleolară). Cianoza se datorează stazei sângelui în rețeaua capilară și venoasă subcutanată;
- **edemul renal** este palid, localizat la pleoape, față, organe genitale. Mecanismul de producere este legat de retenția hidrosalină conjugată cu scăderea presiunii osmotice și hiperpermeabilitatea capilară;
- **edemul inflamator** este localizat, este unul din semnele inflamației. Este cald, dureros, însoțit de eritem. Se întâlnește în flegmoane, abcese, flebite sau artrite;
- **edemul alergic** apare la pleoape, față, buze, limbă. Se însoțește de prurit, erupții urticariene (edem Quincke). Uneori este însoțit de edem glotic cu dispnee inspiratorie și asfixie (apare după administrare de medicamente, alimente, mușcături de insecte).

***Leziuni elementare ale tegumentelor***

Leziuni elementare ale tegumentului sunt:

- **macula** este o pată produsă prin schimbarea culorii tegumentului pe o zonă limitată, circumscrisă. Când este de origine vasculară și dispăre la presiune (eritemul) este datorată vasodilatației capilare, dacă nu dispăre la presiune este produsă prin hemoragie (peteșie);
- **papula** este o leziune proeminentă circumscrisă, solidă; poate fi pruriginoasă și tranzitorie ca în urticarie sau persistentă ca în exantemul bolilor infecțioase.

Exantemul este manifestarea cutanată a bolilor eruptive ale copilului (rujeolă, scarlatină, rubeolă);

- **vezicula** este o leziune proeminentă cu conținut lichidian (ser, limfă, sânge, lichid extracelular). Pot apare izolate sau grupate (în ciorchine). Sunt caracteristice în arsurile de gradul II, degerături, herpes și varicelă;
- **pustula** este o veziculă cu conținut purulent, poate apare în septicemii; când este centrată de un fir de păr – foliculită superficială; miliaria constă în prezența de vezicule sau pustule mici pe tegumentul nou-născutului;
- **ulcerația** reprezintă o pierdere de substanță superficială când interesează numai epidermul sau mai profundă când poate interesa parțial sau total dermul (de ex. în lues);
- **nodulul** este o leziune cu diametru mai mare ca al papulei, prezentând o infiltrare mai profundă a dermului și eventual al țesutului celular subcutanat, poate fi datorat unui proces inflamator (eritem nodos, tuberculoză, sifilis) sau a unei proliferări celulare maligne sau benigne;
- **crustele**, de obicei acoperă ulcerațiile și sunt rezultate prin uscarea exudatului seros, purulent sau hemoragic;
- **scuamele** sunt formațiuni ale țesutului cornos ce se detașează de pe tegument. Pot fi:
  - furfuracee;
  - lamelară;
  - lambouri.

### ***Hemoragiile cutanate***

Pot fi sub forma:

- *peteșilor*;
- *echimozelor* – hemoragii prin ruperea vaselor sanguine subcutanate. Au o culoare roșie-violacee, virând apoi în galben-verzui datorită descompunerii hemoglobinei.

Hemoragiile la nivelul mucoaselor pot fi:

- epistaxis;
- gingivoragii.

### ***Pruritul***

Pruritul este senzația cutanată de „mâncărime” care declanșează reflexul de grataj („scărpinare”). Poate fi la nivel:

- anal și perianal (în oxiiuroză, fisuri anale, constipație);
- pielii capului (în pediculoză, seboree);
- intercostal (în zona zoster).

Poate apare în boli hepatice, endocrine, metabolice sau alergice (urticarie).

### ***Celulita și ridurile***

Celulita apare ca urmare a hipertrofiei alveolelor formate prin întrepătrunderea fibrelor elastice de la nivelul hipodermului; aceste alveole conțin apă în cantitate variabilă și glicogen.

Celulita se caracterizează prin creșterea volumului, consistenței, sensibilității și diminuarea mobilității tegumentului. Poate fi localizată sau difuză. De obicei, este localizată în jumătatea inferioară a corpului. Se datorează:

- tulburărilor de nutriție (determină acumularea grăsimilor);
- dezechilibrului hormonal ovarian.

Ridurile apar ca urmare a pierderii elasticității tegumentului. Se pot datora:

- factorilor meteorologici (soare, frig sau vânt);
- contractarea exagerată a mușchilor feței;
- luminii puternice;
- edentației;
- consumului de alcool;
- fumatului;
- lipsei de îngrijire a tenului.

Alte date culese se pot referi la:

- utilizarea de loțiuni;
- contact cu alergeni;
- relații posibile cu ocupația;
- stres;
- prezența durerii;
- antecedente familiale.

Persoanele la care există risc de apariție a leziunilor tegumentare sunt:

- denutriți – risc de apariție a escarelor;



- imobilizați, paralizați;
- deshidratați – pierderea elasticității tegumentului;
- paralizați cu tulburări senzitive – nu pot discerne pericolul expunerii la cald sau frig.

### **3.1.2 Diagnostice nursing**

#### **Exemple de diagnostice nursing**

*Alterarea integrității tegumentare* legată de:

- imobilitate;
- afectarea circulației venoase;
- afectarea circulației arteriale;
- deficit sau exces lichidian sau nutrițional;
- febră;
- expunere la iritanți (chimici, termici, mecanici sau radiații);
- prurit.

*Potențial de alterarea integrității tegumentare* legată de:

- expunere la iritanți (radiații);
- alterarea circulației;
- imobilizare prelungită;
- prezența secrețiilor;
- scăderea sensibilității tactile, termice la nivelul membrelor inferioare;
- alterarea nutriției mai puțin decât necesitățile organismului;
- incontinență urinară.

*Deficit de îngrijire* legat de:

- imobilizarea pacientului la pat;
- tulburări cognitive (traumatisme, accidente vasculare cerebrale, vârstă);
- lipsa motivației;
- tulburări vizuale;
- intoleranța la activitate determinată de scăderea debitului cardiac;
- alterarea mobilității (artrită cu dureri, contractură, paralizie, spasm);
- prezența amputației.

*Alterarea integrității tisulare* legată de:

- imobilitate;
- alterarea circulației;

- exces de volum lichidian;
- expunerea la iritanți (chimici, termici, mecanici sau radiații).

### **3.1.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- pacientul să aibă tegumentul intact;
- pacientul să nu prezinte disconfort;
- pacientul să aibă tegumentul normal colorat;
- pacientul să nu devină sursă de infecție nosocomială;
- pacientul să fie echilibrat nutrițional;
- pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic;
- pacientul să descrie îngrijirile igienice.

### **3.1.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- leziunile suprainfectate se vor proteja cu pansament;
- se previn infecțiile nosocomiale prin respectarea măsurilor de asepsie și antisepsie;
- se supraveghează ca pansamentele să nu fie prea strânse (împiedică circulația sanguină);
- desfacerea pansamentelor se face blând, umezindu-le;
- se evită consumul de alimente iritante și excitante;
- pacientul va fi educat să consume legume și fructe;
- pacientului i se vor explica efectele nocive ale alcoolului, condimentelor, alimentelor prăjite, conservelor, afumăturilor și ale consumului de cafea;
- se menține o hidratare corespunzătoare;
- se previne uscarea tegumentului;
- se vor purta discuții cu pacientul având în vedere caracterul pruriginos al leziunilor și riscul de apariție al cicatricilor;
- se prelevează produse patologice pentru examen de laborator (cruste, puroi, secreții din vezicule).

### **3.1.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- are tegumentul intact și normal colorat;
- este echilibrat psihic;
- nu a devenit o sursă de infecție nosocomială.

### **3.2 Părul**

*Modificările pilozității* sunt:

- **hipertricoza** este o accentuare a pilozității întregului corp sau a unei suprafețe circumscrise (apare în caz de denutriție, anorexie nervoasă, acromegalie, în special la femei);
- **hirsutismul** reprezintă o dezvoltare de tip masculin a pilozității la femei (mustăți, barbă), apare în afecțiuni ale glandelor suprarenale;
- **alopecia** poate fi parțială sau totală, congenitală sau dobândită.

*Aspecte nursing:*

- uscarea părului ca urmare a unei insuficiențe de secreție a sebumului (părul este friabil, devitalizat);
- seboreea reprezintă hipersecreția glandelor sebacee, părul devine gras (în caz de stres, alimentație bogată în glucide, lipide, intoxicații medicamentoase);
- mătreața – scuame provenite din stratul superficial al epidermei (în tulburări ale metabolismului lipidelor, stări nervoase);
- pediculoza.

*Diagnostic nursing*

*Deficit de îngrijire a părului* legat de:

- intoleranță la activități;
- imobilizare la pat;
- durere la nivelul membrelor superioare;
- alterarea nivelului de conștiență;
- lipsa motivației asociată cu depresia.

*Alterarea integrității tegumentare a capului* legată de:

- înțepătură de insecte;
- leziuni ale scalpului.

*Potențial de infecție* legat de:

- înțepătură de insecte;
- leziuni ale scalpului.

*Perturbarea imaginii de sine* legată de alopecie.

**Obiective nursing:**

- părul să aibă strălucire;
- leziunile și infecțiile scalpului să fie reduse sau absente;
- pacientul să descrie factorii care contribuie la apariția leziunilor părului.

### **3.3 Unghiile**

Unghiile sunt formațiuni cornoase care cresc într-un ritm de 1 mm/săptămână, creșterea este influențată de:

- integritatea matricei;
- metabolismul calciului;
- buna funcționare a glandei hipofize și tiroide;
- stres.

Aspectul unghiilor poate da relații cu privire la starea de sănătate.

**Modificări de formă** sunt:

- **unghiile hipocratice** („în sticlă de ceasornic”) se caracterizează printr-o modificarea a curburii unghiei atât în plan transversal cât și longitudinal, aceasta apărând convexă. Matricea unghială se ramolește devine depresibilă în tuberculoza pulmonară, bronșiectazii, cardiopatii congenitale cianogene;
- **coilonichia** este deformarea unghiei în sensul apariției unei concavități transversale însoțită de subțiere și fragilitate, apare în pelagră, avitaminoza B<sub>6</sub>.
- **onicogrifoza** interesează mai ales unghiile de la picioare, în special halucele; se produce o îngroșare a unghiei, cu opacifierea ei, de culoare galben brună, cu o curbare accentuată a acesteia prin creștere (unghie „în gheară”); apare pe fondul unor tulburări circulatorii ale membrului inferior sau iritații traumatice locale.

**Modificări de consistență și culoare** sunt:

- **unghii subțiate, fisurate** longitudinal sau paralel cu suprafața, cu o detașare lamelară a marginii, apare în avitaminoze, afecțiuni hepatice și endocrine;
- **unghii albe**, prezintă o pierdere de transparentă, cu apariția unei culori albe a porțiunii proximale, apare în ciroza hepatică;

- **dungi albe, transversale**, apar în intoxicații cu arsenic, pneumonie;
- **unghii striate** cu dungi mici paralele pe suprafața unghiilor care se pot datora intoxicațiilor, traumatismelor, contactului cu substanțe caustice;
- **unghiile concave** pot indica o stare de anemie feriprivă (deficit de fier), carență de vitamina C sau apar ca urmare a acțiunii substanțelor caustice;
- **unghii hipertrofiate**;
- **unghii atrofiate**.

### ***Diagnostice nursing***

*Deficit de îngrijire a unghiilor* legat de:

- alterarea vederii;
- alterarea coordonării mâinilor.

*Potențial de infecție* legat de:

- alterarea integrității tegumentare din jurul unghiei;
- alterarea circulației periferice.

*Durere* legată de inflamarea cuticulei și/sau a tegumentelor din jurul unghiei.

### ***Obiective nursing:***

- unghia să fie convexă, curată;
- patul unghial să fie roz;
- cuticula să fie intactă și tegumentul din jur hidratat;
- timpul de recolorare capilară să fie normal;
- pacientul să nu mai prezinte durere sau semne inflamatorii;
- unghiile să fie tăiate scurt, cu marginile netede;
- să descrie factorii care contribuie la apariția problemelor unghiale;
- să demonstreze îngrijirea unghiei.

## ***3.4 Diagnostice nursing legate de problemele de îngrijire ale piciorului***

*Deficit de îngrijire* legat de:

- tulburări vizuale;
- tulburări de coordonare a mâinilor;
- alți factori care contribuie la apariția problemelor cutanate;

*Potențial de alterare a integrității tegumentare* legată de:

- alterarea perfuziei tisulare periferice asociată cu edeme, circulație arterială inadecvată;
- îngrijire greșită a piciorului.

*Alterarea integrității tegumentare* legată de:

- tehnicii igienice greșite;
- alterarea perfuziei tisulare periferice.

*Potențial de infecție* legat de:

- alterarea integrității tegumentare (unghie încarnată, traumatisme, clavus);
- deficit de îngrijire a piciorului sau unghiei.

*Durere* legată de:

- alterarea integrității tegumentare (unghie încarnată, clavus).

*Deficit de cunoștințe (îngrijirea piciorului diabetic)* legat de:

- lipsa de informații;
- interpretarea greșită a informațiilor.

*Alterarea mobilității fizice* legată de:

- dureri la nivelul leziunii (clavus, unghie încarnată, picior plat);
- prezența durerii.

***Obiective nursing:***

- tegumentele să fie intacte; roz, hidratate, calde;
- să nu mai prezinte durere;
- tegumentul din jurul unghiilor să fie intact;
- timpul de recolorare capilară să fie normal;
- să poarte pantofi și să meargă fără disconfort;
- să descrie îngrijirile igienice necesare pentru a menține integritatea tegumentară și perfuzia tisulară periferică;
- să descrie intervențiile pentru a preveni problemele piciorului;
- să demonstreze tehnicile corecte de îngrijire a piciorului și unghiei;
- să efectueze îngrijirile igienice independent;
- să fie echilibrat nutrițional;
- să nu devină sursă de infecție nosocomială.

### **3.5 Diagnostice nursing legate de problemele de îngrijire ale cavității bucale**

*Deficit de îngrijire* legat de:

- lipsa Dexterității membrelor superioare asociată cu tulburări neuromusculare;
- inabilitate cognitivă asociată cu traumatisme.

*Alterarea mucoasei orale* legată de:

- ineficiența igienei orale;
- deshidratare;

*Alterarea integrității tisulare* legată de:

- medicație;
- radioterapie;
- parodontopatii.

*Potențial de infecție* legat de:

- ineficiența metodelor de igienă orală;
- alterarea mucoasei orale.

*Alterarea nutriției prin deficit față de necesitățile organismului* legată de:

- prezența leziunilor dureroase;
- parodontopatii.

*Deficit de cunoștințe (igienă orală corectă)* legat de lipsa expunerii de informații despre igiena orală corectă.

**Obiective nursing:**

- mucoasa orală să fie hidratată, intactă și netedă;
- să nu apară inflamații ale mucoasei orale;
- gingiile să fie hidratate, ferme, fără sângerare;
- limba să fie hidratată, fără semne inflamatorii;
- buzele să fie netede, hidratate;
- să nu existe disconfort;
- să nu existe placă dentară;
- pacientul să demonstreze tehnicile de periaj dentar;
- pacientul să descrie intervențiile care previn placa dentară.

### ***3.6 Diagnostic nursing legate de problemele de îngrijire ale ochilor***

*Potențial de infecție* legat de:

- igiena deficitară a lentilelor;
- acumularea de secreții la nivelul pleoapelor.

*Potențial de injurii* legat de:

- purtarea îndelungată a lentilelor de contact;
- absența reflexului de clipire asociat cu starea de inconștiență.

Deficit de îngrijire (schimbarea, curățirea și punerea lentilelor de contact) legat de:

- deficit de cunoștințe;
- alterarea vederii asociată cu cataracta.

***Obiective nursing:***

- conjunctiva și sclera să nu prezinte semene inflamatorii;
- secrețiile de la nivelul ochiului să fie reduse;
- să demonstreze metodele de îngrijire a lentilelor de contact;
- să nu existe disconfort;
- să descrie intervențiile care previn leziunile și infecțiile oculare;
- să nu lăcrimeze.

### ***3.7 Diagnostic nursing legate de problemele de îngrijire ale urechilor***

*Potențial de injurii* legat de utilizarea de metode greșite de eliminare a cerumenului.

*Potențial de infecție* legat de ineficiența metodelor de igienă auriculară.

Deficit de îngrijire (*inserție, schimbare și curățare a protezei auriculare*) legat de:

- tulburări de vedere;
- deficit de cunoștințe;
- lipsa de dexteritate.

*Perturbarea imaginii de sine* legată de nevoia de a avea proteză auriculară.

*Alterarea percepției auditive* legată de obstrucția canalului auditiv secundară dopului de cerumen.

***Obiective nursing:***



- pacientul să descrie metodele care previn leziunile și infecțiile;
- pacientul să demonstreze metodele de îngrijire a protezei auriculare;
- pacientul să nu prezinte disconfort.

### **3.8 Diagnostic nursing legate de problemele de îngrijire ale nasului**

*Alterarea integrității tisulare* legată de prezența tubului nazogastric.

*Potențial de infecție* legat de alterarea integrității mucoasei nazale secundară prezenței tubului nazogastric.

*Respirație ineficace* legată de prezența secrețiilor în exces în nazofaringe.

*Obiective nursing:*

- mucoasa nazală să fie intactă;
- mucoasa nazală să fie curată, roz.

### **3.9 Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale**

*Deficit de cunoștințe* legat de:

- tratamentul problemelor cutanate;
- lipsa experienței în îngrijirea igienică a persoanelor dependente.

*Alterarea imaginii de sine* legată de:

- prezența mirosului;
- probleme cutanate (acnee).

*Intervenții nursing:*

- pacientul va fi ajutat în efectuarea toaletei pe regiuni;
- se pregătesc materialele necesare pentru toaleta pe regiuni;
- se efectuează toaleta cavității bucale;
- se poartă discuții cu pacientul pentru a găsi cauzele și motivația preocupării pentru aspectul fizic;
- se evaluează obiceiurilor igienice ale pacientului;
- planificarea unui program de igienă cu pacientul în funcție de activitățile sale;
- învățarea pacientului tehnici de igienă corporală;
- pacientul va fi conștientizat asupra importanței menținerii curate a tegumentelor și mucoaselor.

***Evaluare***

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- prezintă tegumente și mucoase integre și curate,
- și-a redobândit stima de sine.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacient de 78 ani a suferit în urmă cu 2 săptămâni un accident vascular cerebral cu hemiplegie stângă. El afirmă: „Nu doresc să fac baie. Pot să mă spăl singur. De abia aștept să-mi pot folosi din nou partea stângă a corpului.” Este închis în sine și necomunicativ.

Diagnostic nursing: *Deficit de îngrijire legat de paralizia membrului superior și inferior stâng și lipsa de motivație*

### ***Cazul nr.2***

Pacientă de 87 ani a fost internată în spital pentru paloare, emaciare și astenie. Are o greutate de 54 Kg. Prezintă incontinență urinară și fecală. Are o imobilitate parțială.

Diagnostic nursing: *Potențial de alterare a integrității tegumentare legat de incontinență și imobilitate*

### ***Cazul nr.3***

Pacient de 14 ani prezintă la nivelul feței pustule și papule. El afirmă „Urăsc să mă duc la școală sau oriunde datorită felului în care arăt. Nu cred că vreo fată vrea să iasă cu mine la plimbare. Credeți că se poate face ceva pentru a-mi rezolva problema?”

Diagnostic nursing: *Alterarea imaginii de sine legată de prezența acneei*

### ***Cazul nr.4***

Pacient de 88 ani, văduv, locuiește singur. Este ajutat în îngrijirea casei de două ori pe săptămână. Face baie o dată pe săptămână cu ajutorul sorei lui. Are un tremor accentuat al mâinilor și cataractă. El afirmă „Nu văd bine să-mi tai unghiile și chiar dacă aș vedea nu îmi pot folosi mâinile.”

Diagnostic nursing: *Deficit de îngrijire a piciorului legat de tulburări de coordonare a mâinilor și tulburări vizuale*

***Cazul nr.5***

Pacient de 15 ani locuiește împreună cu mama lui și 8 frați și surori în 3 camere. Baia este comună cu alți locatari. Pantofii sunt strâmți și vechi. El afirmă: „Nu am posibilitate să-mi cumpăr alții.”

Diagnostic nursing: *Potențial de alterare a integrității tegumentare legat de îngrijirea necorespunzătoare a piciorului*

***Cazul nr.6***

Pacient de 67 ani a fost recent diagnosticat cu diabet zaharat. El este îngrijorat pentru că un prieten de al tatălui său a avut diabet zaharat și a suferit o amputație de picior după ce și-a tăiat unghiile.

Diagnostic nursing: *Deficit de cunoștințe (îngrijirea piciorului diabetic) legat de interpretarea greșită a informației*

***Cazul nr.7***

Pacientă de 79 ani a fost internată cu accident vascular cerebral. Este inconștientă și respiră cu ajutorul măștii de oxigen. Primește în fiecare zi 2500 ml perfuzie.

Diagnostic nursing: *Deficit de îngrijire (igienă orală) legat de inabilitate cognitivă (inconștiență)*

***Cazul nr.8***

Pacient de 48 ani a fost internat pentru fractură de femur. Dinții sunt galbeni de la fumat. Are tartru dentar și molarul 2 stânga lipsă. Gingiile sunt roșii și sângerează la periajul dentar. El afirmă: „Nu-mi amintesc când am fost ultima dată la stomatolog”.

Diagnostic nursing: *Alterarea integrității tegumentare legată de igiena orală deficitară*

***Cazul nr.9***

Pacientă de 57 ani, vânzătoare, se internează pentru tratamentul ulcerului varicos. Este căsătorită și are 6 copii. La serviciu stă mult în picioare. Are varice la ambele membre inferioare și în urmă cu o săptămână în timp de lucru s-a lovit de teștea la picior. O ulcerăție

a apărut la locul leziunii, iar medicul de familie i-a sugerat să se interneze. Medicul i-a recomandat repaus la pat și aplicații de betadină.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 165 cm;
- greutate 62,2 Kg;
- temperatură 37,8 ° C;
- tensiunea arterială 130/80 mmHg;
- alură ventriculară de 91/min.;
- număr respirații 20/min.;
- varice vizibile la ambele membre inferioare;
- edeme retromaleolare;
- ulceratie de 5,5 cm în apropierea maleolei mediale;
- tegumentele din treimea inferioară a gambei sunt pigmentate.

Date de laborator:

- număr de leucocite – 11 500/mm<sup>3</sup>;
- examen sumar de urină normal.

Radiografie toracică: relații normale.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.12.

## **NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE**

- ◆ **DUREREA**
- ◆ **PREVENIREA TRANSMITERII INFECȚIEI**
- ◆ **SECURITATEA FIZICĂ, PSIHOLOGICĂ ȘI SOCIOLOGICĂ**

## **DUREREA**

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Idei false și prejudecăți despre durere**
- ◆ **Fazele durerii**
- ◆ **Teoriile durerii**
- ◆ **Simptomele durerii**
- ◆ **Factorii care influențează răspunsul la durere**
- ◆ **Tipuri de durere**
- ◆ **Demersul clinic al asistentei medicale și tratamentul durerii**



## **DUREREA**

### **1. Noțiuni introductive**

**Durerea** este un concept abstract care se referă la senzație, stimul sau răspuns. **Durerea** este:

- simptomul subiectiv apărut odată cu ființa umană;
- simptomul cel mai primitiv;
- simptomul cel mai frecvent întâlnit în practica medicală și cel mai alarmant pentru pacient.

Durerea care pentru marea majoritate a oamenilor se identifică cu boala, apare:

- ca un răspuns excesiv al organismului la o agresiune mecanică, toxică, metabolică sau inflamatorie;
- ca o rupere a echilibrului biologic al organismului.

Durerea este cel mai frecvent motiv de adresabilitate la medic, dar uneori teama de durere poate duce la amânarea tratamentului.

Durerea are implicații de ordin psihologic și sociologic, fiind cea mai frecventă cauză a suferinței și incapacității de muncă.

Datorită componentei sale afectiv emoționale este redată în deplinătatea sa numai de ființa umană, datorită limbajului.

Durerea este o impresie subiectivă și personală, nu numai o senzație cauzată de un stimul precis, persoana care suferă poate să judece propria durere.

Durerea trebuie deosebită de suferință, cea de a doua coordonată a bolii, dacă durerea este o reacție normală a organismului la agresiune, suferința constituie răsunetul său pe plan psihic. Pe plan terapeutic trebuie combătută atât durerea, cât și suferința.

**VOLTAIRE** spunea despre durere: „poți să te lași purtat de ea: durerea este ca marea, durerea te susține, te acoperă, te învăluie, nu ți-a prins numai glezna, te-a cuprins tot. Durerea e un drag, căruia i te supui, îi dăruiești întreaga ta atenție, toate gândurile tale. Trăiești în durere, cufundat în ea, ca peștii în apă, înoți în durere. Vine clipa când înțelegi că ceea ce ai trăit până atunci n-a fost durere. Adevărata durere abia acum începe. Și ea nu este ca apă, este ceva viu și cumplit înăuntrul ființei tale, ceva care stă să pocnească și se luptă să iasă. Ceva mâncat de o pornire unică și nimicitoare și înzestrat cu mii de mădule, ascuțite, tăioase.

Ceva care te rupe în bucăți încât te prăbușești urlând într-un rău, răul negru al morții, din care ești readus la viață ca să aștepți din nou durerea.”

**IORGA** spunea: „dă-mi durere ca să învăț a mă bucura.”

## **2. Idei false și prejudecăți despre durere**

Personalul medical are întotdeauna prejudecăți cu privire la pacienții care suferă. Când durerea nu are o cauză obiectivă, asistente medicală se poate îndoii de realitatea sa. Durerea este definită ca o reacție fizică la un disfuncționalism organic. Conform acestei ipoteze, durerea care n-are un substrat organic este „psihogenă” sau ireală (Taylor-1984).

A fost efectuat un studiu (1984) în Franța pe 268 asistente medicale care lucrau în diferite servicii medico-chirurgicale. Fiecare asistentă medicală trebuia să citească un scurt text descriind un pacient fictiv suferind de o durere acută sau cronică. După citirea textului, fiecare asistentă medicală trebuia să evalueze după o serie de trăsături suferința pacientului și să o claseze după o serie de trăsături de comportament sau personalitate. Studiul a arătat că majoritatea asistentelor medicale gândeau că pacienții care aveau o durere cronică și prelungită sufereau mai puțin decât cei care aveau o durere acută și scurtă. De asemenea, asistentele medicale gândeau că pacienții care nu prezentau nici un semn de boală suferă mai puțin decât alții. Același studiu a arătat că asistentele medicale aveau o atitudine negativă față de pacienții care sufereau de dureri lombare.

Din nefericire, toată lumea este influențată de prejudecăți impuse de cultura, educația sau experiența sa. Ideile false despre durere se referă la:

- toxicomanii și etanolicii își exagerează durerea;
- pacienții care au o boală benignă suferă mai puțin decât cei care prezintă grave tulburări fizice;
- administrarea regulată de analgezice antrenează o dependență medicamentoasă;
- suprafața țesuturilor lezate este un indicator precis al intensității durerii;
- membrii echipei de îngrijire sunt persoane mai bine calificate pentru a defini natura durerii unui pacient;
- durerea psihogenă nu este reală.

Numeroase asistente medicale evită să recunoască faptul că pacienții suferă pentru că ele însele au o teamă de suferință sau o neagă.

Pentru a ajuta pacientul să se simtă mai bine sau pentru a-l alina asistenta medicală trebuie să vadă durerea din punctul acestuia de vedere. Asistenta medicală devine o observatoare activă și bine informată asupra durerii; va putea să analizeze într-o manieră mai obiectivă ceea ce-i spune pacientul.

### **3. Fazele durerii**

Durerea este un ansamblu complex de reacții fizice, emoții și comportamente. Fazele durerii sunt:

- *recepția,*
- *percepția,*
- *reacția.*

Pacientul care suferă nu poate să le distingă, dar cunoașterea fiecăreia din aceste faze îi vor permite asistentei medicale să recunoască factorii susceptibili de a provoca durerea, simptomele care însoțesc durerea și să evalueze efectul tratamentului.

**3.1 Recepția** este reprezentată de componenta neuro-fiziologică a durerii. Aceasta rezultă dintr-o leziune tisulară actuală sau potențială și este cauzată de un stimul fizic. Stimulii dureroși pot fi de natură: termică, mecanică, chimică sau electrică – tabelul nr.13.

**Tabelul nr.13 Cauzele fizice ale stimulilor dureroși**

<i>Sursa</i>	<i>Tip de stimul</i>	<i>Proces fiziopatologic</i>
Traumatism	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mecanic</li><li>• Chimic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• leziuni tisulare</li><li>• iritație directă a terminațiilor nervoase</li><li>• inflamație</li></ul>
Ischemie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chimic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debit sanguin scăzut într-o parte a corpului</li></ul>
Tulburări ale echilibrului hidric	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mecanic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edem</li></ul>
Distensia unui canal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mecanic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trecerea unui calcul ureteral</li></ul>
Perforarea unui organ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chimic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iritație chimică a terminațiilor nervoase prin secreții (ex. ulcer</li></ul>

		gastric perforat, perforația apendicelui)
Tumoră	• Mecanic	• Iritarea nervilor periferici
Arsuri, degerături	• Termic	• Afectarea epidermei antrenează o hipersensibilitate a terminațiilor nervoase

**3.2 Percepția** este faza în care durerea este resimțită. Această percepție se face prin acțiunea conjugată a factorilor fiziologici, cognitivi și neuro-fiziologici. Sistemele interactive de percepție ale durerii au fost clasificate în trei categorii:

- informații senzoriale și discriminante;
- informații afective;
- informații emoționale.

Pentru transmiterea informațiilor senzoriale și discriminante există schimbul influxului nervos între talamus și cortexul senzorial. Datorită acestui schimb persoana percepe locul, gravitatea și caracteristicile durerii. Pentru ca persoana să perceapă durerea este necesar ca sistemul nervos să fie funcțional. Orice factor care diminuează nivelul de conștientă (analgice, anestezie, afecțiuni cerebrale) perturbă percepția durerii. De altfel, tulburările care cresc sensibilitatea la stimuli, ca privațiunea senzorială sau lipsa somnului amplifică percepția durerii.

Formațiunea reticulată și sistemul limbic sunt centrele sistemului afectiv și emoțional. Formațiunea reticulată provoacă reacția de apărare, ceea ce permite întreruperea și evitarea stimulului dureros. La nivelul sistemului limbic se elaborează reacția emotivă.

În sistemul cognitiv și apreciativ un rol important îl au centrii superiori ai cortexului. Factori ca: anxietatea, cultura, experiențele dureroase anterioare condiționează aprecierea stimulilor dureroși. Sistemul cognitiv și apreciativ permit a se interpreta intensitatea, calitatea și reacția la durere.

Fiecare individ are o anumită experiență dureroasă. Aceasta nu-l face în mod obligatoriu să accepte durerea mai ușor. Un pacient poate avea dificultăți când suportă pentru prima dată o durere. De exemplu, după o operație pe abdomen, apar frecvent dureri la nivelul inciziei timp de câteva zile. Dacă nu a fost prevenit, pacientul poate gândi că aceasta este un semn de complicație gravă. Mai degrabă decât să efectueze activ exerciții respiratorii postoperatorii, el riscă de a nu le face decât într-o manieră superficială de frica unei agravări.

Asistenta medicală trebuie să pregătească pacientul dându-i explicații clare asupra tipului de durere pe care o va simți și asupra metodelor pe care le poate executa pentru a o reduce.

Percepția durerii este, de asemenea, condiționată de valorile pe care le asociază durerii și expresiilor sale. Dacă un pacient o consideră ca o slăbiciune personală sau ca o pedeapsă meritată s-ar putea să nu o exprime. Dacă o consideră ca o nemerită sau ca o amenințare a bunăstării sau a vieții sale, o va exprima ușor. O persoană pentru care susținerea altora este importantă va resimți cu adevărat nevoia de a semnaliza durerea.

Anxietatea crește adeseori percepția durerii. Persoanele cu emotivitate stabilă tolerează mai bine durerea de intensitate medie și chiar o durere vie.

Un rol important în percepția durerii îl au **endorfinele**. Stresul și durerea activează secreția lor. Endorfinele se găsesc în creier, măduva spinării și tractul gastro-intestinal. Analgezia se produce când endorfinele se fixează de receptorii opiaceici ai creierului. Se găsesc concentrații de endorfine mai crescute la indivizii care suferă mai puțin decât alții pentru aceeași afecțiune. Se crede că unele metode ca acupunctura sau electrostimularea cutanată provoacă o eliberare de endorfine. De asemenea, se poate ca efectul placebo să fie legat de nivelul endorfinelor. Endorfinele pot modifica sensibilitatea la durere și la unele persoane ele pot fi eliberate sub efectul fricii de suferință. Durerea cronică scade secreția de endorfine.

### **3.3 Reacția**

Reacția la durere cuprinde reacțiile fiziologice și componentele induse.

#### **Reacțiile fiziologice**

Transmiterea impulsurilor dureroase spre cortex activează și sistemul nervos autonom. Durerea ușoară sau moderată și durerea superficială declanșează o luptă sau o sustragere care face parte din sindromul general de adaptare.

Stimularea simpaticului determină:

- bronhodilatație, creșterea frecvenței respiratorii;
- vasoconstricție periferică (paloare, creșterea tensiunii arteriale);
- creșterea glicemiei;
- diaforeză;
- midriază;
- reducerea motilității gastro-intestinale.

Stimularea parasimpaticului determină:

- paloare;

- bradicardie, hipotensiune arterială;
- respirație rapidă, neregulată;
- grețuri, vărsături;
- epuizare.

Dacă durerea este persistentă, intensă sau profundă ca cea produsă de o afecțiune viscerală (infarct miocardic, litiază biliară sau litiază ureterală) sistemul nervos parasimpatic intră în acțiune. O reacție fiziologică prelungită a durerii poate fi foarte nocivă. Cu excepția durerii traumatice intense care poate provoca o stare de șoc, marea majoritate a indivizilor ajung la un nivel de adaptare când semnele fizice revin la normal. În consecință un pacient cu durere nu prezintă întotdeauna semne clinice de-a lungul întregii perioade dureroase.

### ***Componentele induse***

Sunt descrise trei etape ale suferinței:

- anticipația;
- senzația;
- consecințele.

Etapă de anticipație se situează înaintea percepției durerii. Persoana știe că-i va fi rău. Nu intră în această categorie accidente sau orice act imprevizibil dureros. Etapa de anticipație poate fi cea mai importantă pentru că ea le condiționează pe celelalte două.

Anticipația ne permite învățarea cunoașterii durerii și a mijloacelor de ameliorare. Cu o formare și un ajutor adecvat, pacienții învață să înțeleagă durerea și să împiedice anxietatea înainte ca ea să se instaleze. Asistentă medicală joacă un rol important în această fază de anticipație informând pacientul pentru ca el să-și stăpânească teama. Totuși frica este uneori foarte puternică și anticipația durerii riscă să-i ridice intensitatea.

Fiecare individ reacționează foarte diferit la durere. Toleranța fiecăruia este pragul de la care el nu mai poate suporta o durere mai intensă sau de mai lungă durată. Ea depinde de atitudinea, voința și valorile individului care are durere.

Durerea amenință bunăstarea fizică și psihologică. Un pacient poate avea reticențe în exprimarea suferinței pentru că gândește că acesta ar fi un semn de slăbiciune. Pacienții cred că „a fi un bun pacient” înseamnă a te stăpâni pentru a nu deranja pe alții.

Cel care are o toleranță ridicată la durere poate suporta suferințe mai intense fără ajutor; adesea asistentele medicale trebuie să insiste pe lângă un astfel de pacient să accepte măsurile sedative, pentru că durerea poate reduce considerabil activitățile sale. Din contră,

pacientul care are o slabă toleranță la durere, caută să nu mai aibă durere înainte ca ea să se manifeste. De exemplu va cere o aspirină prevăzând că va urma o cefalee.

Toleranța pacientului la durere determină cu ușurință percepția pe care și-o face asistenta medicală despre intensitatea ei. Adeseori, asistenta medicală este gata să se ocupe de pacientul a cărui toleranță la durere este crescută, dar nu trebuie, cu atât mai mult să-l neglijeze pe cel care poate suporta durerea, chiar ușoară.

Mișcările și fizionomia tipică durerii sunt:

- susținerea părții dureroase;
- poziție flectată;
- grimase.

Pacientul poate să se exprime în plus prin gemete sau strigăte, de asemenea, adeseori își va exprima suferința adresându-se frecvent cu întrebări asistentei medicale. Totuși, absența manifestărilor nu înseamnă că pacientul nu suferă. Dacă persoana nu reacționează deschis la durere este dificil a preciza natura și gradul de intensitate al suferinței. Unul din rolurile asistentei medicale este de a ajuta pacientul să descrie corect ceea ce simte. Când ea cunoaște afecțiunea de care suferă pacientul poate ști dinainte de ce tip de durere va suferi. De exemplu, ruptura unui disc intervertebral la nivelul regiunii lombare va determina o durere acută cu localizare lombară și iradiere în membrele inferioare – tabelul nr.14.

**Tabelul nr.14 Caracteristicile diferitelor tipuri de dureri**

<i>Afecțiunea patologică</i>	<i>Caracteristicile durerii</i>
Afecțiuni renale	Durere în regiunea lombară cu iradiere în flancuri și hipogastru
Angina pectorală	Durere retrosternală cu iradiere în umărul și brațul stâng
Ruptură de disc inter-vertebral	Durere lombară joasă cu iradiere spre membrele inferioare
Ulcer gastric	Durere epigastrică
Nevralgie de trigemen	Durere asemănătoare unei lovituri de pumnal de-a lungul nervului trigemen

Chiar dacă durerea a fost ameliorată, în totalitate sau parțial, pacientul necesită atenție din partea asistentei medicale. Durerea este o criză după care unii pacienții pot prezenta simptome fizice ca:

- frisoane;
- grețuri;

- vărsături;
- mânie;
- depresie.

În cazul suferințelor cronice reacțiile pot fi grave. Asistenta medicală ajută pacienții să-și dobândească stima față de sine pentru a reduce frica față de eventualele experiențe dureroase.

#### **4. Teoriile durerii**

Au fost elaborate mai multe teorii despre durere. Cele mai importante teorii sunt:

##### **a) Teoria specificității**

Această teorie este vechi de 200 ani. Se consideră că durerea apare ca urmare a pasajului nociceptor spre centrul cortical al durerii. Teoria are o serie de limite:

- fibrele care transmit impulsurile dureroase mai transmit și impulsuri tactile și termice;
- există o relație directă între intensitatea stimulilor dureroși și intensitatea percepției durerii;
- numai o singură structură cerebrală este responsabilă de răspunsul dureros.

##### **b) Teoria pattern – ului (modelului)**

Include teoriile:

- teoria modelului periferic;
- teoria sumației centrale;
- teoria interacțiunii senzoriale.

*Teoria pattern-ul periferic* consideră toate fibrele nervoase periferice identice și conferă un model pentru stimularea fibrelor, interpretată de sistemul nervos central ca durere.

*Teoria sumației centrale* susține că stimularea fibrelor nervoase periferice senzitive determină stimularea unor zone specifice din coarnele posterioare ale măduvei spinării, stimulare interpretată ca durere. În interiorul cornului posterior are loc o activitate reverberatorie anormală, ulterior prin intermediul celulelor T impulsurile sunt proiectate la nivelul creierului unde sunt interpretate ca durere. Această teorie poate explica nevralgia și durerea membrului fantomă.

*Teoria interacțiunii senzoriale* susține că există 2 tipuri de fibre care produc durere: fibre cu diametru mic și mare. Fibrele cu diametru mic transmit impulsurile dureroase, iar



fibrelor cu diametru mare inhibă impulsurile dureroase. Dacă numărul fibrelor care transmit impulsurile dureroase este mai mare decât cele care inhibă durerea, durerea va apărea.

***c) Teoria controlului porții („gate – control”)***

A fost elaborată de MELZACK și WALL (1965). Conform acestei teorii al nivelului măduvei spinării (coarnele posterioare) funcționează un mecanism care acționează ca o poartă care permite transmiterea unor impulsuri la nivel central, în timp ce altele sunt inhibate.

Dacă există un număr mare de impulsuri legate de cald, frig, atingere poarta se închide și impulsurile dureroase blocând astfel apariția durerii.

Impulsurile dureroase sunt transmise prin fibrele tip delta A și tip C. Dacă impulsurile dureroase predomină durerea este resimțită.

De asemenea, impulsurile provenite de la centrii nervoși superiori (anxietatea sau autosugestia) se pot transmite eferent și pot modula impulsurile dureroase aferente. Prin această teorie se pot explica câteva trăsături importante ale durerii, ca de ex. de ce intensitatea percepției dureroase nu este corelată cu intensitatea stimulului dureros și de ce starea emoțională a persoanei influențează percepția durerii.

***d) Teoria procesării paralele***

A fost elaborată de LEVENTHAL și EVERHART (1979), integrând aspectele psihologice și cognitiv-emoționale ale durerii. Durerea este procesată la 3 niveluri. Primul nivel constă în codificare neuronală autonomă a impulsurilor dureroase la nivelul fibrelor nervoase. Apare conștientizarea, integrarea și reacția emoțională a stimulilor dureroși ceea ce permite localizarea și aprecierea duratei și intensității durerii. Nivelul doi constă în combinarea impulsurilor decodificate cu experiențele dureroase anterioare. Ca rezultat individul adaugă aceste noi experiențe la datele existente și se adaptează la ele. Nivelul trei utilizează convingerile individuale legate de durere care pot afecta nevoile și activitățile personale.

## **5. Simptomele durerii**

Durerea acută și cea cronică se manifestă diferit – tabelul nr.15.

**Tabelul nr.15 Simptomele durerii acute și cronice**

<i><b>Durerea acută</b></i>	<i><b>Durerea cronică</b></i>
Durată relativ scurtă	Mai mult de 6 luni de la debut
De obicei, localizată	Mai puțin localizată
Debut bine definit cu semne și simptome	Debut insidios, sărac în semne obiecte caracteristice durerii acute
Tahicardie	Modificări de personalitate
Hipertensiune arterială	Anxietate
Polipnee	Depresie
Tegumente palide, transpirate	Iritabilitate
Apărare musculară, cu diferite localizări	Sentiment de neajutorare
Expresie anxioasă	Slăbiciune
Anorexie	Fatigabilitate
Stare de vomă	Modificarea stilului de viață
Lipsa odihnei	-
Iritabilitate, insomnie	-

## **6. Factorii care influențează răspunsul la durere**

Factorii care influențează răspunsul la durere sunt:

### **a) valori culturale și etnice**

Chapman și Jones (1944), Zborowski (1952, 1969), Weisenberg (1975) și Flannery (1981) au studiat percepția și manifestările durerii în diferite grupuri culturale. Răspunsul la durere variază de la negare, izolare socială sau expresii emoționale ca plâns, țipete, zbatere. Unii indivizi refuză să vorbească despre durerea lor, în timp ce alții au nevoie de ajutorul familiei, a celor dragi și a personalului medical. În etnia iudeică durerea este văzută ca o pedeapsă; în cultura africană durerea este văzută ca o supărare, iar în alte culturi toleranța durerii semnifică putere și rezistență.

### **b) mediul**

Mediul înconjurător poate influența percepția și răspunsul la durere. De ex. o femeie care are oaspeți nu va percepe și răspunde la durere în același mod comparativ cu situația în care este singură acasă.

### **c) emoțiile**

Emoțiile influențează percepția durerii. De ex. un fotbalist care se accidentează în timpul unui meci de fotbal va tolera durerea până la sfârșitul meciului.

În schimb persoanele care sunt depresive vor reacționa puternic la durere; persoanele anxioase au o percepție crescută la durere, spre deosebire de persoanele mai puțin anxioase care tolerează durerea.

**d) necesitățile și prezența altor persoane**

În unele situații fetele sunt mai deschise în descrierea durerii față de băieți. Familia poate afecta percepția și răspunsul la durere; de ex. o mamă cu 3 copii va ignora durerea dacă ea este punctul de sprijin al familiei.

Prezența altor persoane poate schimba reacția la durere; de ex. copii vor tolera mai bine durerea dacă au sprijinul părinților și al asistentelor medicale.

**e) vârsta**

Hurley și Whelan au descris influența dezvoltării cognitive a copilului asupra percepției durerii – tabelul nr.16.

**Tabelul nr.16 Influența dezvoltării cognitive a copilului asupra percepției durerii**

<i>Stadiul de dezvoltare</i>	<i>Percepția durerii</i>	<i>Intervenții nursing</i>
Preoperațional (2 – 7 ani)	Consideră durerea ca o pedeapsă Se simte trist Descrie durerea ca o experiență fizică Are nevoie de siguranța altor persoane	Se explorează concepțiile greșite despre durere Se sprijină verbal Se asigură confortul pacientului Se oferă jucării
Operațional concret (7 –12 )	Descrie durerea fizică Poate preciza localizarea Are teamă să nu se rănească sau chiar să moară	Se asigură suportul și sprijinul Se învață să-și controleze durerea Se învață semnificația durerii

## **7. Tipuri de durere**

Principalele tipuri de durere sunt:

- ***durerea superficială*** (la nivelul tegumentului și țesutului celular subcutanat), apare ca urmare a acțiunii unui agent termic, de presiune sau mecanic;
- ***durerea profundă*** (la nivelul mușchilor și articulațiilor);
- ***durerea viscerală*** (la nivelul unui organ), de exemplu angina pectorală;
- ***durerea nevralgică*** – datorată leziunilor nervilor periferici, este determinată de infecții, inflamații, ischemie;
- ***durerea proiectată sau reflectată*** – de exemplu durerea din angina pectorală irradiază în umăr;
- ***durerea „membrului fantomă”*** – este o durere care poate persista luni de zile după amputarea membrului respectiv;
- ***durerea psihogenă*** – apare în absența unor stimuli fizici, factorii psihologici pot determina această durere și nu este imaginară, este experimentată în mod real de către pacient.

## **8. Demersul clinic al asistentei medicale și tratamentul durerii**

Pentru ca asistenta medicală să înțeleagă durerea pacientului și să fie capabilă a-i furniza tratamentul potrivit ea trebuie să utilizeze un demers clinic sistematic.

### **8.1 Colectarea datelor**

Asistenta medicală trebuie să procedeze într-o manieră riguroasă și să nu lase prejudecățile personale să o influențeze. Dacă ea reușește să considere durerea din punctul de vedere al pacientului va putea face o evaluare precisă.

În timpul colectării datelor asistenta medicală trebuie să fie sensibilă la gradul de suferință. Dacă durerea este acută sau intensă, pacientul nu va descrie exact durerea. În fața unei dureri acute asistenta medicală trebuie să observe reacția fiziologică a pacientului, să noteze locul, intensitatea și natura durerii. Culegerea mai precisă de date se va efectua când pacientul devine apt să răspundă la toate întrebările.

### **Expresia durerii**

Este adeseori dificil de evaluat durerea pentru că unii pacienți tăinuiesc durerea și refuză să vorbească despre ea. Totuși multe asistente medicale presupun că dacă pacienții suferă ei o vor spune. Aceasta nu este întotdeauna adevărat și complică colectarea datelor asupra durerii. Pentru a vorbi deschis despre suferința sa pacientul trebuie să aibă încredere în asistenta medicală și să simtă dorința ei de a-l ajuta. Dacă el are impresia că asistenta medicală se îndoiește că suferința lui este reală el va furniza puține informații. În concluzie, pacientul trebuie încurajat să vorbească despre durerea lui. Trebuie ca asistenta medicală să știe maniera în care pacienții comunică despre afecțiunea lor.

### **Clasificarea durerii**

Asistenta medicală trebuie să știe ce fază a durerii traversează pacientul (de exemplu de anticipație, senzație sau de urmări), deoarece simptomele sunt diferite și tratamentul de asemenea.

Faza de anticipație se situează adeseori înaintea unei intervenții diagnostice sau terapeutice, înaintea unei intervenții chirurgicale sau revine periodic așa cum este durerea anginoasă provocată de ischemia miocardului.

### **Caracteristicile durerii**

#### **a) Debut – durată**

Asistenta medicală va întreba:

- În ce moment a început durerea?
- Cât timp a durat?
- Se produce în același moment în fiecare zi?
- Cu ce frecvență revine?

#### **b) Locul**

Asistenta medicală îi va cere pacientului să indice regiunea dureroasă. Pentru a nota locul durerii asistenta medicală utilizează reperele anatomice și o terminologie descriptivă. De exemplu, „durerea este localizată în hipocondrul drept” este mai precis decât „pacientul are dureri abdominale”. Odată localizată, durerea poate fi:

- superficială sau cutanată (de ex. tăieturi, înțepături);
- profundă sau viscerală (de ex. durere constrictivă – în angina pectorală, senzație de arsură – în ulcer), are durată mai mare ca cea superficială;
- iradiată (de ex. în infarctul miocardic iriază în brațul stâng sau maxilar), apare la distanță de locul leziunii.

**c) Intensitatea**

Intensitatea atinge o limită maximală, de la acest punct, creșterea stimulului nu mai intensifică durerea. Este una din caracteristicile cele mai subiective ale durerii. În termeni obișnuiți se cere pacientului să o descrie folosind termeni ca: ușoară, moderată, intensă sau insuportabilă.

**d) Natura**

Natura este o altă caracteristică a durerii. Cum nu există vocabular specific de uzanță curentă pentru a descrie durerea, termenii pe care-i va alege pacientul pot fi de tipul: ascuțită, lancinantă, surdă, pumnal, etc. dacă pacientul nu găsește cuvintele potrivite asistenta medicală poate să-l ajute, dându-i exemple.

**e) Factori agravanți sau declanșatori**

De ex. în ulcerul gastric factorii declanșatori sunt consumul de alcool, efortul fizic, consumul de cafea.

**f) Măsuri pentru ameliorarea durerii**

Principalele măsuri pentru ameliorarea durerii sunt:

- pungă cu gheață;
- administrarea de analgezice;
- schimbarea poziției;
- masaj;
- pernă electrică;
- odihnă.

**g) Simptome concomitente:**

- amețeli;
- micțiuni frecvente;
- grețuri;
- vărsături;
- constipație;
- agitație.

**h) Efecte asupra comportamentului**

Dacă un pacient suferă, asistenta medicală evaluează durerea după:

- *expresii vocale:*
  - gemete;
  - plâns;

- strigăte;
- gâfâială.
- *fizionomie:*
  - grimase ale feței;
  - dinți strânși;
  - buze mușcate;
  - maxilare crispate.
- *mișcări:*
  - agitație;
  - imobilitate;
  - mișcări ritmice;
  - mișcări de protejare a părții dureroase.
- *relații sociale:*
  - evitarea conversației;
  - evitarea raporturilor sociale;
  - capacitate de atenție redusă.

Mulți pacienți nu pot verbaliza suferința lor pentru că sunt incapabili să comunice (sugar, pacienții inconștienți, afazici sau dezorientați). Unele semne non-verbale relevă într-o manieră caracteristică sursa durerii. Pacientul care simte o durere toracică se ține adeseori de piept; o cefalee puternică îl va face să-și maseze tâmpilele.

### **Influența durerii asupra vieții cotidiene**

Cei care prezintă dureri zilnice devin mai puțin capabili să-și îndeplinească sarcinile sociale. Durerea poate perturba somnul, poate limita mobilitatea (nu se spală singur, nu se îmbracă, etc.) sau poate să-i compromită capacitatea de muncă.

### **Resurse de adaptare**

Durerea poate provoca invaliditate parțială sau totală.

Pacienții găsesc adeseori mijloace diverse de a se adapta la efectele fizice și psihologice ale durerii.

Ei au mare nevoie de susținere afectivă din partea celor care îi înconjoară (familia). Fără a-i face să dispară durerea, prezența unei persoane dragi poate liniști sentimentul de teamă.

Pacientul poate găsi reconfortarea în religie (citirea bibliei sau rugăciunilor).

## **8.2 Analiza și interpretarea datelor**

Exemple de diagnostice nursing

- *durere legată de:*
  - prezența fracturii sau traumatismului;
  - stres emoțional;
  - supraactivitate;
  - strategii ineficiente de diminuare a durerii.
- *durere cronică legată de:*
  - deficit de cunoștințe despre măsurile de control ale durerii;
  - fatigabilitate;
  - monotonie;
  - teamă de efectele secundare ale medicamentelor;
  - concepțiile greșite despre durere;
  - experiențele anterioare despre lipsa de control a durerii;
  - sentimentele și convingerile că medicația utilizată nu are efect.
- *disconfort legat de durere*

Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale sunt:

- *clearance ineficient al căilor aeriene* legat de incizia la nivelul toracelui (durere la acest nivel);
- *respirație ineficace* legată de durerea abdominală postoperatorie;
- *alterarea mobilității fizice* legată de durerea articulară;
- *deficit de autoîngrijiri* legat de prezența durerii;
- *anxietate* legată de durere neameliorată;
- *teamă* legată de anticiparea durerii postoperator;
- *perturbarea imaginii de sine* legată de:
  - durerea cronică;
  - ineficiența managementului durerii;
  - sisteme inadecvate de sprijin.
- *alterarea menținerii sănătății* legată de durerea cronică și fatigabilitate;



- *deficit de cunoștințe despre măsurile de control ale durerii* legate de lipsa surselor de informație;
- *neîncredere* legată de ineficiența strategiilor de control a durerii;
- *insomnie* legată de durere.

### **8.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- pacientul să resimtă scăderea intensității durerii;
- pacientul să declare ameliorarea disconfortului;
- pacientul să fie capabil să-și efectueze îngrijirile igienice;
- pacientul să cunoască tehnice noninvazive de ameliorare a durerii.

### **8.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- pacientul este ajutat să descrie corect durerea și să sesizeze momentele de exacerbare sau ameliorare;
- se manifestă înțelegere față de suferința pacientului;
- se ajută pacientul să descrie locul, intensitatea și caracterul durerii;
- se asigură confortul și se îndepărtează factorii agravanți:
  - lărgirea bandajelor prea strânse;
  - schimbarea pansamentelor umede;
  - așezarea pacientului în poziție corespunzătoare;
  - întinderea cearșafurilor;
  - retragerea tubulaturii pe care stă culcat pacientul;
  - susținerea inciziei chirurgicale în timpul tusei sau a exercițiilor respiratorii;
  - evitarea expunerii tegumentelor și mucoaselor la agenți iritanți (urină, secreții patologice, materii fecale);
  - prevenirea retenției urinare;
  - respectarea regimului dietetic;
  - prevenirea constipației;
  - verificarea temperaturii apei de baie;

- educație postoperatorie.
- se folosesc mijloace de stimulare cutanată:
  - aplicarea agenților fizici (căldură, frig);
  - masaj.
- distragerea atenției:
  - fixarea atenției pe alte probleme decât cele ale durerii respective (cărți, video, TV).
- promovarea unui concept de sine pozitiv:
  - încurajarea pacientului la orice progres obținut;
  - implicarea pacientului în efectuarea îngrijirilor sale.
- reducerea intensității durerii:
  - tehnici de relaxare;
  - administrarea tratamentului prescris de medic;
  - acupuntura;
  - anestezia locală.
- asigurarea odihnei:
  - administrarea analgezicelor cu 30 minute înainte de culcare.

### **8.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- declară ameliorarea durerii,
- resimte starea de confort,
- își poate efectua parțial îngrijirile igienice,
- cunoaște și aplică corect tehnicile de relaxare.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacient de 79 ani, văduv, acuză reducerea mobilității, tumefacție și durere la nivelul articulațiilor genunchiului, piciorului și șoldului. Durerea a început în timpul cumpărăturilor după ce toată ziua a lucrat în grădină. Are o greutate cu 25 % mai mare decât cea normală. Mănâncă în principal hrană rece.

Diagnostic nursing: *Durere cronică legată de activitate fizică excesivă și exces ponderal*

### ***Cazul nr.2***

Pacientă de 87 ani, slabă, cunoscută cu osteoporoză și nefropatie acuză dureri la nivelul coloanei vertebrale lombare și la nivelul articulației șoldului, durere apreciată pe o scală de la 0 la 10 la 8. Nu poate dormi noaptea. A încercat mai multe analgezice, dar nu le tolerează datorită efectelor secundare (vărsături și grețuri).

Diagnostic nursing: *Durere cronică legată de fatigabilitate și ineficiența strategiilor de diminuare a durerii*

### ***Cazul nr.3***

Pacientă de 49 ani a fost diagnosticată cu cancer de sân în urmă cu 3 ani și metastază pulmonară în urmă cu 3 luni. După toracotomie descrie o durere „insuportabilă”. Sora ei spune că îi place să coase la mașina de cusut și croșetatul, dar datorită stării actuale de sănătate nu poate efectua aceste activități.

Diagnostic nursing: *Durere cronică legată de neadaptarea la noua situație și teama de moarte*

### ***Cazul nr.4***

Pacientă de 49 ani mamă a 2 copii a divorțat recent de soțul său. Lucrează ca funcționar la o bancă. Este îngrijorată de responsabilitățile sale morale și materiale față de

copii ei. Acuză o cefalee frontală mai ales după amiază și seara. În timpul interviului se țină de cap. Are riduri la nivelul frunții și musculatura feței contractată.

Diagnostic nursing: *Durere recurentă de cap legată de stresul emoțional*

#### ***Cazul nr.5***

Pacient de 55 ani, om de afaceri, chinez s-a internat în cursul dimineții în secția chirurgie pentru tratamentul unei posibile hernii inghinale strangulate. În cursul după amiezii a fost operat și i s-a rezecat o parte din colon. A doua zi avea la mâna stângă o perfuzie, sondă de aspirație nazogastrică și pansament la nivelul inciziei abdominale. Stă în poziție de decubit dorsal și a început să-și miște picioarele. Se simte obosit și lipsit de durere.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 189 cm;
- greutate 91,9 Kg;
- temperatură 36,8 ° C;
- tensiunea arterială 150/80 mmHg;
- alură ventriculară de 92/min.;
- număr respirații 24/min.;
- tegumente palide și umede;
- pupile dilatate;
- plagă operatorie curată.

Date de laborator:

- număr de leucocite – 12 000/mm<sup>3</sup>;
- examen sumar de urină normal.

Radiografie toracică: relații normale.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.17.

## **PREVENIREA TRANSMITERII INFECȚIEI**

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Factorii care influențează riscul la infecție**
- ◆ **Stadiile procesului infecțios**
- ◆ **Lanțul epidemiologie al infecției**
- ◆ **Procesul de îngrijire**

## **PREVENIREA TRANSMITERII INFECȚIEI**

### **1. Noțiuni introductive**

Asistentele medicale sunt implicate în promovarea sănătății și asigurarea unui mediu biologic de siguranță.

Microorganismele există în apă, sol, aer, dar și în interiorul și exteriorul organismului: tegument, tract digestiv, căi respiratorii superioare, căi urinare. Unele microorganisme reprezintă flora normală a unor segmente ale organismului, dar prezența lor în alte segmente determină infecții. De ex. *Escherichia coli* face parte din flora normală a intestinului gros, dar prezența în căile urinare determină infecție.

**Infecția** reprezintă invazia țesuturilor de către microorganisme și proliferarea lor. Microorganismul care a determinat infecția se numește **agent infecțios**. Infecțiile pot fi asimptomatice sau subclinice atunci când nu apar manifestări clinice (de ex. infecția cu virusul citomegalus la gravidă). Microorganismele variază ca virulență.

Microorganismele au fost clasificate în:

- bacterii;
- virusuri;
- fungi;
- protozoare;
- rickettsia.

Unele microorganisme determină infecții doar în condiții de scădere a imunității – **agenți oportuniști**. **Bolile infecțioase** sunt boli în care agentul patogen este transmis direct sau indirect.

Organismul are mecanisme specifice și nespecifice de apărare împotriva infecției.

**Mecanismele nespecifice de apărare** sunt:

- integritatea tegumentului și mucoaselor;
- cilii de la nivelul căilor respiratorii;
- macrofagele de la nivelul plămânului;
- lactoferina și lizozimul din salivă;
- lacrimile;

- aciditatea sucului gastric;
- lactobacilii prezenți în flora vaginală care creează un pH acid;
- fluxul urinar care împiedică ascensiunea germenilor patogeni.

Segmentele corpului care nu conțin microorganisme sunt:

- bronhiile și plămâni;
- esofag și stomac;
- uretere, rinichi, vezică urinară și uretră;
- sistem nervos;
- sânge, sistem limfatic.

**Inflamația** reprezintă răspunsul nespecific local al țesuturilor la injurie sau infecție.

Semnele inflamației sunt:

- durere;
- tumefacție;
- eritem;
- căldură;
- alterarea funcționalității (în leziuni severe).

Agenții inflamatori pot fi:

- fizici (frig, căldură, radiații);
- chimici:
  - externi (acizi, baze, substanțe toxice, gaze);
  - interni (acid clorhidric în exces la nivelul stomacului);
- microorganismele (bacterii, virusuri, fungi, protozoare și rickettsia).

Răspunsul inflamator are 3 stadii:

- răspunsul vascular și celular;
- exudativ;
- de reparație.

**Mecanismele de apărare specifică** implică sistemul imun. Prezența proteinelor străine organismului (de ex. bacterii sau țesuturi transplantate numite **antigene** sau, în unele cazuri, propriile proteine numite **autoantigene**) declanșează un răspuns imun cu producerea de **anticorpi**.

Imunitatea poate fi:

- **activă** (anticorpii sunt produși de propriul organism ca răspuns la infecție) este de lungă durată:

- *naturală* (ca urmare a trecerii printr-o boală infecțioasă) – durează toată viața;
- *artificială* (se administrează antigene sub formă de vaccinuri pentru a determina sinteza de anticorpi) – durează mai mulți ani, prin rapeluri poate fi prelungită.
- **pasivă** (anticorpii sunt produși de animale sau alte organisme):
  - *naturală* (anticorpii sunt transferați de la mamă la făt prin placentă sau colostru) – durează 6 luni – 1 an;
  - *artificială* (prin administrare de seruri imune care conțin anticorpi produși de animal sau alte organisme) – durează 2 – 3 săptămâni.

Există două tipuri de răspunsuri imune:

- celular;
- umoral.

În **răspunsul imun umoral** un rol important îl au **limfocitele B** care produc anticorpi numiți **imunoglobuline**.

Există 5 clase de imunoglobuline:

a) *Imunoglobulinele M:*

- sunt principalele imunoglobuline și primii anticorpi care apar ca răspuns la prezența antigenului;
- asigură răspunsul imun precoce;
- activează sistemul complement;
- stimulează macrofagele;
- apar mai ales în infecțiile cu germeni gram negativi.

b) *Imunoglobulinele G:*

- apar mai târziu ca imunoglobulinele M;
- se găsesc în sânge și țesuturi;
- activează macrofagele;
- sunt singurele imunoglobuline care traversează placenta;
- funcționează ca trigger pentru fixarea complementului;
- neutralizează toxinele microbiene;
- au efecte antivirale și antibacteriene.



c) *Imunoglobulinele A:*

- se găsesc la nivelul mucoaselor (în special la nivelul tractului gastrointestinal), dar și în salivă, lacrimi, colostru, lapte de mamă;
- apar mai târziu ca imunoglobulinele M;
- acționează ca o barieră protectoare împotriva microorganismelor;
- protejează mucoasa gastrointestinală și respiratorie;
- protejează mucoasa gastrointestinală a nou-născutului pentru că sunt principalii anticorpi din lapte și colostru.

d) *Imunoglobulinele D:*

- apar în sânge rapid;
- au acțiune necunoscută.

e) *Imunoglobulinele E:*

- sunt implicați în reacțiile alergice;
- apar rapid.

Prima interacțiune dintre antigen și anticorp se numește **răspuns imun primar**. Se caracterizează printr-o perioadă de latență până la apariția anticorpilor, se produce o cantitate mică de anticorpi (în special imunoglobuline M), dar cel mai important este memorizarea acestor antigene de către celulele capabile de răspuns imun.

**Răspunsul imun secundar** apare în cazul reîntâlnirii cu același antigen. Apare o proliferare rapidă a celulelor B, diferențierea rapidă a celulelor B care vor produce o cantitate mare de anticorpi (în special imunoglobuline G).

În **răspunsul imun celular** un rol important îl au **limfocitele T**. Sunt 3 tipuri de limfocite T:

- **limfocite T helper (limfocite Th)** care stimulează producerea de anticorpi de către limfocitele B (în special imunoglobuline G, imunoglobuline A și imunoglobuline E);
- **limfocite T supresor (limfocite Ts)** care inhibă producerea de anticorpi de către limfocitele B;
- **limfocite T citotoxice (limfocite Tc)** care distrug celulele – limfocite T killer.

Limfocitele T produc limfokine. Principalele limfokine sunt redată în tabelul nr.18.

Tabelul nr.18 Principalele limfokine și acțiunile lor

<i>Tipul de limfokină</i>	<i>Acțiune</i>
Factor chemotactic	Atrage macrofagele și monocitele
Factor de inhibare a migrării	Previne fagocitoza macrofagelor și aglutinarea lor
Factor de activare a agregării macrofagelor	Stimulează fagocitoza macrofagelor și aglutinarea lor
Factor limfotoxic	Acționează ca o citotoxină și distruge direct microorganismele
Factor de transfer	Transformă limfocitele în celule sensibile
Interferon (poate fi produs și de alte celule)	Împiedică infecția virală

## 2. Factorii care influențează riscul la infecție

Factorii care influențează riscul la infecție sunt:

- **Vârsta** (nou – născuții și vârstnicii sunt susceptibili la infecție);
- **Ereditatea** (boli cu transmitere genetică în care există un deficit de imunoglobuline);
- **Stresul** (natură, durată și numărul factorilor stresori) – pot influența riscul de infecție; stresul determină creșterea cortizolului plasmatic; menținerea îndelungată a unui nivel crescut al cortizolului plasmatic determină scăderea rezervelor energetice, scăderea răspunsului antiinflamator și scăderea rezistenței la infecție;
- **Statusul nutrițional** (anticorpii sunt proteine, sinteza lor depinzând de rezervele de proteine ale organismului; în cancer, după intervenții chirurgicale riscul de infecție este mai crescut datorită scăderii rezervelor de proteine);
- **Terapia medicamentoasă** (citostatice, antiinflamatoare nesteroidiene, antibiotice de lungă durată);
- **Tehnici invazive de diagnostic**;

- **Boli cronice** (pulmonare prin afectarea activității ciliare; arsuri care afectează integritatea tegumentară; boli vasculare periferice care afectează fluxul sanguin; leucemia și anemia aplastică care afectează producerea de leucocite; diabetul zaharat).

### **3. Stadiile procesului infecțios**

Stadiile procesului infecțios sunt:

**a) perioada de incubație** (perioada cuprinsă între pătrunderea microorganismului în organism și apariția primelor simptome); variază:

- pentru rubeolă (10 –14 zile);
- pentru tetanos (4 –21 zile);
- în infecții virale (2 – 3 zile):

**b) perioada prodromală** (perioada în care apar simptome nespecifice):

- oboseală;
- creșterea temperaturii;
- iritabilitate.

**c) perioada de stare** (perioada în care apar simptome specifice):

- locale (inflamatorii);
- sistemice (febră, cefalee, fatigabilitate, enantem, exantem).

**d) perioada de convalescență** (perioada în care dispar simptomele specifice și se restabilește starea de sănătate); durează câteva zile până la câteva luni.

### **4. Lanțul epidemiologic al infecției**

Lanțul epidemiologic al infecției este format din:

- sursa de infecție;
- poarta de ieșire;
- agent patogen;
- căi de transmitere;
- poartă de intrare;

- populație receptivă.

Intervenții nursing de întrerupere a lanțului epidemiologic sunt redată în tabelul nr.19.

**Tabelul nr.19 Intervenții nursing de întrerupere a lanțului epidemiologic**

<i>Elementul lanțului epidemiologic</i>	<i>Intervenții nursing</i>
<p><b>SURSA DE INFECȚIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient</li> <li>- personalul medical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- respectarea și evacuarea corectă a deșeurilor</li> <li>- izolarea sursei de infecție</li> <li>- respectarea circuitelor</li> </ul>
<p><b>POARTA DE IEȘIRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- urină</li> <li>- fecale</li> <li>- sânge</li> <li>- secreții</li> <li>- aer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- educație sanitară</li> <li>- decontaminarea produselor patologice</li> <li>- evacuare corectă a deșeurilor</li> <li>- neutralizare</li> </ul>
<p><b>AGENT PATOGEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bacterii</li> <li>- virusuri</li> <li>- paraziți</li> <li>- fungi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- depistare rapidă</li> <li>- tratament țintit</li> <li>- educație sanitară privind curățenia, dezinfecția și sterilizarea</li> </ul>
<p><b>CĂI DE TRANSMITERE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- direct</li> <li>- indirect</li> <li>- vector (țânțar anofel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evitarea aglomerărilor</li> <li>- spălarea mâinilor</li> <li>- controlul vectorilor</li> <li>- igiena bolnavului și personalului sanitar</li> <li>- igiena spitalului</li> </ul>
<p><b>POARTA DE INTRARE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- respiratorie</li> <li>- digestivă</li> <li>- cutanată</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- igiena alimentelor, bolnavului și personalului sanitar</li> <li>- tegumente intacte</li> <li>- tehnici aseptice</li> <li>- controlul vectorilor</li> </ul>
<p><b>GAZDA RECEPTIVĂ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copii, vârstnici</li> <li>- persoane subnutrite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- izolarea persoanelor cu rezistență scăzută</li> </ul>

- bolnavi cronici - bolnavi cu imunitate compromisă - bolnavi supuși manevrelor invazive	- călirea organismului - alimentație corespunzătoare - imunizare
--	--

## **5. Procesul de îngrijire**

### **5.1 Culegerea de date**

Culegerea de date se referă, în special, la factorii care influențează dezvoltarea unei infecții:

- medicație;
- măsuri terapeutice;
- istoric de boli recurente infecțioase;
- status nutrițional;
- factori stresori;
- istoric al vaccinărilor.

#### **a) Date despre starea de sănătate**

În bolile infecțioase apar semne și simptome locale și sistemice.

##### *Semne și simptome locale*

Aceste semne și simptome sunt determinate de răspunsul inflamator. În general:

- se localizează tumefacția, eritemul, căldura;
- se evaluează durerea spontană, la palpare sau la mobilizare și scăderea funcționalității segmentului afectat.

În plus, leziunile deschise se pot complica cu secreții mucoase, purulente sau sanghinolente.

Semne și simptome întâlnite în infecții sunt redate în tabelul nr.20.

**Tabelul nr.20 Semne și simptome întâlnite în infecții**

<i>Segment</i>	<i>Semne și simptome</i>
<i>Tract respirator</i>	
Nas și sinusuri	<ul style="list-style-type: none"><li>- rinoree mucoasă sau purulentă;</li><li>- durere la palparea punctelor sinusale (maxilare, frontale, etmoidale);</li><li>- senzație de presiune la nivelul punctelor sinusale inflamate;</li><li>- strănut.</li></ul>
Amigdale și faringe	<ul style="list-style-type: none"><li>- amigdale și faringe hiperemic, cu depozite purulente;</li><li>- tumefacția ganglionilor cervicali;</li><li>- febră;</li><li>- frison.</li></ul>
Laringe	<ul style="list-style-type: none"><li>- afonie sau voce răgușită;</li><li>- senzație de constricție la nivelul gâtului;</li><li>- tuse seacă;</li><li>- uneori febră.</li></ul>
Bronhii	<ul style="list-style-type: none"><li>- tuse productivă;</li><li>- senzație de arsură substernală la respirație profundă;</li><li>- raluri la auscultație;</li><li>- wheezing.</li></ul>
Plămâni	<ul style="list-style-type: none"><li>- tuse seacă inițial, apoi productivă;</li><li>- hemoptizie (uneori);</li><li>- strănut;</li><li>- durere pleurală;</li><li>- respirații superficiale;</li><li>- febră;</li><li>- oboseală.</li></ul>
<i>Tract gastrointestinal</i>	
Stomac	<ul style="list-style-type: none"><li>- disconfort epigastric;</li><li>- anorexie;</li><li>- vărsături, grețuri;</li><li>- eructații;</li></ul>

	- crampe abdominale; - diaree (uneori).
Intestin	- scaune diareice; - crampe abdominale; - vărsături, grețuri.
<i>Tract urinar</i>	
Uretră și vezica urinară	- uretră inflamată; - disconfort la micțiune; - micțiuni frecvente; - incontinență la stres (posibil); - febră; - fatigabilitate; - urini tulburi.
Rinichi	- durere severă sau durere surdă, continuă în flancuri; - febră; - grețuri și vărsături.

*Semne și simptome generale*

Semne și simptome generale sunt:

- febră;
- tahicardie;
- tahipnee;
- oboseală;
- anorexie;
- grețuri și vărsături;
- adenopatii regionale.

**b) Date de laborator:**

În infecții apare:

- leucocitoză cu:
  - neutrofilie în infecții acute supurative (valoare normală a neutrofilelor 54 – 75 %);
  - neutropenie în infecții bacteriene acute (în special la vârstnici);
  - limfocitoză în infecții bacteriene cronice și infecții virale (valoare normală a limfocitelor 25 – 40 %);



- monocitoză în infecții cu protozoare și rickettsii și tuberculoză (valoare normală a monocitelor 2 – 8 %);
- eozinofilele în general nu suferă variații în infecțiile bacteriene (valoare normală a eozinofilelor 1 – 4 %);
- bazofilele nu se modifică în infecțiile bacteriene (valoare normală a bazofilelor 0 – 1 %)
  - VSH crescut;
  - uroculturi, hemoculturi, examen bacteriologic din spută pozitive.

## **5.2 Analiza și interpretarea datelor**

### **Exemple de diagnostice nursing**

*Potențial de infecție* legat de:

- lipsa vaccinărilor;
- alterarea integrității tegumentare;
- boli cronice (cancer, diabet zaharat, tulburări respiratorii);
- suprimarea răspunsului inflamator secundar terapiei cortizonice;
- imunosupresia secundară chimioterapiei;
- intervenții chirurgicale recente;
- malnutriție;
- prezența braunulei, sondei Foley sau sondă de alimentație.

Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale sunt:

*Potențial de izolare socială* legat de informații greșite despre transmiterea infecției.

*Potențial de deficit de activitate recreativă* legat de:

- monotonia mediului spitalicesc;
- limitarea mobilizării impusă de boală.

## **5.3 Obiective nursing**

În caz de *potențial de infecție*:

- să se identifice măsurile care reduc sau previn riscul de infecție;
- să înțeleagă factorii de risc individuali implicați în apariția infecției;
- să nu apară infecții nosocomiale;

- să nu apară semne de infecție la nivelul inciziei chirurgicale;
- leucocitele să fie în limite normale;
- culturile din secreții, exudate să fie negative.

În caz de *izolare socială*:

- să se identifice cauzele izolării;
- să se identifice metode care limitează izolarea;
- să-și exprime teama, barierele în interacțiunea cu cei din jur.

În caz de *deficit de activitate recreativă*:

- să se identifice noi activități recreative;
- să exprime satisfacție la sfârșitul activității;
- să descrie activitățile recreative curente;
- să se identifice cinci activități care produc plăcere;
- să exprime satisfacție în cazul implicării în noi activități recreative.

#### **5.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- spălare pe mâini înainte și după contactul direct cu pacientul, înainte de tehnici invazive (de ex. sondaj vezical) și după contactul cu sânge, urină sau secreții din plagă;
- schimbarea pansamentului ori de câte ori este nevoie în condiții aseptice;
- depozitarea seringilor, acelor și a altor materiale în containere speciale;
- după efectuarea injecțiilor evitarea înțepării cu acele folosite;
- respectarea măsurilor de asepsie în cazul montării unui cateter venos sau a perfuziei;
- se schimbă braunula la 24 – 72 ore și se verifică soluția de perfuzat (data expirării, aspectul soluției);
- se inspectează tegumentul frecvent pentru a descoperi leziunile tegumentare, ulcerele, escarele de decubit, prezența edemelor periferice și/sau a distensiei venelor de la nivelul gambei sau modificări de temperatură și culoare la nivelul extremității;
- aplicarea de creme la nivelul regiunilor expuse apariției escarelor;
- se schimbă poziția pacientului la 2 ore;

- se monitorizează funcțiile vitale care pot indica prezența infecției (creșterea temperaturii, pulsului și/sau a numărului de respirații, scăderea tensiunii arteriale);
- izolarea pacienților cu infecții grave;
- efectuarea de exerciții de tuse sau respirații profunde la fiecare 2 ore;
- se asigură un aport hidric de 2000 – 3000 ml/zi;
- se inspectează aspectul secrețiilor patologice și se trimit la laborator pentru examen bacteriologic;
- respectarea măsurilor de asepsie în timpul montării sondei urinare;
- efectuarea toaletei regiunii perineale cu apă și săpun;
- se monitorizează diureza, aspectul urinei, se trimite urină la laborator pentru examen bacteriologic;
- se raportează medicului modificările legate de micțiune (arsură în timpul micțiunii, micțiuni frecvente, urini urât mirositoare);
- se recoltează sânge pentru determinarea numărului de leucocite și imunoglobuline;
- se administrează antibiotice la indicația medicului și se monitorizează efectele;
- în caz de durere se administrează analgezice;
- se mobilizează segmentul corpului la care este prezentă durerea;
- se auscultă plămâni;
- se face examen bacteriologic din spută, urină, sânge, materii fecale, secreții din plagă;
- se educă pacientul despre modul de transmitere al infecției și care sunt metodele de prevenire a infecției (spălare pe mâini după contactul cu secreții patologice, evitarea contactului cu secrețiile din plagă).

### **5.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- nu prezintă semne de infecție, aspectul inciziei chirurgicale este normal;
- nu prezintă modificări ale datele de laborator (culturi din secreții fiziologice și patologice, numărul de leucocite);

- cunoaște factorii de risc și declanșatori ai infecției, măsurile de reducere a riscului de infecție, vaccinurile primite și semnele și simptomele de infecție.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacient de 40 ani marinar a fost internat pentru o plagă prin înțepare la nivelul piciorului. El relatează că s-a înțepat într-un cui ruginit. Plaga este de 6 mm, cu fenomene inflamatorii și secreție serosanghinolentă. El afirmă că nu s-a vaccinat din copilărie.

Diagnostic nursing: *Potențial de infecție legat de lipsa vaccinării (antitetanos) și alterarea integrității tegumentare*

### ***Cazul nr.2***

Pacientă de 12 ani cu varicelă trebuie izolată până la vindecarea leziunilor. Ea este plictisită, îi lipsesc prietenii și școala, dar în mod deosebit orele de desen.

Diagnostic nursing: *Potențial de deficit de activitate recreativă legat de prezența bolii infecțioase*

### ***Cazul nr.3***

Pacient de 28 ani, profesor, cunoscut cu SIDA în ultima vreme se simte tot mai singur. Starea de sănătate nu-i permite să lucreze, iar prietenii lui nu l-a vizitat de mult timp.

Diagnostic nursing: *Izolare socială legată de interpretarea greșită a informației de alte persoane referitor la modul de transmitere a infecției HIV*

## **SECURITATEA FIZICĂ, PSIHOLOGICĂ ȘI SOCIOLOGICĂ**

- ◆ **Factorii care influențează nevoia**
- ◆ **Caracteristicile mediului securitar**
- ◆ **Factorii care intervin în asigurarea securității persoanei umane**
- ◆ **Procesul de îngrijire**
- ◆ **Tipuri de accidente casnice**
- ◆ **Tipuri de accidente la locul de muncă**
- ◆ **Accidentele la copii**
- ◆ **Accidentele de circulație**

## **SECURITATEA FIZICĂ, PSIHOLOGICĂ ȘI SOCIOLOGICĂ**

Intervențiile nursing sunt orientate către menținerea sănătății și prevenirea bolii, care implică și promovarea securității pacientului în mediul său de viață și mediul de îngrijire.

Mediul reprezintă ansamblul factorilor fizici și psihosociali care influențează viața și supraviețuirea pacientului. Un mediu este securitar (acasă, la locul de muncă sau la spital) când este păstrată intimitatea pacientului, iar riscurile de rănire, infecții sunt reduse la minim.

Nevoia de a evita pericolele este o necesitate a ființei umane de a fi protejată împotriva agresiunilor interne sau externe.

### **1. Factorii care influențează nevoia**

Factorii care influențează nevoia sunt:

- *Vârsta:*
  - copilul nu percepe sensul pericolului și în funcție de ritmul dezvoltării sale descoperă autoprotecția contra pericolelor;
  - adultul are abilitatea de a se proteja;
  - persoana vârstnică datorită diminuării funcțiilor senzoriale și motorii trebuie să ia măsuri suplimentare de autoapărare.
- *Mecanismele de autoapărare* sunt mecanisme înnăscute (de ex. termoreglarea) sau însușite de-a lungul experienței (de ex. trecerea printr-o boală infecțioasă conferă rezistență prin sinteza de anticorpi specifici sau în alte cazuri imunitatea poate fi dobândită prin vaccinare).
- *Emoțiile, anxietatea* pot determina utilizarea mecanismelor de apărare care permit conservarea integrității față de agresiuni de diferite tipuri.
- *Stresul* poate influența adaptarea individului la toate formele de agresiune, prin stimularea mecanismelor de apărare.
- *Mediul înconjurător* trebuie să aibă o temperatură de 18-25<sup>0</sup> C și umiditate de 30-60 %.

- *Rolul social* – indivizii trebuie să utilizeze măsuri de protecție împotriva pericolelor în funcție de exigențele de la locul de muncă.
- *Organizarea socială* – societatea prevede măsuri legale pentru protecția individului împotriva pericolelor.
- *Religia* determină securitate psihologică.
- *Educația* – părinții informează copilul asupra pericolelor existente.

**Securitatea fizică** este asigurată prin măsuri de prevenire a accidentelor, infecțiilor, bolilor, agresiunilor, agenților fizici sau chimici.

**Securitatea psihică** este asigurată când individul este liniștit, la adăpost de pericole.

**Securitatea sociologică** este asigurată printr-un mediu sănătos.

## **2. Caracteristicile mediului securitar**

Un mediu securitar are următoarele caracteristici:

### **2.1 Nevoile fundamentale**

- **Oxigenul**

Asistenta medicală trebuie să cunoască factorii care pot provoca o scădere a cantității de oxigen și care pot pune viața individului sau pacientului în pericol. Una din cele mai frecvente cauze ale scăderii cantității de oxigen în mediul pacientului este proasta funcționare a sistemului de încălzire. O defecțiune sau un tiraj defectuos al instalației de încălzire permite ca monoxidului de carbon (CO) să se răspândească în mediu. El se fixează pe hemoglobină ceea ce împiedică formarea oxihemoglobinei și reduce aportul de oxigen la nivelul țesuturilor, deci oxigenarea țesuturilor. De aceea, pentru prevenirea accidentelor instalațiile trebuie verificate periodic.

Intoxicația cu CO poate să se datoreze și altor cauze: inhalarea de gaz de eșapament într-un garaj prost aerisit.

- **Umiditatea**

Umiditatea relativă a aerului poate influența sănătatea pacientului. Umiditatea relativă este proporția între cantitatea vaporilor de apă conținuți în aer și capacitatea de absorbție a aerului la o temperatură dată. Gradul ideal de umiditatea este de 60-70 %.

Când umiditatea relativă este ridicată, evaporarea apei prin piele se face lent. Când ea este scăzută evaporarea apei se face rapid. Din acest motiv căldura se resimte mai puțin când temperatura este de 32,2 °C și umiditatea relativă de 30 % ca atunci când umiditatea relativă este de 85 %.

Persoanele care trăiesc într-un mediu foarte uscat au risc de infecții respiratorii datorită uscăciunii mucoaselor. Creșterea gradului de umidificare are efecte terapeutice (la copii și adulți cu infecții ale căilor respiratorii superioare se constată o ameliorare a bolii atunci când se amplasează un umidificator în cameră), în acest mod se fluidifică secrețiile și se ușurează respirația.

- **Nutriția**

Satisfacerea adecvată și securitară a nevoilor nutriționale presupune o serie de măsuri (congelator, frigider pentru păstrarea alimentelor perisabile; apă curentă pentru spălarea unor alimente și a vaselor de bucătărie); să cunoască noțiuni de gastrotehnie; respectarea termenelor de garanție.

- **Temperatura**

Temperatura este optimă între 18,3 – 24 °C. Expunerea la frig intens pentru o perioadă prelungită poate determina degerături. Riscurile hipotermiei sunt mai mari la copii, bătrâni. Expunerea la căldură excesivă poate antrena o insolație sau un șoc caloric.

**2.2 Reducerea riscurilor de ordin fizic (traumatismele prin cădere sau lovire)** se realizează prin:

*Luminozitate adecvată* în casa scârilor, camere, intrări, birouri; se realizează cu ajutorul veiozei, a luminilor de veghe în hol, baie, dormitoarele copii/persoanelor vârstnice și reduce riscurile de cădere, favorizând securitatea.

- *Eliminarea dezordinii*, a obiectelor de pe scări, podea, a mobilierului mult și îngrămădit; obiectele necesare vieții cotidiene (ceas deșteptător, ochelari trebuie să fie la îndemână pe noptieră, lângă pat, iar cărțile, lucrul de mână, revistele în altă parte).
- *Protecția casei* prin uși, ferestre.

**2.3 Reducerea transmiterii agenților patogeni** se realizează prin:

- *Vaccinare* – previne bolile contagioase (conferă sau ridică rezistența la o boală infecțioasă), la fel și *măsurile de igienă, măsurile de asepsie* în spital.



- *Igiena alimentară* – ingestia de alimente contaminate cu substanțe toxice sau bacterii (ciuperci otrăvitoare, conserve prost conservate, consum de carne infestată poate determina trichineloză; de ou care poate determina salmoneloză; fructe și legume nespălate și care au fost stropite cu insecticide).
- *Lupta împotriva rozătoarelor și a insectelor* (muște și căpușe care pot transmite boli la om).
- *Evacuarea deșeurilor umane* – în spital reduc riscul de transmitere a agenților patogeni și paraziți.

#### ***2.4 Lupta împotriva poluării apei, aerului sau prin zgomot***

- *Expunerea prelungită la poluanți atmosferici* (fum de țigară, gaze de eșapament, deșeuri industriale) pot determina afecțiuni pulmonare.
- În caz de *poluare a apei* cu agenți industriali sau în caz de defecțiuni de epurare sau inundații se impune fierberea.
- *Poluarea sonoră* antrenează disconfort și pierderea auzului. În spital se impune reducerea zgomotului.

### **3. Factorii care intervin în asigurarea securității persoanei umane**

- *Sistemul nervos*

Sistemul nervos are rol:

- de a pune organismul în legătură cu mediul înconjurător;
- de a-l adapta la condițiile mereu în schimbare ale acestuia;
- de a conduce și coordona funcțiilor tuturor organelor și sistemelor.

Este alcătuit din:

- sistemul nervos de relație (somatic);
  - sistemul nervos vegetativ care asigură conducerea și coordonarea funcționării organelor interne.
- *Organele de simț* – la nivelul lor se află exteroreceptorii.
  - *Aparatul locomotor*

## **4. Procesul de îngrijire**

### **4.1 Culegerea de date**

La culegerea de date putem avea:

- deficit senzorial;
- durere;
- dezechilibre hidro-electrolitice și metabolice;
- tulburări de gândire;
- stres;
- anxietate;
- insalubritatea mediului;
- absența măsurilor de protecție a muncii;
- sărăcie;
- promiscuitate;
- lipsa de cunoștințe privind regulile de igienă și asepsie.

### **4.2 Diagnostice nursing**

#### **Exemple de diagnostice nursing**

*Vulnerabilitate la pericole* legată de:

- accidentele de muncă, rutiere;
- alterarea mobilității fizice asociată cu afecțiuni musculoscheletale sau restricție terapeutică;
- tegumentele lezate prin contact prelungit cu substanțe iritante;
- leziunile interdigitale datorate umezelii, căldurii, îmbrăcămînții neadecvate;
- alterări senzoriale;
- expunerea la agenți termici, chimici, radiații;
- abuz de substanțe;
- apariția complicațiilor secundar netratării corespunzătoare a unor infecții;
- îmbolnăviri frecvente datorită scăderii rezistenței organismului;
- oboseală;

- istoric de accident;
- utilizarea necorespunzătoare a echipamentului de protecție;
- utilizarea de medicamente care afectează funcțiile psihice;
- mediu nefamiliar (de ex. spitalizare);
- utilizarea necorespunzătoare a mijloacelor auxiliare (baston, cârje, cadru metalic);
- deficit de cunoștințe;
- surmenaj;
- comportament schimbat (depresiv, agresiv).

*Alterarea integrității fizice* legată de:

- durere;
- impotență funcțională;
- entorse.

*Alterarea integrității psihice* legată de:

- agitație;
- agresivitate;
- iritație;
- idei de suicid;
- frică.

*Potențial de intoxicație* legat de:

- lipsa educației;
- consum de apă sau alimente contaminate;
- prezența de poluanți atmosferici;
- utilizarea de produse periculoase pentru copii.

*Potențial de sufocare* legat de:

- lipsa educației (de ex. în cazul practicării înotului);
- lipsa luării măsurilor de siguranță (de ex. lipsa de ventilație într-un spațiu închis).

### ***4.3 Obiective nursing***

Obiectivele nursing sunt:

- pacientul să beneficieze de un mediu securitar;
- pacientul să-și satisfacă celelalte nevoi fundamentale;

- pacientul să fie echilibrat psihic.

#### **4.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- se asigură condiții de mediu adecvate;
- se izolează pacienții cu boli contagioase;
- se apreciază potențialul infecțios al pacientului, receptivitatea și se aplică măsuri de izolare a surselor de infecție;
- se favorizează adaptarea persoanelor la noul mediu;
- se furnizează informațiile de care are nevoie;
- se ajută pacientul să-și recunoască anxietatea;
- se învață tehnici de relaxare;
- se implică pacientul în activități (de ex. citit);
- se folosesc mijloace de comunicare adecvate stării pacientului;
- se asigură legătura pacientului cu familia;
- se determină pacienții să participe la îngrijiri;
- se administrează tratamentul medicamentos prescris;
- se iau măsuri de prevenire a complicațiilor;
- se încurajează pacientul să-și exprime sentimentele;
- se înlătură excitanții psihici;
- se asigură un mediu adecvat;
- psihoterapie.

#### **4.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- este echilibrat psihic;
- este în siguranță;
- își satisface celelalte nevoi fundamentale.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## 5. Tipuri de accidente casnice

Principalele tipuri de accidente casnice sunt redată în tabelul nr.21.

Tabelul nr.21 Tipuri de accidente casnice

<i>Tipul agentului</i>	<i>Efect</i>
Curățatul cu benzină sau naftalină în casă, cu ferestrele închise	- intoxicație - explozie - arsuri grave - incendiu
Tolerarea unor defecte cât de mici la aragaz sau sistemul de încălzit cu gaze naturale, lăsarea gazului aprins la plecarea de acasă și orice alte nerespectări ale instrucțiunilor privind folosirea instalațiilor	- intoxicație - explozie - arsuri grave - incendiu
Aprinderea unui chibrit, fumatul în timpul curățirii unghiilor cu acetonă sau al manipulării altor substanțe inflamabile	- arsuri
Copil mic în apropierea vaselor cu apă fierbinte	- arsuri grave
Utilizarea de substanțe chimice împotriva dăunătorilor plantelor pentru distrugerea insectelor din locuință	- intoxicație extrem de gravă, uneori mortală
Substanțe chimice diverse, medicamente, cosmetice lăsate la îndemâna copiilor sau păstrate la un loc cu alimentele	- intoxicații grave
Fier electric cu izolare defectă	- electrocutare
Efectuarea de reparații la instalația electrică (prize tablou electric, etc.) fără a avea calificarea pentru astfel de operații	- electrocutare
Atingerea cu mâna umedă a prizelor, comutatoarelor și aparatelor electrice	- electrocutare
Neglijarea legării la pământ, prin cablu special a mașinii electrice de spălat rufe	- electrocutare
Joaca copilului, nesupravegheat cu obiecte ascuțite, tăioase, nasturi, sămburi, monede,	- tăieturi - corpi străini în urechi, în căile respiratorii și

*Nevoi fundamentale – intervenții de nursing*

---

boabe de fasole sau de porumb	digestive
Defecte ale scărilor (trepte tocite, încărcate cu diferite obiecte), scări neluminate, zăpadă sau polei pe scările exterioare	- căderi - fracturi - luxații - entorse
Folosirea unei scări defecte, neasigurate sau urcarea pe un scaun șubred	- cădere gravă
Covor îndoit, făcut sul, plăci de parchet care ies în afară	- împiedicări - căderi
Lame de ras, ace, andrele și alte lucruri lăsate amestecate cu diferite obiecte prin sertare	- tăieri - înțepături
Grabă, lipsă de atenție la efectuarea unor activități casnice, ca: tocarea cărnii, deschiderea unei cutii de conserve, frecatul vaselor cu burete de sârmă defect, curățatul legumelor, baterea unui cui, etc.	- răniri ale mâinilor
Strângerea cioburilor de pe jos cu mâna, în loc de a folosi mătura și fârașul	- tăieturi cu risc crescut de infecție
Ace de gămălie uitate pe jos	- înțepături ale picioarelor care se infectează ușor
Îndepărtarea cu mâna a prafului de pe mese sau de pe diferite alte obiecte de lemn	- pătrunderea de așchii în piele - panariții
Ghivece de flori instalate defectuos la fereastră	- traumatisme craniene

## 6. Tipuri de accidente la locul de muncă

Principalele tipuri de accidente la locul de muncă sunt redate în tabelul nr.22.

Tabelul nr.22 Tipuri de accidente la locul de muncă

<i>Tipul agentului</i>	<i>Efect</i>
Emanații produse de variatele tipuri de combustibil utilizate pentru punerea în funcțiune a motoarelor	- intoxicații cu monoxid de carbon
Muncitorii care lucrează în ateliere de sudură, ateliere de tinichigerie și de montare de mașini	- intoxicații cu oxid de azot
Tăierea autogenă a pieselor acoperite cu vopsele de plumb	- intoxicații saturniene
Uleiurile minerale de răcire (în cazul strungarilor sau mecanicilor care lucrează la demontarea, repararea și montarea mașinilor)	- boli de piele
Consumul de alcool la locul de muncă	- electrocutări - entorse - luxații - contuzii - leziuni oculare
Prezența pulberilor mineraliere și metalifere în minele carbonifere	- fibroză pulmonară
Zgomotul, vibrațiile	- hipoacuzie

Prevenirea accidentelor de la locul de muncă se realizează prin:

- instructaj de protecția a muncii la angajare și periodic;
- instructaj sanitar (tehnica folosirii mănușilor, a măștilor, a unguentelor de protecție, igiena muncii specifice proceselor tehnologice cu care este confruntat muncitorul, noi reguli de igiena muncii impuse de apariția unor noi noxe profesionale, diversificarea proceselor tehnologice, folosirea corectă a echipamentului de protecție);
- educația sanitară.

## **7. Accidentele la copii**

Copii au cunoștințe reduse despre lumea înconjurătoare, dar în schimb, au o mare curiozitate. Lipsiți de supraveghere, aceștia cad ușor victime unor accidente, deseori cu urmări grave pentru toată viața:

- lipsa de supraveghere, obiceiul mamelor de a-și ține copii lângă ele în bucătărie, unde pot umbla la mașina de gătit, pot răsturna o oală cu apă clocotită, etc.;
- fierul de călcat încins poate deveni o sursă de arsuri când ajunge la îndemâna copiilor;
- jocul cu chibriturile, frecvent dorit de copii pot duce la incendii de proporții;
- căderi de la înălțimi prin fereastră, balustrade pot duce la diverse traumatisme;
- traversarea drumurilor publice neînsoțiți

Pentru prevenirea acestor accidente jocul se va desfășura în spații special amenajate la distanță de arterele de circulație, iar substanțele toxice, medicamentele, băuturile alcoolice se vor pune în spații unde nu sunt la îndemâna copiilor.

Se recomandă educarea copiilor pentru ca singuri să se ferească de accidente.

## **8. Accidentele de circulație**

Prevenirea accidentelor de circulație se adresează mai multor factori:

- în faza de proiectare și realizare tehnică a autovehiculelor se acordă o atenție deosebită calității subansamblurilor cu rol în a asigura securitatea maximă (echilibru, formă, direcții);
- educarea pietonilor și a conducătorilor auto în sensul respectării cu rigurozitate a regulilor de circulație și organizarea desfășurării în condiții optime a circulației pe drumurile publice.



### ***Medicamentele și accidentele auto***

Prin efectele lor principale sau prin cele secundare, medicamentele pot contribui într-o largă măsură la provocarea unor accidente de circulație:

- sedativele și barbituricele administrate seara pot să-și continue efectul până la 14 ore, fapt care face ca a doua zi să persiste o somnolență care determină o scădere a atenției la conducere;
- medicamentele folosite pentru combaterea stării de greață și a vărsăturilor, a răului de mare, a urticariei și alergiilor sunt însoțite de stări de somnolență, tulburări de vedere sau scăderea TA; aceste efecte fac ca persoanele care au luat astfel de medicamente să fie inapte de a conduce automobilul atâta vreme cât durează efectul medicației;
- sunt contraindicate medicamentele hipotensoare, cele care provoacă tulburări vizuale;
- diabeticii după administrarea de insulină pot face criză de hipoglicemie;
- pericol de accidente au persoanele care suferă de epilepsie, cei aflați sub influența unor droguri.

### **Exemple de cazuri clinice**

#### ***Cazul nr.1***

Pacientă de 86 ani locuiește singură. Are glaucom și ia medicamente de 2 ori pe zi. Ea afirmă că are dificultate în efectuarea activităților zilnice, mai ales seara.

Diagnostic nursing: *Vulnerabilitate la pericole legate de deficitul senzorial (scăderea acuității vizuale)*

#### ***Cazul nr.2***

Pacient de 86 ani a suferit un accident vascular cerebral în urmă cu 3 luni. La domiciliu nu are dispozitive de protecție în baie (bare de protecție), iar lumina este necorespunzătoare și mobilierul este înghesuit în cameră.

Diagnostic nursing: *Vulnerabilitate la pericole legate de alterarea mobilității și lipsa securității la domiciliu*

## **ELIMINAREA URINARĂ**

- ◆ **Factorii care influențează volumul urinar și micțiunea**
- ◆ **Procesul de îngrijire**

## ELIMINAREA URINARĂ

Eliminarea urinară depinde de funcționalitatea:

- rinichilor;
- ureterelor;
- vezicii urinare;
- uretrei.

### 1. Factorii care influențează volumul urinar și micțiunea

Factorii care influențează volumul urinar și micțiunea sunt:

#### *a) Creșterea și dezvoltarea*

- *făt:*
  - rinichii fătului excretă urină începând cu săptămâna 11-12 a dezvoltării intra-uterine;
  - urina fătului este hipotonă în comparație cu plasma;
  - placenta funcționează ca un pseudorinichi în reglarea balanței hidroelectrolitice a fătului;
  - rinichii nu funcționează independent decât după naștere.
- *sugar:*
  - controlul voluntar al urinei este absent;
  - abilitatea de concentrare a urinei este minimă (culoare galben deschis).
- *copil:*
  - controlul voluntar al urinei se instalează în jurul lunii 18-24;
  - controlul urinar complet se realizează în jurul vârstei de 4-5 ani;
  - funcționalitatea rinichilor atinge maturitatea între primul și al doilea an, urina este concentrată și are culoarea normală;
  - rinichii cresc proporțional cu creșterea organismului;
  - băieții își dobândesc controlul voluntar al urinei mai târziu decât fetițele.
- *adult:*

- rinichii au mărimea maximă între 35-40 ani;
- după 50 ani rinichii scad în dimensiune și în funcție.
- *vârstnic:*
  - la vârsta de 80 de ani 30% dintre glomeruli sunt distruși;
  - fluxul sanguin renal scade datorită scăderii debitului cardiac și tulburărilor vasculare;
  - concentrația urinei scade;
  - apare urinare mai frecventă în cursul nopții datorită diminuării tonusului musculaturii vezicii urinare;
  - reziduul vezical crește datorită scăderii tonusului vezicii urinare și contractilității, cu creșterea riscului de infecție urinară;
  - incontinența urinară poate să apară datorită tulburărilor neurologice.

***b) Factorii psihosociali***

- factorii psihosociali pot fi asociați cu retenția urinară;
- mulți indivizi au o serie de comportamente care stimulează în mod reflex micțiunea (de ex.: intimitatea, timp suficient, poziție normală și, uneori, auzul apei de la robinet care curge);
- circumstanțele care afectează comportamentele formate duc la anxietate, tensiune musculară, cu eliminarea incompletă a urinei (retenție urinară).

***c) Aportul de lichide și alimente***

- în mod normal există o balanță între aportul de lichide și eliminări (de ex. creșterea aportului de lichide duce la creșterea eliminării de urină);
- alcoolul crește eliminarea de lichide prin inhibarea producerii de hormon antidiuretic;
- lichidele care conțin cofeină (cafea, ceai, coca cola) cresc producția de urină;
- alimentele cu conținut bogat lichidian cresc eliminarea urinară (lapte, cereale);
- alimentele cu conținut bogat în sodiu determină retenție urinară;
- unele alimente și lichide pot schimba culoarea normală a urinei (alimentele care conțin caroten fac urina mai galbenă, iar sfecla și murele fac urina roșie).

***d) Medicația***

Următoarele clase de medicamente determină retenție urinară:

- anticolinergice, antispastice;
- antidepressive, antipsihotice;

- antiparkinsoniene;
- antihistaminice;
- $\beta$  blocante;
- antihipertensive (metildopa și hidralazină).

Diureticele cresc formarea de urină.

***e) Tonusul muscular și activitatea***

- exercițiile fizice mențin tonusul muscular, cresc metabolismul și asigură o producție urinară normală;
- scăderea tonusului muscular duce la contracții necorespunzătoare ale vezicii urinare, cu un control scăzut al sfincterului uretral extern și al micțiunii;
- prezența sondei vezicale poate duce la scăderea tonusului musculaturii vezicii urinare.

***f) Stări patologice***

- tulburări endocrine: diabet insipid care crește formarea de urină;
- ateroscleroza duce la scăderea formării de urină;
- bolile renale reduc funcționalitatea rinichiului și duc la insuficiență renală;
- hipertrofia de prostată afectează eliminarea urinei din vezica urinară;
- stările febrile duc la scăderea eliminărilor pentru a menține balanța hidrică.

***g) Intervenții chirurgicale și explorări diagnostice***

- după cistoscopie urina poate fi roșie sau roz o perioadă de timp;
- rahianestezia și anestezicele scad filtrarea glomerulară și în consecință cantitatea de urină.

## **2. Procesul de îngrijire**

### ***2.1 Culegerea de date***

Culegerea de date se referă la:

- istoricul afecțiunilor renale;
- aspectul, cantitatea și examenul urinei;
- examenul obiectiv al aparatului renal.

Există afecțiuni care afectează eliminarea urinară în mod indirect (de ex. imobilizarea sau artrita reumatoidă, afecțiuni musculoarticulare degenerative sau tulburări neurologice care determină incontinența urinară funcțională).

Afecțiunile care pot afecta eliminarea urinară sunt:

- infecții de tract urinar superior și inferior;
- litiaza renală;
- intervenții chirurgicale pe rinichi, vezica urinară, prostată;
- ureterostomie;
- HTA, cardiopatia ischemică cronică;
- diabet zaharat, cancer, afecțiuni neurologice (scleroza multiplă).

### ***Istoricul afecțiunilor renale***

Se determină:

- frecvența micțiunilor;
- aspectul urinei și modificări recente ale aspectului;
- afecțiunile renale din antecedente;
- factorii care influențează eliminarea urinară:
  - medicație (diuretice, antispastice, antipsihotice, antidepresive, antiparkinsoniene, antihistaminice, antihipertensive);
  - aportul de lichide;
  - prezența îndelungată a sondei vezicale;
  - stres;
  - mediul înconjurător;
  - explorări diagnostice (cistoscopie);
  - rahianestezie.

### ***Modificări ale diurezei/eliminării urinare și factorii determinanți***

- *poliuria*:
  - aport hidric crescut;
  - ingestia de lichide care conțin alcool și cofeină;
  - tratament diuretic;
  - deshidratare, scădere ponderală;

- antecedente heredocolaterale de diabet insipid sau nefropatii.
- *oliguria/anuria:*
  - stări febrile;
  - scăderea aportului hidric;
  - prezența de boli renale cunoscute sau antecedente heredocolaterale de boli renale;
  - insuficiența renală cronică.
- *nicturia:*
  - stres;
  - infecții urinare;
  - creșterea aportului hidric;
  - sarcină.
- *micțiune imperioasă:*
  - infecții urinare;
  - stres.
- *disurie:*
  - infecții urinare.
- *enurezis:*
  - istoric familial de enurezis;
  - acces dificil la toaletă.
- *incontinența:*
  - cistite sau alte infecții;
  - dificultate în mobilizare la toaletă;
  - tulburări cognitive;
  - tuse, strănut, râs.
- *retenție:*
  - scăderea aportului hidric;
  - anestezie recentă;
  - intervenții chirurgicale recente perineale;
  - medicație;
  - lipsa de intimitate.

***Examenul obiectiv***

Include:

- palparea regiunii lombare;
- percuția și palparea vezicii urinare;
- inspecția meatului uretral pentru a descoperi fenomenele inflamatorii.

***Examenul sumar al urinei***

În mod normal urina conține 96% apă și 4% solvenți.

Solvenții organici sunt:

- uree;
- amoniac;
- creatinină;
- acid uric.

Solvenții anorganici sunt:

- sodiu;
- clor;
- sulfat;
- magneziu;
- fosfor;
- potasiu.

Se face:

- bilanțul ingestie-excreție;
- inspecția culorii, aspectului și mirosului urinei;
- determinarea de glucoză, puroi, albumină din urină, ph-ul urinar și densitatea urinară.

Volumul urinar depinde de:

- solvenții excretați;
- pierderile lichidiene prin perspirație și aerul expirat;
- statusul cardiac și renal;
- cantitatea de lichide ingerate
- nivelul hormonal.

În mod normal rinichiul produce 60-120 ml urină pe oră; 2000 ml pe zi. La copil volumul urinar este între 300-1500 ml pe zi.

Testele de laborator includ:



- examenul sumar de urină;
- urocultura;
- examinări radiologice (urografie, radiografie renală simplă, tomografie computerizată renală, ecografie renală);
- cistoscopie;
- examinări sanguine.

## **2.2 Analiza și interpretarea datelor**

### **Exemple de diagnostice nursing**

*Incontinența urinară funcțională* legată de:

- modificări ale mediului ambiant (luminozitate scăzută, reticența în folosirea urinarului, incapacitatea de a localiza toaleta);
- deficit cognitiv și senzorial;
- deficit de mobilitate.

*Incontinență urinară reflexă* legată de tulburările neurologice.

*Incontinență urinară de stres* legată de:

- hipotonia musculaturii pelviene datorată vârstei, nașterilor multiple și intervențiilor chirurgicale pentru cistocel, rectocel;
- presiune intraabdominală crescută asociată cu obezitate, graviditate.

*Incontinență urinară totală* legată de:

- tulburări neurologice;
- stomii urinare.

*Incontinență urinară* legată de:

- iritarea receptorilor vezicii urinare care determină spasm (de ex. cistite, consum de alcool, cofeină și aport crescut de lichide, supradistensia vezicii urinare);
- scăderea capacității vezicii urinare (de ex. boli inflamatorii pelviene, sondă vezicală în antecedente, intervenții chirurgicale);
- supradistensia vezicii urinare.

*Retenție urinară* legată de:

- medicație;
- obstacol uretral;

*Alterarea eliminării urinare* legată de:

- cistite;
- tulburări neurologice;
- calculi renali;
- scăderea tonusului țesutului perineal;
- medicație (de ex. diuretice).

Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale sunt:

*Potențial de infecție* legat de:

- retenția urinară;
- prezența sondei vezicale.

*Potențial de alterare a integrității tegumentare* legat de:

- incontinență;
- prezenta cistostomei.

*Perturbarea imaginii de sine* legată de incontinența și stoma urinară.

*Izolarea socială* legată de incontinență.

*Deficit de îngrijire igienică* legat de incontinență.

*Potențial de deficit de volum lichidian/exces de volum lichidian* legat de modificarea funcționalității urinare secundare unui proces patologic.

*Deficit de cunoștințe* legat de igiena stomei urinare.

### **2.3 Obiective nursing**

În caz de *incontinență*:

- să se mențină intact tegumentul din jurul meatului urinar și perineu;
- să se asigure un mediu ambiant corespunzător;
- să scadă numărul episoadelor de incontinență (mai puțin de 3 într-o săptămână);
- să nu apară incontinența în caz de creștere a presiunii intraabdominale (incontinența de stres);
- incontinența să nu afecteze statusul social;
- să crească intervalul între pierderile involuntare de urină;
- să se asigure igiena sondei urinare sau a stomei urinare.

În caz de *retenție urinară*:

- să nu se palpeze vezica urinară;

- reziduul vezical să fie sub 50 ml;
- fluxul urinar sa fie continuu.

În caz de *alterare a eliminării urinare*:

- urina să aibă culoare, aspect și miros normal;
- să existe o balanță între aportul și eliminările lichidiene;
- urocultura să fie negativă;
- să nu existe disurie;
- ph-ul urinar să fie sub 5,5;
- eliminarea urinară să fie de cel puțin 1500 ml/zi;
- aportul hidric să fie de cel puțin 2500 ml/zi.

#### **2.4 Intervenții nursing**

- se implementează măsuri care asigură o eliminare urinară normală la pacienții spitalizați;
- se implementează măsuri care asigură controlul incontinenței urinare (se asigură un mediu ambiant corespunzător, pacientul este învățat exerciții de întărire a musculaturii pelviene, montare de sondă urinară);
- se menține igiena tegumentelor din regiunea perineală la pacienții cu incontinență urinară;
- se încurajează aportul lichidian pentru a preveni infecțiile urinare;
- se asigură igiena cistostomei sau a altui tip de derivație urinară;
- se asigură poziția normală pentru urinare (la bărbați în picioare, la femei poziție șezândă) – această poziție favorizează pasajul urinei conform gravitației;
- se servește pacientul cu urinarul sau plosca;
- pacientul este învățat să realizeze o compresie cu mâinile la nivelul hipogastrului pentru a crește presiunea intraabdominală;
- se asigură intimitatea pacientului în timpul micțiunii;
- se asigură timp suficient pacientului pentru urinare;
- se sugerează pacientului să citească sau să asculte muzică;
- se aplică comprese calde în regiunea hipogastrică (favorizează relaxarea musculaturii perineului);
- se stabilește un orar al micțiunii;

- se evită consumul de ceai, cafea sau alcool (stimulante ale diurezei);
- se evită consumul de diuretice mai ales seara;
- se sugerează pacientului să evite micțiunea cel puțin 5 minute din momentul senzației de micțiune;
- pacientul este educat să întrerupă jetul urinar de mai multe ori în timpul micțiunii;
- se administrează antibiotice la pacientul cu sondă urinară la indicația medicului;
- sonda urinară se schimbă la 7 zile;
- se fac spălături zilnice ale sondei cu ser fiziologic.

## **2.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse:

- urina are caracteristici normale;
- frecvența micțiunilor este normală;
- pacientul nu prezintă semne de deshidratare;
- tegumentele din jurul meatului urinar, perineu și regiunea sacrată sunt intacte;
- nu există semne și simptome de glob vezical;
- nu există volum urinar rezidual;
- pH-ului urinar este în limite normale;
- pacientul cunoaște tehnicile de igienă în caz de sondaj vezical, stomă urinară;
- urocultura este negativă, iar analizele urinare sunt în limite normale.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## **Exemple de cazuri clinice**

***Cazul nr.1***

Pacientă de 79 ani relatează pierderi de urină înainte de a merge la toaletă. Ea relatează că de când a avut accidentul vascular cerebral are probleme în sensul că nu poate ajunge repede la toaletă.

Diagnostic nursing: *Incontinență urinară funcțională legată de deficit de mobilitate*

***Cazul nr.2***

Un tânăr adolescent cu leziune de măduva spinării relatează că nu mai are senzația de vezică plină, senzația de micțiune. El relatează pierderi urinare la intervale regulate de timp.

Diagnostic nursing: *Incontinență urinară reflexă legată de leziunea măduvei spinării*

***Cazul nr.3***

Pacientă însărcinată în luna a 8-a declară pierderi de urină în timpul râsului, strănutului și tusei.

Diagnostic nursing: *Incontinență urinară de stres legată de creșterea presiunii intra-abdominale asociată sarcinii*

***Cazul nr.4***

Pacient cunoscut cu scleroză multiplă constată pierderi de urină aproape permanente, inclusiv în cursul nopții. Nu are senzația de micțiune și de plin a vezicii urinare.

Diagnostic nursing: *Incontinență urinară totală legată de afecțiunea neurologică*

***Cazul nr.5***

Pacient de 46 ani relatează senzație de micțiune imperioasă, dificultate în controlul micțiunii până la toaletă și pierdere de urină. Aceste episoade se repetă la interval de 2 ore.

Diagnostic nursing: *Incontinență urinară de cauză necunoscută*

***Cazul nr.6***

Pacient de 69 ani s-a internat în spital în cursul dimineții pentru absența micțiunilor de la ora 7 seara. Din interviu asistenta medicală a obținut următoarele informații: în ultimele săptămâni prezintă polakiurie și senzația de eliminare urinară incompletă, merge să urineze de mai multe ori în cursul nopții. Pacientul dorește să afle cauza problemelor urinare.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 187 cm;
- greutate 85,7 Kg;
- temperatură 37<sup>0</sup> C;
- tensiunea arterială 145/85 mmHg;
- alură ventriculară de 78/min.;
- număr respirații 20/min.

Date de laborator:

- număr de leucocite – normale;
- examen sumar de urină – aspect clar; pH = 7,5; densitate =1025, puroi, glucoză și albumină absent;
- tușeu rectal – hipertrofie de prostată.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.23.

## **ELIMINAREA FECALĂ**

- ◆ **Factorii care afectează defecația**
- ◆ **Probleme legate de eliminarea fecală**
- ◆ **Procesul de îngrijire**

## **ELIMINAREA FECALĂ**

Eliminarea produșilor de digestie din organism este esențială pentru menținerea stării de sănătate.

### **1. Factorii care afectează defecația**

Factorii care afectează defecația sunt:

#### ***a) vârsta și dezvoltarea***

Vârsta afectează nu numai caracterul eliminării fecale ci și controlul defecației. Până la vârsta de 2-3 ani controlul eliminării fecale este scăzut datorită imaturității sistemului neuro-muscular. La persoanele vârstnice datorită atoniei musculaturii netede apare o scădere a peristaltismului și o scădere a controlului sfincterului anal.

#### ***b) dieta***

Fibrele alimentare (celuloza) asigură un volum fecal normal. Mesele neregulate afectează ritmul defecației. Alimentele condimentate pot determina diaree și flatulență.

#### ***c) lichidele***

În caz de aport hidric scăzut sau eliminare crescută de lichide se reabsorbe apa din chim pentru a menține balanța hidrică crescând astfel consistența materiilor fecale. Reducerea aportului hidric determină scăderea pasajului chimului prin intestin. Pentru o eliminare fecală normală este necesar un aport hidric de 2000 – 3000 ml lichide.

#### ***d) activitatea***

Activitatea stimulează peristaltismul facilitând pasajul chimului prin colon. Lipsa activității afectează eliminarea fecală prin scăderea presiunii intraabdominale în timpul defecației.

#### ***e) factorii psihologici***

În unele afecțiuni însoțite de diaree (de ex. colita ulceroasă) este implicată și o componentă psihologică. La persoanele anxioase apare o creștere a peristaltismului cu diaree. La persoanele cu depresie există o scădere a peristaltismului cu constipație.



***f) stilul de viață***

Stilul de viață influențează eliminarea fecală: lipsa accesului la toaletă, necesitatea intimității în timpul defecației pot influența ritmul eliminării fecale.

***g) medicația***

Unele medicamente au efect secundare ca diaree sau constipație (tranchilizante, administrarea repetată de morfină și codeină). Unele medicamente afectează direct eliminarea fecală. Laxativele stimulează peristaltismul și favorizează eliminarea fecală.

***h) investigații diagnostice***

Sigmoidoscopia necesită o pregătire specială (clisme dimineața și seara, alimentație lichidiană cu o zi înaintea investigației) și astfel poate influența eliminarea fecală. Investigațiile radiologice cu bariu afectează eliminarea fecală producând constipație.

***i) anestezia și intervențiile chirurgicale***

Anestezicele generale determină o scădere a zgomotelor intestinale prin blocarea receptorilor parasimpatici. La fel se întâmplă și în rahianestezie sau anestezie locală. Intervențiile chirurgicale pe intestin pot determina în primele 24-48 ore ileus paralytic (lipsa zgomotelor intestinale).

***j) stări patologice***

Leziunile măduvei spinării influențează defecația.

***k) substanțe iritante***

Condimentele, toxinele bacteriene și otrăvurile irită tractul intestinal și determină diaree și flatulență.

***l) Durerea***

Pacienții operați pentru hemoroizi evită defecația datorită durerii și apare constipația.

## **2. Probleme legate de eliminarea fecală**

### ***2.1 Constipația***

Constă în eliminarea de scaune dure la un interval crescut de timp și cu un efort crescut din partea mușchilor implicați în defecație.

MCSHANE și MCLANE (1988) au descris 3 tipuri de constipație:

- rectală (se caracterizează prin retenția fecalelor, materii fecale de consistență normală);

- colonică manifestată prin pasajul de materii fecale dure;
- constipație aparentă – este un diagnostic propriu al individului.

Caracteristici definitorii ale constipației sunt:

- materii fecale dure;
- durere la defecație;
- scăderea numărului de scaune;
- dureri abdominale;
- meteorism abdominal;
- presiune rectală;
- cefalee;
- modificări ale apetitului.

Cauze ale constipației sunt:

- modificări în stilul de viață;
- utilizarea îndelungată de laxative;
- creșterea stresului psihologic;
- modificări în compoziția dietei;
- aport scăzut de lichide;
- medicație (morfină, codeină, medicamente adrenergice și anticolinergice, preparate cu fier);
- sedentarism;
- vârsta;
- procese patologice (procese inflamatorii pelviene, paralizii).

## ***2.2 Fecalom***

Constă în acumularea materiilor fecale într-o masă compactă în rect.

Cauze:

- scăderea aportului lichidian;
- lipsa mișcării;
- scăderea tonusului musculaturii;
- scăderea fibrelor vegetale din alimentație.

### **2.3 Diareea**

Constă în pasajul de materii fecale lichide cu creșterea frecvenței eliminărilor; în unele cazuri se poate elimina sânge, mucus. Se poate asocia cu tulburări ale balanței hidroelectrolitice și leziuni tegumentare, grețuri, vărsături.

Cauze de diaree:

- stres psihologic și anxietate (cresc peristaltismul intestinal și secreția de mucus);
- medicamente:
  - antibiotice (inflamația și infecția mucoasei duce la proliferarea microorganismelor intestinale);
  - fier (inflamația mucoasei intestinale);
- alergii alimentare (digestia incompletă a alimentelor);
- sindrom de malabsorbție (scade absorbția de lichide);
- boală Crohn (inflamația mucoasei care conduce la ulcerații);
- intervenții chirurgicale;
- dezechilibru microbial (după utilizarea îndelungată de antibiotice).

### **2.4 Incontinența fecală**

Constă în pierderea controlului voluntar al eliminării materiilor fecale. Poate fi parțială sau majoră.

Este determinată de tulburări ale funcționalității sfincterului anal (leziuni ale măduvei spinării, afecțiuni neuromusculare, tumori ale musculaturii sfincterului anal extern). Poate conduce la izolare socială.

### **2.5 Flatulența**

Acumularea de gaze la nivelul tractului gastrointestinal se numește flatulență.

La percuția abdomenului apare timpanism. O parte din gazele acumulate sunt eliminate prin eructație.

Cauze:

- acțiunea bacteriilor saprofite din intestinul gros;
- difuzarea gazelor în intestin din țesuturile înconjurătoare;
- înghițirea de aer.

Poate apărea după:

- intervenții chirurgicale;
- administrarea de anestezice, narcotice, codeină, barbiturice.

## ***2.6 Hemoroizii***

Sunt vene destinate la nivelul regiunii anale. Pot fi interni și externi (pot prolaba). Apar ca urmare a creșterii presiunii în regiunea anală datorită obezității, sarcinii, constipației cronice. Pot fi asimptomatici și simptomatici (durere, senzație de arsură, sângerare).

Tratament este local (anestezice locale, protectoare ale mucoasei rectale).

## **3. Procesul de îngrijire**

### ***3.1 Culegerea de date***

Culegerea de date se referă la:

- antecedentele personale;
- examenul fizic;
- inspecția materiilor fecale;
- teste de laborator și paraclinice.

#### ***Antecedentele personale***

Se cer informații despre eliminarea fecală, dacă au apărut modificări recente în orarul eliminării, modificări de consistență, culoare, aspect, duritate și despre factorii care ar putea influența eliminarea fecală (medicație, stres, lichide, dietă, exerciții fizice).

#### ***Examenul fizic***

Include:

- inspecție (meteorism abdominal);
- percuție (timpanism, matitate);
- auscultație (zgomote intestinale);
- palpare (fecalom).

***Inspeția materiilor fecale*** (culoare, consistență, miros, formă, aspect).



**Teste de laborator și paraclinice:**

- anoscopie;
- rectosigmoidoscopie;
- colonoscopie;
- examen coproparazitologic;
- coprocultură;
- reacție Adler;
- examen scaun digestie.

**3.2 Analiza și interpretarea datelor**

**Exemple de diagnostice nursing**

*Alterarea eliminării intestinale (constipație) legată de:*

- scăderea de fibre vegetale din alimentație;
- imobilitate;
- scăderea aportului hidric;
- durere la defecație;
- modificări ale dietei;
- abuz de laxative;
- imposibilitatea de defecație în caz de urgență;
- utilizarea de medicamente (narcotice, fier, antiacide, anticolinergice).

*Incontinență fecală legată de:*

- diaree;
- fecalom;
- leziuni ale sistemului nervos central (accident vascular cerebral);
- tulburări cognitive/de percepție;
- boli demielinizante;
- debilitate.

*Alterarea eliminării intestinale (diaree) legată de:*

- modificări ale dietei;
- stres;
- anxietate;
- boli inflamatorii intestinale;

- efectele secundare ale medicației;
- alergie.

*Constipație aparentă* legată de:

- tulburări ale procesului gândirii;
- deficit de cunoștințe privind eliminarea fecală;
- convingerile familiei despre starea de sănătate.

Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale sunt:

*Potențial de deficit lichidian* legat de:

- diaree;
- pierderi lichidiene anormale prin stomă.

*Potențial de alterare a integrității tegumentare* legată de:

- diaree prelungită;
- incontinență fecală;
- prezența stomei intestinale.

### **3.3 Obiective nursing**

În caz de *constipație*, pacientul:

- să prezinte scaun la 1-2 zile;
- să nu mai prezinte distensie abdominală, flatulență;
- să nu mai prezinte disconfort sau dificultate la defecație;
- să consume fibre alimentare;
- să consume laxative doar la prescripția medicului și să cunoască efectele secundare.

În caz de *diaree*:

- să se reducă numărul de scaune eliminate pe zi la cel mult două;
- să nu existe semne de deshidratare;
- să nu existe durere abdominală;
- să nu apară infecția tegumentelor perianale;
- să se mențină echilibrul hidroelectrolitic.

În caz de *incontinență fecală*:

- să scadă numărul episoadelor de incontinență;
- să nu apară iritația tegumentelor perianale;

- să nu se izoleze de ceilalți indivizi din jur.

### **3.4 Intervenții nursing**

#### ***Intervenții nursing în caz de constipație***

Intervențiile nursing în *constipație legată de imobilitate* sunt:

- se evaluează factorii cauzali ai imobilității (traumatisme, afecțiuni acute sau cronice, intervenții chirurgicale, etc.);
- alimentație echilibrată (fructe, cereale, legume);
- ingestie adecvată de lichide (2000 ml/zi);
- stabilirea unui orar regulat de eliminare;
- în caz de fecalom efectuare de tușeu rectal/clismă;
- în constipația severă administrarea de supozitoare cu glicerină;
- educație sanitară (se explică intervențiile de prevenire a constipației – dietă, exerciții).

Intervențiile nursing în caz de *constipație legată de durere la defecație* sunt:

- se evaluează factorii cauzali (hemoroizi, fisuri anale, abcese anorectale);
- creșterea ingestiei de lichide;
- creșterea fibrelor vegetale din alimentație;
- exerciții fizice zilnic;
- aplicarea blândă a unui lubrefiant la nivelul anusului pentru reducerea durerii;
- aplicarea compreselor umede în regiunea anală pentru a preveni uscarea și descuamarea pielii;
- băi calde de șezut;
- educația pacientului (învățarea metodelor de prevenire a presiunii rectale care contribuie la apariția hemoroizilor, evitarea sedentarismului, alimentație corespunzătoare).

Intervențiile nursing în caz de *constipație legată de abuz de laxative* sunt:

- se apreciază tipul, cantitatea de laxative utilizate;
- se explică efectele abuzului de laxative asupra intestinului (scăderea peristaltismului și a tonusului muscular);
- descurajarea consumului de laxative fără prescripție medicală;



- încurajarea utilizării altor măsuri (dietă, ingestie de lichide, exerciții, stabilirea unui orar regulat de eliminare).

Intervențiile nursing în caz de *constipație legată de efectele secundare ale medicamentelor* sunt:

- se administrează laxative ușoare după administrare orală de sulfat de bariu;
- se elimină din tratament antiacidele care pot duce la constipație;
- se încurajează mobilizarea precoce, cu ajutor dacă este necesar, pentru a contracara efectele anestezicelor;
- se evaluează eliminarea intestinală în cazul administrării de narcotice (morfină, codeină) și informarea medicului asupra dificultăților legate de defecație.

Intervențiile nursing în caz de *diaree* sunt:

- se evaluează factorii cauzali (dietă necorespunzătoare, alimente alergice);
- se elimină sau se reduc factorii cauzali;
- se asigură o dietă adecvată:
  - hidrică 24-48 h;
  - treptat se introduc alte alimente în funcție de toleranța digestivă (carne slabă fiartă, brânză de vaci, supă de legume, făinoase);
  - după 4-5 zile alimentație naturală cu restricție de lapte, dulciuri concentrate, grăsimi, conserve, condimente;
- se evită consumul de lichide foarte reci sau fierbinți;
- se încurajează ingestia de lichide cu conținut bogat de sodiu și potasiu;
- se recoltează scaun pentru efectuarea coproculturii;
- se asigură igiena regiunii perianale;
- se asigură suportul psihic al pacientului;
- educația pacientului – explicarea:
  - intervențiilor necesare în cazul unor viitoare episoade diareice;
  - efectelor diareei asupra echilibrului hidroelectrolitic;
  - tehnicilor de reducere a stresului;
  - intervențiilor de ameliorare a simptomelor.

### **3.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse:

- materiile fecale au caracteristici normale;
- frecvența eliminării materiilor fecale este fiziologică;
- nu există semne de deshidratare;
- tegumentele din regiunea anală, perianală și din jurul stomei intestinale sunt intacte;
- zgomotele intestinale sunt prezente;
- pacientul cunoaște tehnica îngrijirii stomei intestinale.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

### **Exemple de cazuri clinice**

#### ***Cazul nr.1***

Pacientă de 43 ani acuză imposibilitatea de eliminare a materiilor fecale deși are senzația de defecație. Ultimul scaun l-a avut în urmă cu 3 zile. Ea locuiește singură și consumă ceai, supe. Datorită artritei nu poate face mișcare (plimbări, grădinărit). La auscultația abdomenului se aud zgomote intestinale de intensitate scăzută.

Diagnostic nursing: *Constipație legată de lipsa activității fizice și insuficiența fibrelor vegetale din alimentație*

#### ***Cazul nr.2***

Pacientă de 37 ani acuză de 2 zile scaune diareice și crampe abdominale. La auscultația abdomenului zgomotele intestinale sunt de intensitate crescută. Are temperatura de 38° C. Nu a urmat nici un tratament și în urmă cu 2 zile pacienta relatează că a mâncat la un fast-food.

Diagnostic nursing: *Diaree legată de ingestia de alimente alterate*

#### ***Cazul nr.3***

Pacient de 66 ani are pierderi involuntare de materii fecale. Își schimbă lenjeria de mai multe ori pe zi. Refuză să se întâlnească cu prietenii din cauza mirosului degajat. La tușeu rectal masă profundă de materii fecale.

Diagnostic nursing: *Incontinență fecală legată de masa compactă de materii fecale*

#### ***Cazul nr.4***

Pacient de 55 ani cunoscut cu tumoră colonică i s-a efectuat de urgență o colostomie datorită absenței tranzitului intestinal pentru materii fecale de 7 zile. Prin stomă se elimină permanent materii fecale lichide. Tegumentul din jurul stomei este intact.

Diagnostic nursing: *Potențial de alterare a integrității tegumentare legată de prezența stomei*

#### ***Cazul nr. 5***

Pacientă de 79 ani de 8 luni locuiește singură. Are 2 copii care locuiesc cu familiile lor la o distanță de 150 km. Pacientei îi plăcea să gătească în special supe și grătar. Nu efectua exerciții fizice și lua mese la ore neregulate. De când i-a murit soțul suferă de insomnie. Are scaun la 3-4 zile, în cantitate redusă și de consistență crescută.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 162 cm;
- greutate 65 Kg;
- temperatură 36,2 ° C;
- tensiunea arterială 130/70 mmHg;
- alură ventriculară de 82/min.;
- număr respirații 20/min.;
- zgomote intestinale reduse;
- abdomen destins.

Date de laborator:

- hemoglobină = 10,8 g %;
- examen sumar de urină – normal.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.24.

## **SOMN – ODIHNĂ**

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Fiziologia somnului**
- ◆ **Funcțiile somnului**
- ◆ **Stadiile somnului**
- ◆ **Ciclurile somnului**
- ◆ **Nevoile normale de somn**
- ◆ **Factorii care afectează somnul**
- ◆ **Tulburări ale somnului**
- ◆ **Procesul de îngrijire**

## **SOMN – ODIHNĂ**

### **1. Noțiuni introductive**

Somnul și odihna sunt nevoi care influențează într-o manieră importantă starea de bine a persoanei.

Nevoia de somn și odihnă diferă de la o persoană la alta, atât calitativ cât și cantitativ. Sănătatea și echilibrul emotiv depind de capacitatea satisfacerii acestor nevoi umane esențiale.

Asistenta medicală lucrează cu pacienții care adeseori suferă deja de tulburări ale somnului sau la care apar tulburări din cauza bolii sau spitalizării.

În timpul unei boli odihna și somnul joacă un rol important în vindecare, totuși natura și repercursiunile unei boli pot să-l împiedice să-și satisfacă odihna și somnul de care are nevoie. Mediul spitalicesc și activitățile personalului de îngrijire pot, de asemenea, să influențeze somnul pacienților.

#### ***Diferența între somn și odihnă***

Persoana în repaus se simte mental distrusă, fizic calmă și nu resimte anxietatea.

Pentru a se odihni nu este necesar să te așezi într-un scaun confortabil sau întins într-un pat, contrar față de ceea ce se crede în mod obișnuit. O persoană în repaus nu face nici un efort fizic sau mental. Fiecare din noi are propriul său fel de a se odihni și, în general, suntem capabili să ne adaptăm la un mediu nou sau la o situație nouă care împiedică odihna.

Somnul este o stare de odihnă care durează o perioadă mai lungă de timp. El este însoțit de o scădere a conștiinței care permite organismului să se refacă.

Activitatea normală dintr-un centru spitalicesc poate cu ușurință să aibă ca efort transformarea obiceiurilor de somn și odihnă ale pacientului spitalizat. O odihnă insuficientă antrenează oboseală, iritabilitate și dăunează capacității de luare a deciziilor, gândurilor și de adaptare la agenții stresanți. Lipsa de repaus pe o lungă perioadă poate antrena oboseală sau agrava o boală deja existentă.

#### ***Favorizarea odihnei***

Odihna unei persoane poate fi favorizată de numeroși factori. Asistenta medicală ajută pacientul să adopte comportamentele favorabile odihnei și destinderii, să-și modifice unele

obiceiuri sau unele elemente ale mediului sau care-i afectează odihna (zgomote, lumină, lipsa de intimitate, frecvența examinărilor și intervențiilor).

## **2. Fiziologia somnului**

Somnul se caracterizează printr-un ansamblu de procese fiziologice complexe, în funcție de care au loc o serie de manifestări. Viața umană se înscrie într-o serie de ritmuri care influențează și reglează funcționalitatea organismului și comportamentul. Ritmul cel mai bine cunoscut este ciclul de 24 ore numit ritm diurn sau ritm circadian. Ritmul circadian influențează mecanismul proceselor biologice majore. Fluctuațiile temperaturii corporale, frecvența cardiacă, tensiunea arterială, secrețiile hormonale se efectuează după un ritm circadian.

Ciclul somn-veghe, de 24 ore urmează chiar în absența factorilor externi asupra comportamentului la ora, munca, activitățile sociale. Fiecare persoană are ciclul somn-veghe autonom, care este propriu.

Horne și Ostberg (1976) au descris 2 tipuri de persoane (matinal și vesperal):

- *persoana matinală* preferă să se așeze în pat devreme și se trezește devreme și acționează mai bine dimineața;
- *persoana vesperală* se culcă seara târziu, se trezește târziu, dimineața și lucrează mai bine seara.

Dacă ciclul somn-veghe al unei persoane este serios perturbat se produce o desincronizare ce atrage după sine oboseală, agitație, iritabilitate.

### ***Reglarea somnului***

Reglarea somnului depinde de relația care există între două mecanisme cerebrale antagoniste. Aceste două mecanisme cerebrale activează și inhibă rând pe rând centrii nervoși superiori și controlează astfel somnul și trezirea. Unul antrenează trezirea, altul somnul.

Alternanța stării de veghe-somn depinde de echilibrul influxurilor nervoase de la nivelul receptorilor senzoriali periferici, centrilor nervoși superiori și sistemului limbic.

Când o persoană încearcă să adoarmă, se destinde și închide ochii. Sistemul reticulo-activator primește astfel mai puțini stimuli. Activitatea sistemului reticulo-activator este cu atât mai redusă cu cât camera este mai întunecată și fără zgomot. La un oarecare moment centrul de sincronizare al bulbului preia “ștafeta” și persoana adoarme.

### **3. Funcțiile somnului**

Funcțiile somnului sunt:

- somnul este perceput ca o perioadă de regenerare și pregătire în vederea unei viitoare perioade de somn;
- în timpul perioadei de somn funcțiile biologice diminuează;
- în timpul somnului se repară și se reînnoiesc celulele epiteliale;
- organismul conservă energia în timpul somnului.

### **4. Stadiile somnului**

Somnul are 5 stadii.

#### ***Stadiul I (somm lent):***

- durează câteva minute;
- trezirea survine ușor dacă apar stimuli senzoriali sau zgomote;
- dacă cel ce adoarme se trezește are impresia de a fi visat treaz;
- apare scăderea graduală a semnelor vitale și a metabolismului.

#### ***Stadiul II (somm lent):***

- perioadă de somn ușor;
- durează 10-20 minute;
- cel ce doarme este destins;
- trezirea se poate încă produce cu ușurință;
- funcțiile biologice continuă să se încetinească.

#### ***Stadiul III (somm lent):***

- stadiul somnului profund;
- durează 15-30 minute;
- este greu de trezit;
- semnele vitale scad;
- mușchii sunt complet destinși.

#### ***Stadiul IV (somm lent):***

- stadiul somnului cel mai profund;
- durează 15-30 minute;
- este foarte greu de trezit;
- acest stadiu permite organismului să se regenereze și recupereze;

- somnambulismul și enurezisul se pot produce;
- dacă celui ce doarme i-a lipsit somnul din stadiul III va trece o bună parte din somn prin acest stadiu.

***Stadiul V (somm paradoxal):***

- cel ce doarme are vise (ele se pot produce și în stadiile precedente, dar sunt mai puțin animate);
- începe la aproximativ 50-90 minute de la adormire;
- se caracterizează prin reacții ale sistemului nervos autonom: mișcări oculare rapide (REM), variații ale frecvenței cardiace, respiratorii și a tensiunii arteriale;
- scăderea tonusului mușchilor scheletici;
- permite regenerarea mentală;
- este cel mai greu de trezit;
- durata somnului paradoxal crește în funcție de fiecare ciclu de somn, durează în medie 20 minute.

## **5. Ciclurile somnului**

Somnul cuprinde 2 faze:

- somnul paradoxal;
- somnul lent care se divizează în 4 stadii pe care cel care doarme le traversează în timpul unui ciclu de somn normal.

La adult ciclul somnului începe, de obicei, printr-o perioadă de presomn în timpul căreia cel care doarme este conștient că adoarme gradat (durează 10-30 minute până la o oră). Un adult care adoarme traversează 4 stadii. La sfârșitul celui de al - IV- lea stadiu el părăsește un somn profund pentru a reveni în stadiul V, apoi intră în faza de somn paradoxal. O noapte de somn tipic cuprinde 4-6 perioade de cicluri complete.

Pe măsură ce ciclurile somnului se succed, stadiile III și IV durează mai puțin timp și perioada somnului paradoxal se alungește în cursul ultimului ciclu, somnul paradoxal poate dura de la 30 la 50 minute.

Nici o persoană nu traversează într-o formă liniară stadiile somnului înainte de a intra în somnul paradoxal, cel ce doarme poate de exemplu alterna scurte perioade între stadiile II, III, IV (figura nr.1).



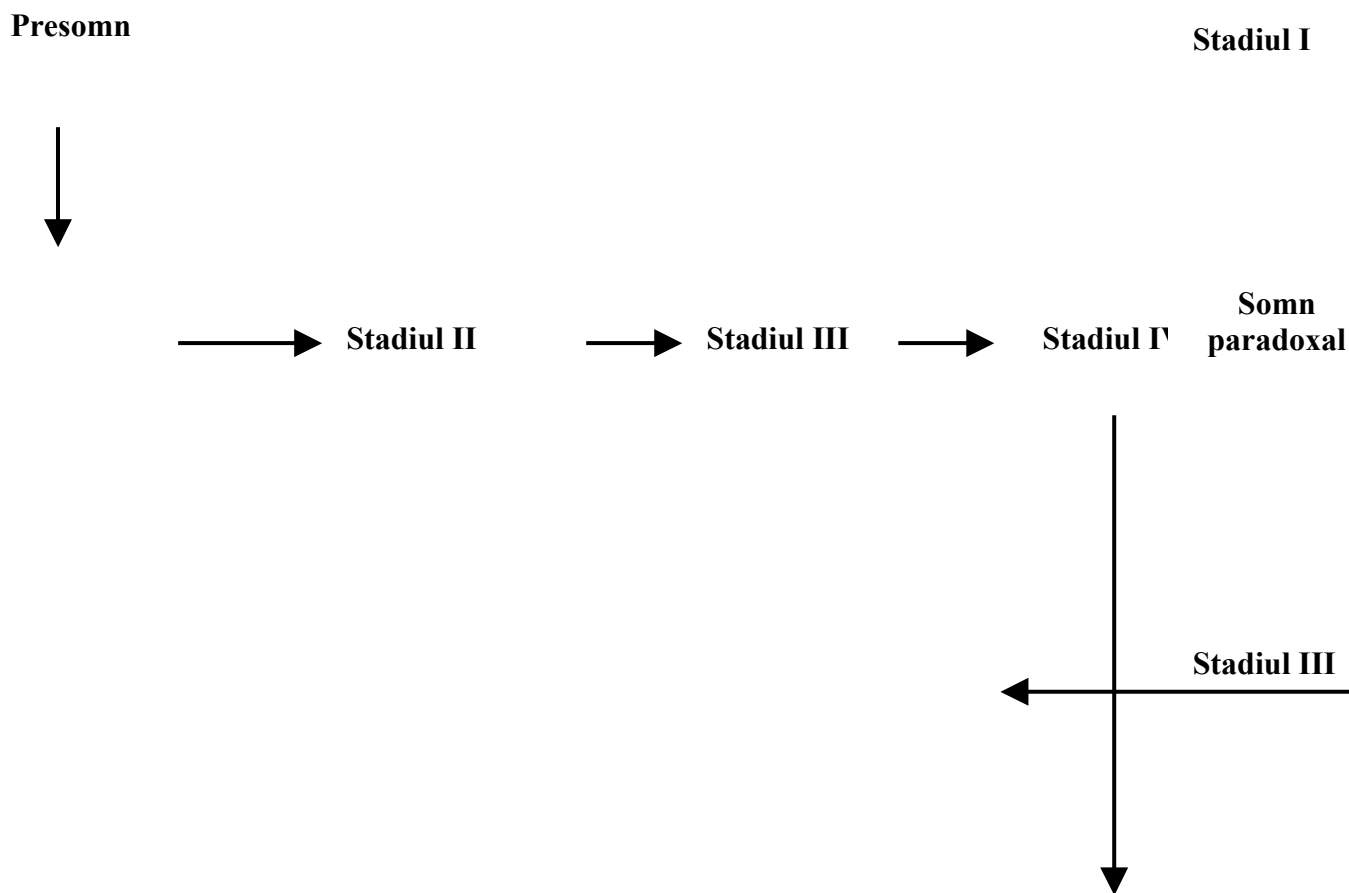


Figura nr.1 Ciclurile somnului

### *Visele*

Se pot produce atât în timpul somnului lent, cât și în cel paradoxal. Conținutul lor evoluează tot timpul nopții; ele se referă la evenimente cotidiene, emoții. Personalitatea persoanei poate influența natura viselor. De obicei uităm visele, deoarece memoria pe termen scurt este diminuată în timpul somnului paradoxal. Pentru a-ți aminti un vis, trebuie să te gândești conștient la trezire. Cel ce-și amintește visele sale s-a trezit imediat după o perioadă de somn paradoxal.

## **6. Nevoile normale de somn**

### *a) Nou-născut:*

- doarme în medie 16 ore pe zi;
- în prima săptămână doarme aproape constant pentru a recupera energia pierdută cu ocazia nașterii;
- aproape jumătate din somnul nou-născutului constă în somn paradoxal care stimulează centrii nervoși superiori;

- după naștere el se trezește la stimuli ca durere, frig, foame.

**b) Sugarul:**

- adoptă în mod obișnuit un ritm de somn nocturn către vârsta de 3 luni;
- doarme 10-12 ore pe noapte;
- se trezește adeseori noaptea;
- dacă trezirile nocturne persistă se poate ca problema să fie legată de regimul alimentar.

**c) Copilul mic:**

- la 2 ani doarme toata noaptea;
- proporția somnului paradoxal începe a se diminua pentru că stimulii externi devin mai numeroși;
- are 1-2 perioade de somn/zi;
- începe să refuze a merge la culcare ceea ce înseamnă nevoia de autonomie a copilului care preferă să rămână cu ceilalți membri ai familiei pentru a-și satisface nevoia de explorare și curiozitatea sa.

**d) Copilul preșcolar:**

- are nevoie de 10-12 ore de somn;
- dificultatea de a se destinde sau de a sta liniștit după o zi activă constituie principala problemă la această vârstă;
- se trezește în timpul nopții, are coșmaruri;
- cea mai bună metodă este ca părinții să facă același gest (să se culce);
- nu trebuie lăsat să doarmă cu părinții sau să se culce târziu.

**e) Copilul școlar:**

- nevoile de somn diferă după activitățile și starea lui de sănătate;
- nevoia de somn este de 10-12 h/zi;
- căută să amâne ora de culcare.

**f) Adolescentul:**

- sunt necesare 8-9 h/noapte.

**g) Adultul:**

- nevoia de somn este de 6-8 h /noapte.

**h) Persoana vârstnică:**

- se modifică calitatea somnului;
- stadiul III se diminuează;
- se trezește în cursul nopții;

- are nevoie de mai mult timp pentru a adormi.

## **7. Factorii care afectează somnul**

### ***a) Afecțiuni acute sau cronice***

Pot produce dificultăți de a adormi din cauza durerii, poziție neconfortabilă, etc.

Afecțiunile respiratorii perturbă somnul din cauza tusei, dispneei sau secreției nazale.

Pacienților cu cardiopatie ischemică le este frică să adoarmă de teama de a nu avea un episod dureros în timpul somnului. Decesele cauzate de o boală cardiacă intervin cel mai mult noaptea, între 5-6, când somnul paradoxal durează mai mult timp.

Hipertensiunea arterială antrenează trezire prematură și oboseală.

Hipotiroidismul scurtează stadiul IV al somnului, iar hipertiroidismul prelungește perioada de presomn.

Nicturia perturbă somnul și ciclul lui.

Persoanele cu ulcer gastric sau duodenal au probleme legate de odihnă din cauza durerii.

### ***b) Medicamente și droguri:***

- sedativele:
  - permit un somn mai lung;
  - pot da somnolență pronunțată în timpul zilei, confuzie.
- diureticele – diminuează somnul paradoxal;
- alcoolul:
  - favorizează adormirea;
  - perturbă somnul paradoxal;
  - cauzează trezirea în timpul nopții și apoi perturbă adormirea.
- cofeina:
  - perturbă adormirea;
  - poate provoca trezirea în cursul nopții.

**c) Modul de viață**

O persoană care-și schimbă orarul de lucru are dificultăți de adaptare la alternanța perioadelor de somn.

**d) Ritmurile somnului**

Când o persoană se trezește mai devreme decât de obicei ritmul circadian se modifică. În seara următoare va fi capabil să adoarmă mai devreme decât în seara precedentă.

**e) Stresul emoțional**

Necazurile perturbă somnul, nu poate adormi sau face eforturi exagerate pentru a adormi, se trezește des noaptea; pensionarea, deficiențele fizice, doliul și insecuritatea financiară predispun la anxietate și stare depresivă.

**f) Mediul:**

- dimensiunile, siguranța și poziția în pat pot facilita sau împiedica somnul;
- saltelele foarte tari îl fac să se miște mai mult în timpul nopții;
- zgomotele pot trezi ușor persoana în stadiul I, unele persoane au nevoie de liniște pentru a adormi, altele au nevoie de un zgomot de fond (de ex. muzică);
- mediul spitalicesc (de ex. tusea unor bolnavi din salon);
- luminozitate;
- temperatura camerei.

**g) Efortul fizic și oboseala:**

- un efort fizic efectuat cu 2 ore înainte de culcare permite organismului să se destindă;
- o oboseală excesivă riscă să întârzie somnul.

**h) Aportul energetic:**

- creșterea ponderală determină creșterea duratei somnului;
- pierderea ponderală determină somn scurt, cu treziri frecvente.

## **8. Tulburări ale somnului**

**a) Insomnia** reprezintă dificultatea de a adormi, de a rămâne adormit sau a readormi după trezire. Poate fi:

- temporară în stres emoțional, probleme familiale, oboseală, decalaj orar, boală, doliu;
- de durată și necesită tratament.

**b) Apneea în timpul somnului**

Poate fi:

- apneea centrală care apare în cazul afectării centrului respirator;
- apneea obstructivă care apare în boli pulmonare obstructive, durează între 10 sec-2 minute, atât în faza de somn paradoxal cât și lent; pot exista 50-600 episoade pe noapte.

**c) Narcolepsia** se caracterizează prin adormire în timpul zilei și printr-un somn paradoxal anormal care survine în 15 minute după adormire; survine în momente inoportune; trebuie evitați factorii care favorizează somnolența (alcool, activități epuizante).

**d) Coșmarul** se caracterizează printr-o trezire completă repetată, dintr-un vis urât, de obicei, cu conținut terifiant. Se termină cu o trezire rapidă, însoțită de frică, anxietate, ceea ce determină o greutate în a readormi. Aceasta se produce spre dimineață în somnul REM în care apar visele.

**e) Pavorul nocturn** se caracterizează prin episoade recurente de trezire bruscă, dar incompletă, în prima treime a somnului (stadiul III sau IV de somn nou -REM).

**f) Automatismul ambulatoriu nocturn (somnambulism)** se caracterizează prin episoade repetate de activitate motorie complexă, cu ridicarea și plecarea din pat. Răspunsul la încercările anturajului de a-l trezi este redus de unde și amnezia episodului.

**g) Automatismele verbal nocturne (vorbitul în somn)** se caracterizează prin emiterea de sunete izolate (propoziții sau fraze mai mult sau mai puțin inteligibile).

**h) Privațiunea de somn**

- nu este o tulburare propriu-zisă, dar este o problema de care suferă mulți pacienți spitalizați;
- este diminuată cantitatea, calitatea și continuitatea somnului;
- cauzele privațiunii de somn: durere, stres emoțional, mediu perturbat, modificarea obișnuințelor de somn;
- simptomele privațiunii de somn sunt tremurături ale mâinilor, diminuarea reflexelor, scăderea memoriei, oboseală, somnolență și dezorientare.

## **9. Procesul de îngrijire**

### **9.1 Culegerea de date**

Se evaluează:

- ritmul de somn obișnuit (durată, calitate, continuitate);
- ritualurile înainte de culcare (cititul unei cărți, băutul unui pahar de lapte cald);
- consumul de medicamente (sedative, antidepresive, hipnotice);
- mediul înconjurător (luminozitate, zgomot, temperatură);
- modificările recente în timpul somnului;
- simptomele și comportamentul rezultate din privarea de somn (cearcăne, facies obosit, tremor al mâinilor, iritabilitate, oboseală, confuzie, mișcări necoordonate);
- gravitatea tulburărilor de somn (efecte, durată);
- antecedente personale patologice;
- starea afectivă;
- activitățile fizice efectuate înainte de culcare (durată, tip);
- datele paraclinice (electroencefalogramă, electromiogramă, electrocardiogramă, saturația de oxigen).

### **9.2 Analiza și interpretarea datelor**

#### **Exemple de diagnostice nursing**

*Perturbarea obiceiurilor de somn* legată de:

- consumul de medicamente;
- afecțiuni care influențează ciclul somnului (durere, disconfort);
- schimbări în orarul muncii;
- stres emoțional (pierderea unei persoane dragi, pierderea locului de muncă, pensionare);
- inabilitatea de adaptare la noua situație;
- schimbarea mediului (de ex. spitalizare);
- consumul de alcool.

Alte diagnostice nursing ca rezultat al perturbării altor nevoi fundamentale sunt:

*Risc de accident* legat de:

- somnambulism;

- narcolepsie.

*Oboseală* legată de insomnie.

*Perturbarea imaginii de sine* legată de enurezisul nocturn.

*Potențial de alterare a schimburilor gazoase* legate de apneea din timpul nopții.

*Modificarea proceselor gândirii* legată de privațiunea de somn.

*Deficit de cunoștințe* legat de insomnie.

### **9.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- pacientul sa doarmă cel puțin 6 ore fără trezire;
- pacientul să adoarmă în 30 minute;
- să se atenueze simptomele privațiunii de somn;
- să descrie factorii care previn sau inhibă somnul;
- să descrie și să efectueze tehnicile care reduc somnul;
- pacientul să se simtă odihnit după ce a adormit;
- să se restabilească obiceiurile de somn adecvate.

### **9.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

a) reducerea zgomotului din mediul spitalicesc:

- se închid ușile salonului;
- se reduce volumul sunetului telefonului și aparatelor aflate în apropierea salonului;
- personalul medical va trebui să poarte pantofi cu talpa de cauciuc, nu cu toc metalic;
- se oprește zgomotul produs de aparatele care nu sunt utilizate;
- se evită producerea de zgomote puternice și bruște (tragerea găleții cu apă, deplasarea patului);
- nu se vorbește tare ci numai atunci când este necesar, dar cu voce joasă;
- se închide radioul și televizorul.

b) se favorizează ritualurile adormirii (citit, privit la televizor, exerciții de relaxare);

c) se reduce stresul emoțional și se antrenează factorii care perturbă somnul (perne, poziționare, discuții);

d) se informează pacientul despre felul în care unele boli perturbă somnul;

e) se administrează somnifere;

f) se favorizează starea de bine prin:

- administrarea de analgezice sau sedative cu 30 minute înainte de culcare;
- incitarea pacientului să poarte haine ample în cursul nopții;
- îndepărtarea agenților iritanți care sunt în contact cu tegumentul pacientului (cearceafuri umede, tuburi de dren);
- aplicarea măsurilor de igienă necesare;
- urmărirea ca saltelele să fie confortabile, cearceafurile curate și uscate;
- incitarea pacientului să urineze înainte de culcare.

g) educația pacientului:

- necesitatea evitării factorilor care perturbă somnul (alcool, cofeină, stres, stimuli senzoriali din mediul înconjurător, oboseala);
- informarea despre rolul somnului și odihnei;
- stabilirea unui orar de somn și odihnă.

## **9.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- se simte odihnit;
- se trezește rar noaptea;
- este capabil să doarmă numărul de ore pe care le dorește, și-și amintește visele;
- este mai puțin iritabil, deprimat, anxios;
- înțelege factorii care perturbă sau favorizează somnul.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.



## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacienta de 51 ani relatează că de 2 luni are probleme cu somnul, de când i s-a făcut mastectomie pentru un cancer de sân. Este îngrijorată de prognosticul bolii. Încearcă să citească și să se uite la televizor. Este agitată și obosită, nu reușește să se relaxeze.

Diagnostic nursing: *Perturbarea obiceiurilor de somn (insomnie) legată de teama de prognostic și dificultatea de relaxare*

### ***Cazul nr.2***

Pacient de 83 ani este internat de 3 zile în terapie intensivă. El relatează că nu poate dormi după ora 10 și este deranjat de zgomotul aparatelor din salon. El afirmă ca acasă în fiecare seară, înainte de culcare obișnuia să bea un pahar cu lapte.

Diagnostic nursing: *Perturbarea obiceiurilor de somn (dificultate de a dormi) legată de schimbarea mediului și a ritualurilor de adormire*

### ***Cazul nr.3***

Pacient de 38 ani relatează că și-a pierdut locul de muncă din cauza abuzului de alcool. Participă la întrunirile asociației “Alcoolicilor Anonimi”. De 2 ani de zile încearcă să-și găsească un loc de muncă. El relatează că se trezește la ora 4 și nu mai poate dormi.

Diagnostic nursing: *Perturbarea obiceiurilor de somn – insomnie (trezire precoce dimineata) legată de pierderea stimei de sine, secundară pierderii slujbei și inabilității de a obține un loc de muncă*

### ***Cazul nr.4***

Părinții unui student au divorțat recent și fratele lui a plecat de acasă în urmă cu 2 săptămâni. Nu are energia necesară să se trezească de dimineata și ar dormi toată ziua. Săptămâna viitoare are de dat 12 examene.

Diagnostic nursing: *Perturbarea obiceiurilor de somn legată de inabilitatea de adaptare la multiplele stresuri*

**Cazul nr.5**

Pacient de 46 ani relatează că în ultimul timp și-a schimbat orarul de muncă (lucrează peste program, la 2 săptămâni face tură de noapte). El afirmă “Tot ce-mi doresc este să dorm când ajung acasă, dar nu pot adormi. Mă simt oboist.”

Diagnostic nursing: *Perturbarea obiceiurilor de somn legată de schimbarea turei și munca peste program*

**Cazul nr.6**

Pacient de 36 ani, polițist, a participat în urmă cu 1 săptămână la urmărirea unui infractor. În timpul acțiunii a suferit un traumatism la brațul stâng. El relatează asistentei medicale că tocmai a fost promovată în funcție. De când a fost promovată are probleme cu somnul, nu poate adormi și se trezește de mai multe ori în cursul nopții. Este îngrijorat de responsabilitățile noii funcții pentru că dorește să nu-i dezamăgească pe superiorii lui. El se simte obosit și foarte nervos.

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 185 cm;
- greutate 85,7 Kg;
- temperatură 37 ° C;
- tensiunea arterială 145/85 mmHg;
- alură ventriculară de 80/min.;
- număr respirații 20/min.;
- paloare;
- cearcăne.

Date de laborator:

- număr de leucocite – normale;

Radiografie de braț stâng: leziune a țesuturilor superficiale.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.25.

## **COMUNICAREA**

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Niveluri de comunicare**
- ◆ **Elementele procesului de comunicare**
- ◆ **Moduri de comunicare**
- ◆ **Factorii care influențează comunicarea**
- ◆ **Comunicarea terapeutică**
- ◆ **Relația de ajutor**
- ◆ **Bariere în comunicare**
- ◆ **Demersul clinic al asistentei medicale și comunicarea**

## COMUNICAREA

### 1. Noțiuni introductive

Comunicarea este o componentă fundamentală a interacțiunilor umane. Definiția care se dă termenului de „a comunica” este legată de scopul său „a cunoaște ceva despre cineva”.

Noi transmitem mesaje altora prin cuvânt, scris sau muzică. Chiar și dansul și ținuta vestimentară pot vehicula mesaje. Comunicarea se poate defini și drept comportament verbal sau nonverbal, afișate într-un context social. Această definiție cuprinde emoțiile și sentimentele pe care două persoane și le transmit în cadrul unei relații.

Comunicarea poate fi definită mai bine astfel: o serie dinamică și continuă de evenimente care implică transmiterea de informații sau sentimente între două persoane sau mai multe. Calitățile individuale ale fiecărei persoane care comunică și momentul unde se produce o fac unică. În afara faptului că ea servește la transmiterea de informații, comunicarea influențează o relație, permițând de asemenea stabilirea de relații.

Comunicarea joacă un rol important în practica asistentei medicale, aceasta folosind numeroase tehnici de comunicare cu pacienții săi. Aplicarea tehnicilor de comunicare eficiente oferă un triplu avantaj:

- contribuie la stabilirea unei relații de încredere între asistenta medicală și pacient,
- permite evitarea riscurilor de urmări judiciare,
- sunt surse de satisfacție pentru asistenta medicală.

Datorită comunicării asistenta medicală poate provoca schimbări: cuvintele și actele sale au drept scop producerea de schimbări care favorizează sănătatea pacientului. Dificultatea de a stabili o comunicare antrenează serioase probleme pentru pacient și asistenta medicală și poate chiar să influențeze credibilitatea acesteia în fața pacientului.

### 2. Niveluri de comunicare

**2.1 Intrapersonal** – se petrece în sinea noastră. Când asistenta intră în salon și gândește: „cearșaful nu arată bine, este murdar ar fi bine să-l schimb”. Noi ne vorbim constant și conștient nouă înșine. Această comunicare ne permite să rămânem atenți la ceea ce se petrece în jurul nostru.

**2.2 Interpersonală** este o interacțiune între două sau mai multe persoane. Fiecare este conștient de prezența celuilalt. Dacă se desfășoară bine, acest tip de comunicare permite rezolvarea problemelor, schimburi de idei și luarea de decizii. Ea favorizează dezvoltarea personală. Sunt numeroase situații care cer aptitudini pentru comunicare interpersonală. Fiecare întâlnire cu pacientul implică un schimb de informații. În cadrul echipei de îngrijire asistenta medicală trebuie să-și exprime cu claritate și convingere ideile.

**2.3 Publică** – este o interacțiune cu un auditoriu vast (conferințe, educație sanitară a unui grup). Pentru a o face bine trebuie să te simți capabil să vorbești în public. Dobândirea câtorva abilități ca: ținuta, vocea fermă vor ajuta asistenta medicală să se exprime în public.

### **3. Elementele procesului de comunicare**

Comunicarea este un fenomen social care se produce când persoanele se angajează într-o interacțiune interpersonală și intrapersonală. Este un proces dinamic în care participanții negociază sensul mesajelor. Când o persoană comunică, ea poate fi sau nu conștientă de elementele care intervin în comunicare. Într-o conversație la întâmplare, participanții nu analizează sensurile fiecărui gest sau cuvânt exprimat. Totuși asistenta medicală învață să fie conștientă de fiecare element al procesului de comunicare. Ea poate astfel controla cu eficacitate interacțiunile sale cu pacienții și să rămână conștientă de efectele comunicării asupra lor. Elementele procesului de comunicare sunt – figura nr.2:

- **Referent** este ceea ce motivează persoana să comunice cu o altă persoană. Poate fi vorba de un obiect, o experiență, o emoție, o idee sau un act-acțiune. Dacă o persoană se gândește conștient la referent în timpul unei interacțiuni intrapersonale, ea poate cu grijă concepe și structura mesajul pe care-l va transmite.
- **Emițător** este persoana care începe comunicarea interpersonală. Emițătorul traduce referentul (de ex. ideea) sub forma cuvintelor. Participanții pot să schimbe în orice moment rolurile.
- **Mesajul** este informația pe care un emițător o traduce sau exprimă la un moment dat. Mesajul este eficace când este clar, structurat și exprimat într-o manieră care-l face de înțeles pentru persoana care-l primește. Poate conține informații verbale sau nonverbale.

**Figura nr.2 Elementele procesului de comunicare**

- **Canale** – mesajele sunt transmise indirect prin canale de comunicație care sunt simțurile văzului, auzului și tactil. Emițătorul transmite prin expresia feței sale un mesaj vizual persoanei cu care comunică. Limbajul vorbit este transmis prin canalul auditiv. O persoană care atinge cu mâna o altă persoană în timpul comunicării folosește canalul tactil. În general, cu cât se folosesc mai multe canale pentru a transmite un mesaj cu atât pacientul o va înțelege mai bine pe asistenta medicală.
- **Receptorul** este persoana care i se adresează mesajul. Pentru ca o conversație să fie eficace trebuie ca receptorul să înțeleagă mesajul său sau să devină conștient de el. Mesajul transmis de emițător acționează ca un referent, adică îl face pe receptor să reacționeze.

Comunicarea este un proces continuu. Receptorul retrimite un mesaj emițătorului sub formă de retroacțiune (feed-back). Retroacțiunea ne permite să știm dacă sensul mesajului emițătorului a fost recunoscut. Reacția verbală și nonverbală a receptorului furnizează o retroacțiune a emițătorului și îi dezvăluie faptul că receptorul a înțeles mesajul. Asistenta medicală trebuie să fie receptivă la retroacțiunile pacientului pentru a se asigura că a înțeles experiențele sale. Rolurile de emițător și receptor sunt dinamice. Emițătorul își asumă rolul de receptor când a primit la rândul său un mesaj.

#### **Variabile intrapersonale**

Emițătorul și receptorul sunt influențate de un număr oarecare de variabile intrapersonale. Percepțiile unei persoane, valorile sale, bagajul său cultural, cunoștințele sale, rolul său social și locul de interacțiune exercită toate o influență asupra conținutului mesajului și asupra felului în care este transmis. Comunicarea interpersonală este cu atât mai complexă cu cât fiecare persoană este influențată diferit de aceleași variabile intrapersonale. Acestea fac din fiecare comunicare interpersonală o experiență unică.

## **4. Moduri de comunicare**

### **4.1 Comunicarea verbală**

Se face cu ajutorul cuvintelor vorbite sau scrise. Limbajul este un cod care are semnificație bine precizată. Adăugarea unui singur cuvânt poate schimba tot sensul unei fraze spuse sau scrise. Limbajul nu este eficace decât atunci când emițătorul și receptorul înțeleg cu claritate mesajul.

Pacienții pe care-i întâlnește asistenta medicală aparțin culturilor diferite și vorbesc limbi diferite. Unii vorbesc aceeași limbă cu asistenta medicală, dar dau alte semnificații cuvintelor. De ex. termenul „a cina” poate însemna masa de amiază pentru unii și masa de seară pentru alți pacienți. Pentru ca mesajul să fie clar, asistenta medicală trebuie să recurgă la tehnici de comunicare verbală eficace.

#### **\* SCURT ȘI CLAR**

Pentru a fi eficace, o comunicare trebuie să fie simplă, scurtă și directă: cu cât sunt mai puține cuvinte, cu atât sunt mai puține riscuri de confuzie. Totuși, având în vedere variabilele intrapersonale, comunicarea umană are în unele privințe imprecizii. Astfel, o formulă ambiguă ca „dumneavoastră știți” este imprecisă și nu ajută cu nimic la clarificarea mesajului. Pentru a vorbi clar, trebuie vorbit rar și distinct. Folosirea exemplelor poate ușura înțelegerea unei explicații. De ex. când asistenta medicală arată unui pacient cu artrită activitatea de autoîngrijire la domiciliu demonstrația va fi mai clară dacă asistenta medicală va da exemple precise.

Pentru a-și clarifica mesajul, emițătorul va repeta pasajele importante. Receptorul va avea toate datele, ideile comunicate: el trebuie să știe ce, pentru ce, cum, când și unde.

Pentru a fi scurt, trebuie alese cuvintele care exprimă cu simplitate ideea noastră: „aș vrea să-mi descrieți locul durerii” poate fi spus și mai simplu: „spuneți-mi unde vă doare”.

#### **\* VOCABULAR**

Comunicarea va fi un eșec dacă receptorul nu poate traduce cuvintele și frazele emițătorului. Dacă se folosesc termeni tehnici există riscul de a crea confuzie în rândul pacientului, care va fi atunci incapabil să urmeze instrucțiunile sau să rețină informațiile importante. În loc de a spune pacientului „aveți edeme gambiere” este mai bine a spune „aveți gambele umflate”. Un pacient înțelege mai bine mesajele comunicate în limbajul lui.

#### **\* DENOTAȚIE ȘI CONOTAȚIE**

Denotația este sensul pe care-l dau indivizii unui cuvânt.

Conotațiile unui cuvânt sunt gândurile, sentimentele sau ideile pe care o persoană le asociază acestui cuvânt. Ex. „grav” folosit pentru a descrie starea unui pacient poate însemna pentru familia sa că este gata să moară, în timp ce pentru asistenta medicală care-l îngrijește pacientul nu este în pericol de a muri decât atunci când se pronunță cuvântul „critic”.



Când comunică cu un pacient, asistenta medicală trebuie să aleagă termenii care nu vor putea genera confuzii (de ex. când se explică tratamentul și scopul acestuia).

#### **\* DEBITUL**

Comunicarea verbală este eficientă când mesajele sunt transmise respectând o viteză și un debit potrivit. Debitul rapid și ridicările de ton sau debitul lent și întrerupt de pauze lungi, pot duce la erori de interpretare a mesajului.

Ex. Pacientul: „Medicul a găsit ceva ce nu merge?”

Asistenta medicală: Nu – *pauză* -, dar sunt sigură că dacă ar fi vorba de așa ceva – *pauză mai lungă* - el v-ar fi spus; - *apoi foarte repede* – acum să reluăm de unde eram.

Pauzele lungi urmate de pasajul rapid la un alt subiect îi dau impresia pacientului că asistenta medicală îi ascunde ceva (adevărul).

Debitul emițătorului, ca și prezența, absența sau lungimea pauzelor într-un mesaj, pot determina gradul de înțelegere al receptorului. Asistenta medicală trebuie să vorbească în așa fel încât pronunția să fie corespunzătoare. Pauzele trebuie să servească la atragerea atenției asupra unui punct particular. Ele permit receptorului de a înțelege semnificația cuvintelor. Pentru a reuși să ai un debit bun, trebuie să te gândești înainte la tot ce ai de spus. Este bine să observi persoana care ascultă pentru a decela la ea semne de confuzie sau neînțelegere și de a o întreba dacă debitul este prea rapid sau prea lent și a-l ajusta.

#### **\* CIRCUMSTANȚE**

Momentul ales pentru a comunica joacă un rol important în recepția mesajului. Dacă un pacient se răsuște de durere, momentul este rău ales pentru a-i explica riscurile intervenției chirurgicale. Chiar dacă este enunțat scurt și clar mesajul riscă să fie rău primit, dacă este transmis într-un moment când pacientul nu-și exprimă dorința de a comunica. Primind o întrebare simplă ca de ex.: „Doriți să vorbim despre intervenția chirurgicală?”, asistenta medicală știe imediat dacă pacientul dorește să vorbească și evită să risipească timp și efort zadarnic.

### **4.2 Comunicarea nonverbală**

Gesturile spun mai mult decât cuvintele. Ele sunt mai semnificative. Comunicarea nonverbală este transmiterea mesajelor fără suportul cuvintelor. Este unul din cele mai puternice mijloace de comunicare a unui mesaj. La el recurgem constant când comunicăm cu

persoanele pe care le întâlnim. Semnele nonverbale adaugă un sens la ceea ce am spus într-o comunicare verbală.

Observarea, mesajele verbale și nonverbale ale pacientului fac parte din colectarea de date. Un pacient care spune că se simte bine, dar are grimase la fiecare mișcare transmite două mesaje diferite. Asistenta medicală care este capabilă de a percepe mesajele nonverbale ale pacienților ei este mai în măsură de a-i înțelege, de a decela orice schimbare în starea lor și a preciza nevoile lor în materie de îngrijiri.

### **\* APARENȚĂ (ÎNFĂȚIȘARE FIZICĂ)**

Impresia generală pe care o avem despre o persoană influențează reacția noastră asupra persoanei respective. În cazul unei întâlniri interpersonale, înfățișarea este primul lucru pe care îl remarcăm.

Trăsăturile fizice, ținuta vestimentară, purtarea bijuteriilor furnizează indicii asupra stării de sănătate fizică a unei persoane, personalității sale, rangului său social, profesiei, religiei, cultura și conceptul său despre sine.

Machiajul, bijuteriile ca și vestimentația reprezintă o alegere personală și arată felul în care persoana dorește ca alții să reacționeze la ea. În plus, felul în care o persoană se îmbracă poate influența comportamentul său. Vestimentația are o mulțime de roluri:

- estetice,
- protectoare,
- de seducție,
- sexuală,
- de afirmare de sine,
- de identificare la un grup,
- de afirmare a rolului.

Asistenta medicală poate să ajute pacienții să-și conserve o imagine pozitivă a lor înșiși lăsându-i să-și poarte hainele proprii.

Caracteristicile fizice ca starea părului, colorația tegumentelor, greutatea corporală, prezența unei infirmități fizice dau informații asupra nivelului de sănătate a unei persoane cu toate că nu există nici o normă fizică a sănătății.

Pornind de la înfățișarea fizică asistenta medicală poate să-și formeze o impresie despre personalitatea și imaginea de sine a persoanei respective. Din păcate, judecățile asupra aspectului fizic sunt deformate de stereotipul „corp frumos”. Asistenta medicală trebuie să

evalueze importanța care revine înfățișării fizice în ochii unui pacient care riscă să-și piardă o parte sau o funcționalitate a corpului.

Înfățișarea fizică a asistentei influențează această percepție pe care o are pacientul ce primește îngrijiri. Toți pacienții au o imagine preconcepută despre asistenta medicală. Tradiționalul halat alb poate fi simbolul purității și curățeniei. Chiar dacă halatul alb nu are nimic cu competența asistentei medicale, aceasta poate avea dificultăți în stabilirea de relații de încredere dacă ea nu corespunde imaginii pe care pacientul o are despre ea; o înfățișare curată și îngrijită conduce la o imagine a unei profesioniste.

### **\* INTONAȚIA**

Tonul vocii poate transforma semnificația unui mesaj. După intonație, o frază destul de simplă ca „Cum vă merge?” poate exprima entuziasm, neliniște, indiferență sau chiar plictiseală.

Emoțiile pot modifica direct tonul vocii. Adeseori, acest efect este inconștient: cuvintele transmit un mesaj în timp ce tonul vocii exprimă contrariul. Asistenta medicală trebuie să fie conștientă de emoțiile ei atunci când vine în contact cu pacienții. Intenția ei de a arăta un interes pentru bunăstarea pacientului poate fi zadarnică, dar prin tonul vocii ea transmite un mesaj diferit. Dacă vocea asistentei nu este sinceră sau agreabilă, pacientul poate să se îndoiască de credibilitatea ei. Vocea pacientului poate, de asemenea, releva emoțiile sale: intonația și timbrul vocii pot exprima teamă, mânie sau tristețe. Tonul poate fi, de asemenea, indiciul gradului de energie al pacientului. În general, o persoană odihnită și vioaie are o voce a cărui debit este diferit și tonul plin de inflexiuni, în timp ce o persoană obosită va avea tendința să vorbească pe un ton monoton, să mormăie și să nu-și termine frazele.

### **\* EXPRESIILE FACIALE**

Expresia feței poate transmite numeroase informații. Privirea pe care o schimbă persoana va da tonul interacțiunii lor. Fața și ochii furnizează indicii evidenți sau subtili care ajută la interpretarea mesajelor. Studiile au demonstrat că fața relevă 6 emoții principale:

- surpriză;
- teamă;
- mânie;
- dezgust;
- bucurie;
- tristețe.

Oamenii își fac unii despre alții o părere pornind de la expresiile feței. Totuși, din cauza multitudinii de expresii este uneori dificil de precizat semnificația jocului fizionomiei.

Fața poate să releve o emoție adevărată sau simulată sau rămâne imperturbabilă. Adeseori, oamenii nu sunt conștienți de mesajele pe care le transmit expresiile lor faciale. Dacă există o contradicție între mesaj și expresia feței va fi necesară o explicație care să lămurească orice risc de confuzie. Când expresia facială nu relevă clar sensul mesajului va fi nevoie să se recurgă la retroacțiune verbală pentru a confirma intențiile persoanei care vorbește.

Pacienții observă cu atenție asistenta medicală. Dacă ne imaginăm efectul pe care-l poate avea expresia facială a unei asistente medicale asupra unui pacient care întreabă: „Voi muri?”; cea mai mică schimbare a expresiei faciale a asistentei medicale poate releva adevăratele sale sentimente. Este greu de a stăpâni toate expresiile feței. Uneori asistenta medicală învață să-și controleze expresiile feței față de pacient. De ex., când face îngrijirea unui pacient supărat din cauza bolii, ea trebuie să evite expresiile de dezgust.

Privirea face parte din expresia facială și dă naștere mișcării ochilor. Ochii mari, deschiși exprimă sinceritate, franchețe, teroare sau naivitate; o privire orientată în jos este semn de modestie; ochii ridicați către cer relevă nemulțumire, iritare, în timp ce o privire fixă este adeseori asociată cu ura și răceala. Când două persoane sunt față în față, schimbă adeseori priviri înainte de a emite un mesaj. Căutarea privirii cuiva, arată dorința de a comunica cu el. Se consideră, în general, că o persoană care privește în față interlocutorul său este un om sincer. O asemenea persoană poate deveni un abil observator al celorlalți. Se crede în general că înălțimea privirii influențează enorm comunicarea. Asistenta medicală va trebui deci să evite a-și îndrepta privirea în jos când vorbește unui pacient. Ea va fi mai puțin dominantă și amenințătoare pentru pacient și va trebui să se așeze aproape de el, în așa fel încât ochii lor să fie la același nivel.

#### **\* *POSTURA ȘI MERSUL***

Poziția și mersul sunt manifestări vizibile ale „eu-lui”. Ele reflectă atitudinile unei persoane, emoțiile sale, conceptul său de sine și starea sa de sănătate. A te apleca către o persoană arată că îi acorzi atenție, din contră a te da înapoi, într-o poziție mai relaxată este semnul unei oarecare indiferențe.

O poziție dreaptă și un mers rapid și hotărât arată o imagine de sănătate și siguranță. O poziție încovoiată asociată cu un mers lent și trenant poate fi semn de depresie sau indispoziție. De asemenea, poate fi un semn de reacție de protecție împotriva bolii sau a unei răni. Asistenta medicală poate culege informații prețioase observând poziția și mersul

pacienților. Unele boli provoacă un mers deosebit, ca mersul trenant cauzat de boala Parkinson. Un mare număr de factori fizici ca durerea, efectele medicamentelor, fracturile pot să modifice mersul.

### **\* GESTURILE**

Un semn al mâinii, un salut, o ridicare a gambelor reprezintă gesturi. Acestea sunt semne vizibile care accentuează, punctează și clarifică cuvântul. Sunt recunoscute trei funcții ale gesturilor:

- servesc a ilustra o idee;
- exprimă o emoție;
- atrag atenția asupra mijlocului de semne recunoscute.

Se poate exprima o idee printr-un gest izolat. Se poate, de asemenea, transmite un mesaj sau se poate combina gestul cu alte semne de comunicare.

Gesturile servesc ilustrării unei idei care este deficitară sau jenantă de descris prin cuvinte. A arăta cu degetul locul unei dureri este mai precis decât a-l descrie în cuvinte. Un gest poate, de asemenea, servi la exprimarea unei emoții față de tine sau față de ceilalți.

### **\* ATINGEREA**

Atingerea este o formă de comunicare nonverbală foarte personală. Persoanele care comunică trebuie să fie apropiate una de alta pentru a folosi atingerea. Întrucât atingerea este mai spontană decât comunicarea verbală pare în general autentică.

Atingerea vehiculează diferite mesaje ca: afecțiunea, susținerea afectivă, încurajarea, tandrețea sau atenția. Ea joacă un mare rol în relația asistent – pacient, dar trebuie folosită cu discernământ în funcție de normele sociale impuse de funcția sa. Convențiile socio-culturale tacite precizează cine poate atinge, în ce moment, în ce loc și pentru ce motiv. Mulți oameni consideră pe nedrept atingerea ca un gest cu semnificație unică sexuală.

Multe intervenții se bazează pe atingere (examen clinic, baie, masaj, îmbrăcat). Persoana bolnavă trebuie ea însăși să accepte acest contact. Este important ca asistenta să fie atentă la atitudinea pacientului față de atingere. Dacă el devine rigid când asistenta îl atinge sau refuză să-i prindă mâna când are dureri este probabil ca să nu-i placă să fie atins. Atingerea poate fi însă și un instrument terapeutic eficient (prinderea mâinii unui pacient trist poate adeseori, mai mult decât cuvintele sau orice gest să fie o mărturie de înțelegere). În cursul unei interacțiuni, asistenta medicală trebuie să utilizeze atingerea cu discernământ,

atingerea poate veni în ajutorul pacientului în măsura în care acesta înțelege bine semnificația sa și o acceptă.

## **5. Factorii care influențează comunicarea**

### ***Dezvoltarea***

Copii se nasc cu mecanisme fiziologice care permit dezvoltarea cuvântului și limbajului. Ritmul dezvoltării vorbirii diferă de la copil la copil și este legat direct de dezvoltarea sa neurologică și intelectuală. Anturajul copilului trebuie, de asemenea, să-i furnizeze stimulări pentru ca vorbirea și limbajul să se dezvolte normal. Calitatea mediului de educare oferit de părinți va avea efect asupra aptitudinii de a comunica. Când comunică cu un copil asistenta medicală trebuie să țină cont de stadiul lui de dezvoltare.

### ***Percepțiile***

Fiecare persoană percepe, interpretează și înțelege evenimentele în felul său. Percepția este viziunea personală pe care fiecare o are despre ceea ce-l înconjoară.

Dacă două persoane în interacțiune percep lucrurile în maniere diferite, această divergență poate fi un obstacol în comunicare.

### ***Valorile***

Valorile sunt norme care dirijează conduita noastră. Ele reprezintă ceea ce noi considerăm ca fiind important în viață și, în consecință, influențează gândurile noastre, ideile noastre, ca și interpretarea noastră a mesajelor. Asistenta medicală trebuie să facă în așa fel încât valorile sale personale să nu intervină în relațiile profesionale. Judecarea valorii va distinge încrederea care s-a stabilit între ea și pacient și împiedică comunicarea.

### ***Emoțiile***

Sunt reacții subiective la evenimente. Ele influențează astfel felul în care o persoană comunică sau intră în relație cu altcineva. Un pacient cu mânie va reacționa diferit la indicațiile asistentei decât altul înfricoșat. Emoțiile pe care le trăim influențează astfel recepția mesajelor: o persoană emoționată nu poate înțelege un mesaj sau nu-l poate interpreta. Asistenta poate decela emoțiile pacientului observându-l în interacțiunile sale cu familia, cu medicii, cu alte asistente medicale.

Când asistenta îngrijește un pacient, ea trebuie să fie conștientă de propriile sale emoții. Va fi greu să și le ascundă, căci pacientul va remarca imediat starea ei. Asistenta medicală nu trebuie să vorbească cu pacientul despre emoțiile sale personale.

### ***Bagajul socio-cultural***

Limba, gesturile, valorile și atitudinile dovedesc originea culturală a unei persoane. Stilul de comunicare depinde de mai mulți factori culturali (de ex. cuplurile americane au tendința să fie mai calme și mai raționale când discută, decât cuplurile israeliene care sunt verbal mai agresive). Cultura fixează limitele conduitei noastre și comportamentului în comunicare.

### ***Cunoștințele***

Comunicarea ar putea fi dificilă când persoanele care comunică posedă nivele de cunoștințe diferite. Un mesaj nu va fi clar dacă cuvintele utilizate nu fac parte din vocabularul celui care ascultă.

Când comunică cu pacienții sau profesioniști cu alt nivel de cunoștințe decât al său, asistenta medicală trebuie să adopte un limbaj care să fie comun tuturor. Pentru a evalua cunoștințele pacientului asistenta medicală va observa răspunsurile sale la întrebările pe care le pune. Va alege apoi termeni și fraze pe înțelesul său pentru a-i capta și suscita interesul.

### ***Rolurile și relațiile***

Alegem stilul de comunicare care convine rolului nostru social și tipului de relații pe care le avem cu interlocutorul. Un student nu vorbește în același fel cu prietenul, profesorul și medicul. Cuvintele, fizionomia, tonul vocii și gesturile folosite pentru a transmite o idee sunt alese în funcție de persoana ce va primi mesajul.

În discuția cu un pacient se vor evita glumele și umorul, se va limita la o conversația strict profesională.

### ***Mediul***

Oamenii au tendința să comunice mai bine într-un mediu agreabil. Este deci preferabil de a asigura o cameră călduroasă, fără zgomote sau surse de sustragere a atenției.

Zgomotul, absența intimității, lipsa de sfaturi pot fi surse de confuzie, de tensiune sau jenă (de ex. un pacient care se teme de diagnostic nu va discuta despre boala sa în sala de așteptare).

### ***Spațiul și teritoriul***

În cursul unei interacțiuni sociale, oamenii păstrează o oarecare distanță între ei. Teritoriul poate fi delimitat de granița vizibilă, ca un gard împrejmuitor, un prosop așezat pe plajă sau un pat de spital.

Când spațiul personal riscă să fie violat, urmează o reacție de apărare care împiedică stabilirea unei bune comunicări. Prin caracterul social al muncii lor, asistentele medicale sunt adeseori plasate în situații în care trebuie să țină seama de noțiunile de spațiu și teritoriu. Ca și în cazul atingerii, distanța care separă asistenta de pacient trebuie să fie apreciată în funcție de circumstanțe. Unele gesturi, ca a ține un pacient care vrea să se mutileze, reanimarea unui pacient gură la gură, luarea în brațe a unui sugar care plânge o fac pe asistenta medicală să stea foarte aproape de pacient.

În general, distanța de 50-100 cm (distanță personală) este cea care permite o comunicare mai ușoară. Distanța de 1-5 m este distanța socială care separă o persoană de un grup cu care ea este în interacțiune.

## **6. Comunicarea terapeutică**

Deseori elevilor asistenta medicală le va spune: „Învățați să vă cunoașteți pacienții”. Acest lucru nu este numai o obligație, ci poate singurul obstacol al unei bune relații într-un sistem de sănătate.

O asistentă medicală nu-și poate cunoaște pacientul dacă nu este capabilă să-i recunoască unicitatea.

Comunicarea terapeutică nu este un act fortuit, ci un act planificat, deliberat și profesionist. Trebuie ca fiecare interacțiune cu pacientul să o considere ca o ocazie de a stabili cu el o reacție umană, pozitivă, care-i va permite să-și atingă obiectivele de îngrijire.

### ***6.1 Interacțiunea socială***

Prima tentativă de comunicare cu pacientul se traduce, în general, printr-o scurtă interacțiune socială. Asistenta începe adeseori conversația cu pacientul printr-o interacțiune socială superficială pentru a stabili bazele unei relații mai strânse: „Bună ziua domnule X – Sunt încântată să vă văd”.



## **6.2 Tehnici de comunicare terapeutică**

### *Ascultarea activă*

Ascultarea activă este tehnica care mobilizează întreaga atenție a asistentei medicale. A practica ascultarea activă înseamnă a te strădui să înțelegi totalitatea mesajului atât verbal cât și nonverbal.

Sfaturile pentru a stăpâni mai bine arta conversației ar fi:

- stați în fața pacientului când vorbește;
- priviți-l în ochi pentru a-i demonstra dorința dumneavoastră de a-l asculta;
- adoptați o atitudine decontractată;
- evitați să faceți mișcări care ar putea distra interlocutorul (răsucirea mâinilor, bătutul cu piciorul);
- aprobați cu un semn al capului când spune un lucru important sau când așteaptă o retroacțiune;
- aplecați-vă spre pacient pentru a-i arăta că vă interesează discuția.

Asistenta medicală trebuie să aibă un aer natural când își ascultă pacienții. Ea trebuie să-și facă timp să asculte pacientul chiar când execută o intervenție.

### *Acceptarea*

A accepta o persoană înseamnă a te abține să o judeci. Este greu de adoptat având în vedere că pacienții provin din medii diferite, cu interese diferite. Adeseori, valorile și ideile pacientului sunt divergente cu cele ale asistentei medicale. Acceptarea nu este sinonimă cu aprobarea. Acceptarea este voința de a asculta mesajul unei persoane, fără a manifesta îndoiala sau dezacordul. Ea este toleranța manifestată altora, ea consolidează relația dintre pacient și asistenta medicală.

Pentru a-și arăta acceptarea, asistenta medicală trebuie să fie conștientă de expresiile sale nonverbale. Ea trebuie să evite mimica și gesturile de dezaprobare, ca încrețirea sprâncenelor, ridicarea ochilor în sus sau scuturarea capului. De aceea, ea trebuie:

- să-l asculte fără să-l întrerupă;
- să-i dea o retroacțiune verbală pentru a-i arăta că înțelege ce-i spune;

- să se asigure că mesajele sale nonverbale corespund mesajelor sale verbale;
- să evite să argumenteze, să-și exprime îndoiala sau de a-l îndemna să-și schimbe ideile.

### *Întrebările*

A pune întrebări este un mijloc direct de comunicare cu pacientul. În mod obișnuit asistenta medicală are drept obiectiv de a obține de la pacient o informație precisă. Întrebările puse în timpul unei conversații dau tonul unei interacțiuni verbale și-i dirijează orientarea. Întrebările sunt mai eficiente dacă sunt legate de tema sau subiectul discutat. Întrebările puse în timpul evaluării stării de sănătate a unui pacient trebuie să urmeze o ordine logică, și anume:

- „*Puteți să-mi spuneți unde vă doare ?*”;
- „*Cred că în spate.*”;
- „*Care parte a spatelui ?*”;
- „*Aici, în partea de jos.*”;
- „*Cum puteți descrie durerea ?*”;
- „*Ca și cum aș avea un cuțit în spate.*”

Asistenta medicală trebuie să fie atentă să epuizeze un subiect înainte de a trece la altul. Ea alege întrebările în funcție de răspunsurile pacientului.

### *Parafraza*

Asistenta medicală care parafrazează mesajul îl redă cu cuvintele ei. În mod obișnuit parafraza conține mai puține cuvinte decât enunțul original: „*Am fost întotdeauna gras și nu am avut probleme. Nu înțeleg pentru ce trebuie să țin regim ?*”. Incorect a parafraza: „*Vreți să-mi spuneți că nu vă deranjează că sunteți obez ?*”. Corect este „*Nu păreți a fi convins de necesitatea regimului, pentru că nu ați avut probleme.*”

### *Clarificare*

Când intervine o neînțelegere, asistenta medicală întrerupe discuția pentru a clarifica sensul mesajului, pentru că altfel pierde informații prețioase. Asistenta medicală poate cere pacientului să repete mesajul cu alte cuvinte.

### *Focalizare*

Pe măsură ce pacientul vorbește de problemele sale de sănătate mesajele sale devin din ce în ce mai vagi. Un pacient poate spune „Nu mă simt foarte bine în ultimul timp. Aceasta nu mă deranjează, dar mă doare puțin capul.” Dacă asistenta medicală nu ajută pacientul să se centreze numai asupra problemei sale fizice, pacientul va continua să descrie în termeni vagi.

Focalizarea ajută să se circumscrie subiectele discuției la care pacientul este capabil să răspundă. Asistenta medicală va întreba „De când nu vă simțiți bine? Descrieți-mi durerea de cap.”

Asistenta medicală nu trebuie să utilizeze focalizarea, dacă pacientul spune lucruri importante.

### *Remarci (remarcări)*

Când se comunică nu se știe de fiecare dată cum sunt primite mesajele noastre de către pacient. Retroacțiunile altora ne indică dacă am comunicat bine mesajul dorit. Remarcile făcute de asistenta medicală obligă pacientul să comunice mai clar. Nu trebuie însă făcute remarci care ar putea șoca pacientul sau a-l jena, de ex. „aveți o mână îngrozitoare .....”.

### *Informație*

Când două persoane comunică procesul este rareori unilateral. Când interacționează cu un pacient asistenta medicală îi dă informații care-i vor furniza date suplimentare sau îl ajută să înțeleagă mai bine situația. Când asistenta medicală dă informații suplimentare ea trebuie să încurajeze pacientul să continue conversația. A da informații cu regularitate pacientului, la momentul oportun, este o manieră favorabilă de comunicare cu pacientul și de a face educație sanitară. Asistenta medicală nu poate divulga informațiile pe care medicul dorește să nu le cunoască pacientul.

### *Liniște*

Liniștea permite asistentei și pacientului de a-și organiza gândurile. Ea permite comunicarea interpersonală, lasă posibilitatea pacientului să-și organizeze gândurile, să trateze informația primită.

Liniștea va ajuta asistenta medicală să-l observe pe pacient în mod discret. Asistenta medicală care păstrează liniștea îi apare pacientului ca fiind gata să asculte cu răbdare

răspunsul său. Când pacientul este bulversat, liniștea îi va permite să-și revină în fire. Un moment de liniște poate, de asemenea, să reducă o situație tensionată. Asistenta medicală care tace recunoaște nevoia de intimitate a pacientului.

### *Afirmarea de sine*

A te afirma înseamnă a-ți apăra drepturile tale, fără ca prin aceasta să le violezi pe ale altora grație tehnicilor de afirmare de sine. O persoană își exprimă sentimentele și emoțiile sale cu încredere, spontan și sincer. Tehnici de afirmare de sine sunt:

- a vorbi clar (un mesaj complet și precis care cuprinde toate informațiile de care are nevoie pacientul);
- a nu se lăsa manipulat;
- a învăța să nu spună „Nu” („*Regret, astăzi am altă problemă: poate mâine .....*”);
- a te proteja împotriva criticilor („*Spuneți-mi pe viitor cum pot să evit o eroare de administrare a medicamentelor*”).

A primi critici constructiv, în scopul dezvoltării personale, ajută asistenta medicală să se simtă mai bine.

### *Recapitulare*

Recapitularea este o scurtă revizuire a principalelor idei discutate. A începe o discuție rezumând-o pe precedentă ajută pacientul să-și amintească subiectele discutate și-i arată felul în care asistenta medicală a analizat comunicarea lor. Pacientul va ști dacă asistenta medicală a înțeles mesajul său. Datorită recapitulării pacientul este în măsură să revizuiască informația și să-i facă adăugiri sau corectări.

## ***6.3 Stiluri de comunicare inadecvată***

### *A-ți spune părerea sa*

În această situație asistenta medicală nu-i dă posibilitatea pacientului să ia propriile sale decizii. Ea inhibă spontaneitatea pacientului, întârzie rezolvarea problemei și face să se nască îndoieli.

### *A da asigurări false*

Afirmații de genul „*Merge bine. Nu vă faceți probleme*” pot împiedica comunicarea de a merge mai departe.

*A adopta o atitudine de apărare*

A răspunde criticilor printr-o atitudine defensivă înseamnă a-i nega pacientului dreptul la părerea lui. A asculta nu înseamnă a aproba. Trebuie înțeles motivul criticii pacientului, ce se ascunde în spatele mâniei sau insatisfacției pacientului.

*A manifesta aprobarea sau dezaprobarea*

O aprobare excesivă poate fi prejudiciabilă în relația asistent – pacient, asemeni și dezaprobarea. A lăuda un comportament într-o manieră excesivă presupune într-adevăr că acesta este singurul acceptabil. Când asistenta își manifestă dezaprobarea s-ar putea simți respins și evită orice altă interacțiune cu ea, ceea ce are drept consecință întârzierea restabilirii lui.

*A generaliza prin stereotipii*

Fiecare persoană este unică. Orice generalizare neagă această unicitate și simplifică în exces o situație. De ex. „persoanele vârstnice sunt întotdeauna confuze” afectează serios comunicarea terapeutică.

*A începe o frază cu „pentru ce”*

Când o persoană este în dezacord cu alta, poate fi tentată să o întrebe pentru ce gândește sau acționează așa. Pacientul interpretează adeseori un „pentru ce” ca pe o acuzație. El poate gândi că asistenta medicală știe deja răspunsul și că vrea să-l pună la încercare.

Incorect este „*Pentru ce nu ați făcut exercițiile ?*”. Corect este „*Nu v-ați făcut exercițiile, s-a întâmplat ceva ?*”

*A schimba subiectul nepotrivit*

A întrerupe brusc o conversație este o impolitețe. A schimba subiectul împiedică comunicarea terapeutică să progreseze; pacientul își pierde firul ideilor sale și spontaneitatea, ideile sale devin confuze și riscă să dea informații neadecvate.

## **7. Relația de ajutor**

### **7.1 Dimensiunile relației de ajutor**

Relația asistentă medicală – pacient este centrată pe rezolvarea problemelor pacientului. Crearea unui climat propice în relația terapeutică se bazează pe aptitudinea asistentei medicale de a face pacientul să se simtă în largul său, atât fizic cât și psihologic. Unul din rolurile asistentei medicale constă în a se asigura că nevoile fundamentale ale pacientului sunt satisfăcute.

O relație de ajutor asistentă medicală – pacient nu se naște spontan. Caracteristicile unei relații de ajutor sunt:

#### **\* *Încrederea***

Dacă pacientul nu crede că asistenta medicală vrea să-l ajute, relația de încredere nu se va putea stabili. Încrederea favorizează o comunicare deschisă și terapeutică. Experiențele trecute ale pacientului îl pot împiedica să aibă încredere în asistenta medicală. Pentru a câștiga încrederea pacientului, asistenta medicală trebuie să se arate sigură și competentă.

#### **\* *Solicitudine***

Este manifestarea unei atitudini pozitive față de altă persoană. Este esențială în relația de ajutor. Asistenta medicală va trebui să accepte pacienții așa cum sunt și să-i respecte. Pacientul se va simți astfel în siguranță chiar și în situații amenințătoare.

#### **\* *Autonomie și reciprocitate***

Autonomia este capacitatea de a face singur ceva. Reciprocitatea este o situația de partaj cu altă persoană. Asistenta medicală și pacientul formează o echipă în care fiecare participă la procesul de îngrijire. Asistenta medicală îi dă posibilitatea pacientului de a lua decizii, îl informează asupra posibilităților care i se oferă în materie de îngrijiri și îl susține în luarea deciziilor.

### **7.2 Etapele unei relații de ajutor**

Asistenta medicală este aceea care stabilește și menține relația de ajutor. Ei îi revine obligația de a-l ghida pe pacient în tot timpul relației de ajutor pentru a asigura satisfacerea nevoilor sale.

Interviul pornește relația asistentă medicală – pacient pentru că ea se face de la prima lor întâlnire. Etapele relației de ajutor sunt:

**\* Preinteracțiune**

Înainte oricărei întâlniri cu un pacient, asistenta medicală trebuie să revadă informațiile pe care le deține despre lui (antecedente, profilul pacientului, starea de sănătate). Ea se va gândi la problemele ce se pot ivi, își va planifica întâlnirea cu pacientul alegând locul și cadrul unde se va putea desfășura.

**\* Orientare**

În cadrul întâlnirii pacientului și asistenta medicală se observă cu atenție, fac deducții pornind de la comportamentul celuilalt. Asistenta medicală vede în pacient o persoană care are o problemă de sănătate, iar pacientul vede în asistenta medicală o profesionistă a cărei muncă constă în a-l ajuta să-și rezolve problemele lui.

În această etapă asistenta medicală trebuie să-și dovedească competența, să câștige încrederea pacientului, să identifice problemele și să fixeze obiective, să clarifice rolurile (asistenta medicală dirijează relația).

**\* Desfășurare**

Pe măsură ce relația progresează pacientul învață mai bine să se cunoască și este mai apt să discute adevăratele probleme. Tehnicile de comunicare care ajută pacientul să ajungă la o mai bună cunoaștere de sine sunt:

- *confruntarea* (asistenta medicală ajută pacientul să ia cunoștință de contradicțiile sale în comportamentul său sau motivațiile sale care-l împiedică să se cunoască de sine);
- *retroacțiune imediată* (asistenta medicală îi atrage atenția pacientului asupra comportamentului său sau asupra a ceea ce spune el);
- *deschiderea de sine* (asistenta medicală relevă experiențele sale, ideile, gândurile sale în raport cu relația lor). Dacă această etapă a relației este reușită pacientul va fi în măsură să acționeze asupra ideilor sau sentimentelor sale.

## **8. Bariere în comunicare**

Comunicarea este influențată de aspectele sociale, spirituale, psihologice, fizice și intelectuale atât ale pacientului cât și ale asistentei medicale. Bariere în transmiterea mesajului sunt: zgomotul, nivelul educațional, limba, orientarea, prejudecățile și diferențele culturale – figura nr.3.

**Figura nr. 3 Bariere în comunicare**



## **9. Demersul clinic al asistentei medicale și comunicarea**

### **9.1 Culegerea de date**

La culegerea de date putem avea:

- agitație;
- agresivitate verbală;
- cefalee;
- lipsă de control asupra sa;
- sentiment de ostilitate;
- spaimă;
- frică;
- agresivitate fizică;
- dificultate de comunicare;
- lipsă de încredere în alte persoane;
- dificultate de stabilire și menținere a unei linii semnificative;
- expresia unei lipse de afecțiune;
- dificultate de exprimare a nevoilor, emoțiilor, sentimentelor;
- dificultate de afirmare;
- mutism;
- plâns frecvent;
- căutarea aprobării altora;
- căutarea unei atenții;
- tristețe.
- dificultate de a înțelege și interpreta stimulii;
- dificultate de exprimare coerentă;
- dificultate de concentrare;
- diminuarea capacității de a înțelege o idee;
- diminuarea memoriei în formularea termenilor;
- incapacitate de a formula fraze;
- logoree;
- mesaj obscen și incomplet;
- retragere.

## **9.2 Analiza și interpretarea datelor**

Probleme nursing legate de nevoia de comunicare sunt:

- agresivitate;
- comunicare inadecvată la nivel afectiv;
- comunicare inadecvată la nivel intelectual;
- comunicare inadecvată la nivel senzio-motor;
- confuzie;
- izolare socială;
- perturbarea comunicării familiale.

*Agresivitatea* este relația cu alte persoane apărută ca o compensare a sentimentului de frustrare manifestată prin gesturi și vorbire cu violență.

*Comunicarea inadecvată la nivel afectiv* este o dificultate de a se afirma, de a se destăinui în fața altor persoane, de a stabili linii semnificative.

*Comunicarea inadecvată la nivel intelectual* reprezintă dificultatea de a înțelege stimulii primiți și a utiliza judecata, imaginația și memoria în comunicarea cu alții.

*Comunicarea inadecvată la nivel senzorial și motor* reprezintă dificultatea de a capta mesajele din exterior prin intermediul simțurilor sale.

*Tulburările senzoriale* sunt:

- surditate;
- hipoacuzie;
- cecitate;
- anosmie;
- agnozie;
- diminuarea gustului;
- hipoestezie;
- hiperestezie.

*Tulburările motorii* sunt:

- paralizia;
- pareza.

*Tulburările de limbaj* sunt:

- afazie;
- disartrie;
- dislalie.

*Reacțiile afective în insuficiență sau exces senzorial sunt:*

- neliniște;
- inactivitate;
- anxietate;
- izolare;
- halucinații;
- încetinirea gândirii.

*Efectele asupra altor nevoi sunt:*

- alterarea tegumentelor și mucoaselor (datorită lipsei sensibilității);
- vulnerabilitate față de pericole;
- sentiment de devalorizare;
- tulburări de alimentație.

### **Exemple de diagnostice nursing**

*Agresivitate legată de:*

- diminuarea stimei de sine;
- lipsa de control a anxietății;
- neadaptare la o situație.

*Comunicare inadecvată la nivel afectiv legată de:*

- anxietate;
- lipsă de cunoaștere a mijloacelor eficiente de comunicare;
- neadaptare la un rol sau o situație.

*Comunicare inadecvată la nivel intelectual legată de:*

- confuzie;
- privare senzorială;
- supraîncărcare de stimuli;
- tulburări de gândire.

### **9.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- pacinetul să exprime diminuarea agresivității;
- pacinetul să exprime sentimente de calm și liniște;
- comunicare cu alții să se facă de o manieră pozitivă;
- pacinetul să-și împărtășească sentimentele altora;
- pacinetul să stabilească linii semnificative cu alte persoane;
- pacinetul să-și exprime emoțiile;
- pacinetul să-și exprime nevoile;
- pacientul să pronunțe corect utilizând cuvinte vizuale;
- pacientul să exprime clar mesajul;
- pacientul să exprime nonverbal mesajul;
- pacientul să formuleze fraze complete;
- pacientul să fie echilibrat psihic;
- pacientul să folosească mijloace de comunicare adecvate stării sale;
- pacientul să fie compensat senzorial;
- pacinetul să exprime capacitatea de control a agresivității;
- pacinetul să vorbească calm tot timpul.

### **9.4 Intervenții nursing**

Intervențiile nursing sunt:

- se identifică factorii care au declanșat anxietatea împreună cu persoanele cheie;
- se evaluează nivelul de anxietate;
- se evaluează funcția cognitivă;
- se facilitează exprimarea sentimentelor și modul în care percepe această atitudine;
- se sesizează percepția irealistă a pacientului și se expune;
- se favorizează exprimarea sentimentelor și a lucrurilor care-l preocupă;
- pacientul este ajutat să-și cunoască punctele forte și valoarea sa;
- pacientul este ajutat să-și exprime preferințele și să ia decizii;
- se planifică intervenții în așa fel încât să nu cuprindă elemente anxiogene: frustrare, surprindere;
- pacientul nu va fi contrazis;

- nu se va folosi timp prea mult pentru efectuarea îngrijirilor de bază;
- se favorizează mecanisme de adaptare, exerciții fizice;
- se oferă pacientului activități concrete care să nu necesite concentrare mare;
- se practică tehnici de relaxare;
- se va lucra cu persoane cheie la rezolvarea problemelor;
- se vor purta discuții cu pacientul pentru a determina modul în care a încercat să se adapteze în perioada de șomaj, divorț, etc. și ce l-a făcut să aibă sentimente de insecuritate;
- se explică toate procedurile;
- se crează un climat de înțelegere;
- se respectă liniștea;
- se implică pacientul în activități recreative;
- se explică strategiile de comunicare;
- se arată importanța comunicării nonverbale;
- se comentează și se apreciază progresul;
- se verifică înțelegerea sfaturilor date;
- se facilitează exprimarea clară a modului de percepere a situației: nu poate face față dificultăților, sunt dificultăți de netrecut;
- se identifică persoanele care prin atitudinea lor i-au creat acest sentiment;
- se identifică mijloacele de satisfacere a exigențelor noului rol;
- se sugerează o adaptare progresivă la noul rol;
- se sugerează să schimbe persoana care i-a servit de model;
- se favorizează participarea la diferite întruniri, vizite;
- se observă cu atenție schimbările de comportament;
- pacientul este provocat la conversație;
- se dă directive clare și simple privind activitatea zilnică;
- se asigură autonomie pe cât posibil în satisfacerea nevoilor curente (alimentație, igienă);
- se orientează pacientul utilizând obiecte familiale (fotografii);
- se determină pacientul să spună ce semnifică pentru el aceste obiecte;
- se înlesnește vizita celor apropiați;
- se regrupează intervențiile pentru a deranja cât mai puțin persoana;
- activitățile cotidiene trebuie să fie urmate de perioade de repaus;
- se ameliorează durerea;

- se evită confruntările și observațiile;
- se administrează medicația recomandată de medic;
- se cercetează posibilitățile de comunicare ale pacientului;
- pacientul este implicat în tehnici de afirmare de sine.

### **9.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- vorbește calm tot timpul;
- are capacitatea de control a agresivității sale;
- s-a adaptat la noua situație;
- este calm, nu este agresiv;
- cunoaște mijloacele eficiente de comunicare;
- este orientat în timp și spațiu;
- este echilibrat psihic.
- utilizează mijloace de comunicare adecvate stării lui.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

Exemplu de comunicare între pacient și asistenta medicală este redat în tabelul nr. 26.









## **NEVOIA DE A ÎNVĂȚA**

- ◆ **Noțiuni introductive**
- ◆ **Norme educative pentru pacient**
- ◆ **Obiective educației pacientului**
- ◆ **Educație și comunicare**
- ◆ **Domeniile învățământului – educației**
- ◆ **Principiile fundamentale ale învățării**
- ◆ **Educația și demersul clinic al asistentei medicale**

## **NEVOIA DE A ÎNVĂȚA**

### **1. Noțiuni introductive**

Educația a devenit una din sarcinile cele mai importante ale asistentei medicale. Pentru a asigura continuitatea îngrijirilor din spital la domiciliu pacientul trebuie să primească toate informațiile de care are nevoie pentru autoîngrijire.

Un program de educație complet și bine conceput poate reduce costul îngrijirilor de sănătate și să ajute pacientul să-și redobândească o mai multă autonomie.

Educația este un proces interactiv care favorizează învățarea. Este vorba de un ansamblu de acțiuni concepute în scopul ajutării persoanei să dobândească noi cunoștințe teoretice sau practice. În ceea ce privește intervențiile nursing, educația pacientului poate fi definită ca un proces prin care asistenta dă pacientului și familiei sale informații privind boala, tratamentul și alte subiecte legate de sănătate. Educația este mai eficace când răspunde nevoilor de învățare. Educatorului îi revine sarcina de a descoperi aceste noi nevoi punând întrebări și informându-se despre punctele de interes. Procesul educațional se bazează deci pe aplicarea principiilor comunicării interpersonale care constă în a transmite mesaje semnificative unei persoane și a primi de la ea o retroacțiune.

Învățarea înseamnă a dobândi noi cunoștințe sau noi obișnuințe prin exerciții repetate (pacientul care trebuie operat este în măsură să descrie tehnicile de ameliorare a durerii postoperatorii; un diabetic poate să demonstreze administrarea insulinei).

De fiecare dată când pacientul a dobândit o nouă cunoștință sau stăpânește o tehnică nouă, educatorul are dovada că educația lui a fost eficace. Educația joacă un rol important în menținerea sănătății și prevenirea bolii.

### **2. Norme educative pentru pacient**

O politică de educație a pacientului și familiei sale prin care se asigură primirea de informații necesare menținerii stării de sănătate are stabilite 2 norme:

- planul de îngrijire trebuie să privilegieze educația pentru autoîngrijire a pacientului și familiei sale;
- pacientul care are nevoie de îngrijire după spitalizare trebuie să primească instrucțiuni și sfaturi individualizate înainte de externare.

### **3. Obiectivele educației pacientului**

Obiectivele educației pacientului sunt:

#### ***a) menținerea sănătății și prevenirea bolii***

Asistenta medicală este persoana care informează indivizii și-i învață tehnici care le vor permite să adopte comportamente mai sănătoase (la locul de muncă, acasă, în spital, la întrunirile prenatale, în școli).

Educația sanitară crește stima de sine a individului pentru că-i permite să-și asume o mai mare responsabilitate față de propria-i sănătate.

Subiecte de educație în materie de sănătate sunt:

- pentru promovarea sănătății:
  - primele îngrijiri ale nou – născutului;
  - imunizări;
  - evitarea factorilor de risc (alcool, tutun);
  - igiena;
  - alimentația;
  - exerciții fizice;
  - securitate;
  - depistarea hipertensiunii arteriale, dislipidemiilor.
- redobândirea sănătății:
  - elemente de anatomie și fiziologie a aparatelor afectate;
  - cauza bolii;
  - originea simptomelor;
  - efecte asupra altor aparate și sisteme;
  - justificarea tratamentului;
  - constrângeri impuse de boală.
- adaptarea la incapacitatea funcțională:
  - îngrijiri la domiciliu;
  - readaptarea funcțiilor restante – fizioterapie, ergoterapie;
  - prevenirea complicațiilor.

#### ***b) redobândirea sănătății***

Când un individ este bolnav are nevoie de a primi informații sau să învețe tehnici care-i vor permite redobândirea sănătății sau ameliorarea stării de sănătate. Când un pacient este

stresat de o boală și acceptă constrângerile pe care i le impune starea sa caută adesea să obțină informații privind starea sa de sănătate.

Pacienții care dovedesc dificultăți în acceptarea bolii se poate să nu manifeste nici un interes pentru a ști ceva despre boală.

Asistenta medicală caută să determine până la ce punct este interesat pacientul să învețe, apoi elaborează metode pentru a-i stimula interesul.

Familia joacă un rol important în restabilirea pacientului și deci este necesar să primească și ea informații (dacă familia nu înțelege că pacientul are nevoie să-și regăsească independența funcțională poate să-i mențină starea de dependență și să-i întârzie procesul de restabilire a stării de sănătate).

### ***c) adaptarea la o incapacitate funcțională***

Nu toți pacienții se restabilesc după o boală. Aceștia vor trebui să dobândească cunoștințe sau să învețe noi obișnuințe pentru a continua să-și desfășoare viața cotidiană (un pacient care-și pierde vocea după o operație pe laringe trebuie să învețe să comunice altfel).

Dacă pacientul suferă de o invaliditate gravă rolul său în sânul familiei se poate schimba și este foarte important ca familia să înțeleagă acest lucru. Sușinerea adecvată va fi furnizată pacientului de către familie prin educație. Această educație debutează atunci când asistenta medicală a identificat nevoile pacientului și când familia se arată dispusă să colaboreze. Asistenta medicală învață membrii familiei cum se administrează medicamentele cum se efectuează baia, pansamentele, etc.

Asistenta medicală trebuie să determine gradul de informații de care pacientul are nevoie în funcție de nivelul său de sănătate. Pentru aceasta ea trebuie să trieze nevoile acestuia, asigurându-se că este capabil să și le satisfacă. Pentru a le putea învăța informațiile trebuie să fie practice și utile.

## **4. Educație și comunicare**

Procesul de educație se aseamănă foarte mult cu procesul de comunicare. De fapt, educația este o formă de comunicare interpersonală. Etapele procesului de educație sunt comparabile cu cele ale procesului de comunicare.

În procesul educațional, referentul corespunde nevoii de a furniza informații pacientului. Aceste informații pot fi cerute de pacient sau oferite spontan de asistentă dacă aceasta crede că este necesar.

Când asistenta medicală cunoaște nevoile de a învăța ale unui pacient, ea stabilește obiective de învățare specifice. Un obiectiv de învățare trebuie să descrie ceea ce pacientul va trebui să fie în măsură să facă după ce a primit o educație eficientă.

În situația de educator asistenta medicală are rolul de emițător, scopul ei este de a transmite un mesaj pacientului. Ea favorizează învățarea comunicând într-un limbaj pe care pacientul îl va înțelege. Un mare număr de variabile interpersonale influențează stilul educațional pe care-l va adopta asistenta și modul de abordare educațional. Atitudinile, valorile, emoțiile ei și bagajul de cunoștințe intervin în maniera ei de a transmite mesaje. Cu experiență va ști să aleagă cel mai bun mod de a prezenta informația pacientului.

În educație, ca și în comunicare, materia de învățat trebuie să fie clară și precisă. Asistenta medicală prezintă materia într-o progresie logică, de la ce e mai simplu la ce-i mai complex, pentru ca pacientul să înțeleagă mai ușor tehnicile educative sau ideile expuse.

## **5. Domeniile învățământului – educației**

Domeniile învățământului – educației sunt:

- a) domeniul cognitiv** – se raportează la comportamente de ordin intelectual;
- b) domeniul afectiv** – educația afectivă se face asupra sentimentelor și a toleranței față de atitudini, păreri sau valori;
- c) domeniul psihomotor** – se referă la achiziționarea de abilități care cer integrarea de activități mentale și musculare, ca mersul sau mânuirea cuțitului, furculiței.

## **6. Principiile fundamentale ale învățării**

### **a) Voința de a învăța**

Pentru a învăța trebuie să ai voința de a întreprinde acțiunile necesare învățării. Cunoștințele dobândite, atitudinile și influențele socio-culturale determină în ce măsură o persoană este dispusă să se angajeze în experiența învățării.

*Recepția* este o stare interioară care face persoana să se concentreze asupra stimulilor pentru a înțelege. Capacitatea de recepție a individului este influențată de:

- durerea fizică;
- anxietate;
- mediu;

- oboseală;
- foame;
- sete;
- nevoia de a urina.

Învățarea cere o schimbare de comportament, este deci sursă de anxietate.

*Motivația* este o pulsație interioară care ne face să acționăm, este dorința de a învăța.

O persoană poate fi motivată de o idee, o emoție sau o nevoie fizică. Motivele care fac o persoană să învețe se împart în 3 categorii:

- de ordin social care corespund nevoii de aprobare, de stimă de sine;
- dorința de a îndeplini o sarcină se bazează pe nevoia de împlinire, de a fi competent;
- de ordin fizic (de exemplu ameliorarea durerii).

Convingerile unei persoane în materie de sănătate pot fi agenți ai motivației. Dacă asistenta medicală va cunoaște convingerile unei persoane față de sănătate va putea mai ușor determina factorii care-i vor motiva învățarea.

*Adaptarea psihosocială la boală* – pierderea sănătății fie temporară, fie permanentă este greu de acceptat.

Voința de a învăța este legată direct de etapa la care a ajuns pacientul. Pacientul va fi incapabil să învețe dacă nu vrea sau nu poate accepta realitatea bolii sale.

*Participarea activă* – dacă pacientul ia parte activ la procesul de învățare el trebuie să vrea să dobândească cunoștințe sau să-și dezvolte abilități (participă la ședințe educative).

#### ***b) Capacitatea de a învăța***

Capacitățile intelectuale influențează capacitatea de a învăța. Este un lucru de care asistenta medicală trebuie să țină cont, altfel activitatea ei de educație va eșua.

O persoană trebuie să ajungă la un anumit grad de dezvoltare cognitivă pentru a fi capabilă să învețe. Învățarea este mai ușoară când noile informații completează cunoștințele deja dobândite – tabelul nr.27 .

**Tabelul nr. 27 Probleme de învățare posibile în funcție de obișnuințele intelectuale**

<i>Obișnuințe intelectuale</i>	<i>Probleme de învățare posibile</i>
Calcul	- calcularea dozelor; - măsurarea cantității de alimente solide și lichide; - citirea gradațiilor unei seringi, termometru.

Lectură	- citirea broșurilor explicative și a modului de utilizare a medicamentelor.
Înțelegere și aplicare	- a înțelege constrângerile impuse de boală.

Capacitatea cognitivă este în funcție de vârstă și depinde de capacitatea de învățare și comportament de învățare susceptibil de a fi adoptat.

➤ **Vârsta**

Sugarul depinde de părinți pentru satisfacerea nevoilor fundamentale. Învăță să aibă încredere în adulții care-i arată dragoste. Explorează mediul cu ajutorul simțurilor sale. Trebuie să se facă educație părinților, se vorbește blând, surâzând și ținând în brațe copilul.

Copilul mic începe să înțeleagă sensul cuvintelor și verbalizează sentimentele. Este capabil să asocieze obiectele cuvintelor. Explorează mediul de joacă. Se recurge la joc pentru a-i explica o intervenție, se lasă să se joace cu instrumentele, se dă cărți ilustrate, se folosesc cuvinte simple pentru a fi înțelese.

Preșcolarul folosește cuvinte pe care nu întotdeauna le înțelege, vocabularul se îmbogățește. Când se joacă își exprimă sentimentele mai mult prin gesturi decât prin cuvinte. Pune întrebări și imită adultul, învață mai bine prin imitație, se încurajează să pună întrebări și se dă explicații simple, se fac demonstrații.

Școlarul interacționează cu adultul, începe să fie capabil să-și facă reprezentări mentale evenimentelor sau acțiunilor și să și le exprime verbal. Devine mai imaginativ în jocuri și începe să accepte reguli de joc. Este curios și pune întrebări despre sănătate. Trebuie să i se dea ocazia de a pune întrebări, la care va răspunde.

Adolescentul trăiește conflictul între nevoia de dependență a copilului și cea de independență a adultului. Vrea să-și controleze viața, dar când este bolnav își pierde stima de sine sau imaginea corporală. Se ajută să-și exploreze și să-și exprime sentimentele. Educația trebuie să fie o activitate de colaborare. Se lasă să ia singur decizii referitoare la sănătate și promovarea sănătății.

Adultul urmează instrucțiunile primite pentru că îi este frică de consecințe. Se încurajează să participe la elaborarea programelor de educație pentru sănătate, stabilind împreună obiectivele, se dau toate informațiile de care are nevoie pentru a înțelege repercursiunile problemelor sale de sănătate.

Persoana vârstnică are alterări senzoriale, mobilitate redusă, probleme de coordonare. Se dă informații când este odihnit, ședințele trebuie să fie scurte.

➤ **Capacități fizice**



Capacitatea fizică de a învăța depinde de nivelul de dezvoltare fizică și de sănătatea fizică globală. Pentru a deprinde abilități psihomotorii pacientul trebuie să aibă forță fizică, coordonare și acuitate senzorială necesară (este inutil să înveți o persoană cum să se deplaseze din pat în fotoliu rulant dacă nu are brațele destul de puternice pentru a și le ridica).

Pentru a dobândi abilități psihomotorii sunt necesare următoarele caracteristici fizice:

- mărime (înălțimea și greutatea trebuie să fie adaptate la sarcina de executat sau la echipamentul folosit, de ex. cârjele);
- forța (capacitatea de a urma un program de exerciții epuizant);
- coordonare (dexteritatea necesară executării sarcinilor motrice complexe ca mânănuirea instrumentelor, schimbarea unui bandaj);
- acuitate senzorială (vizuală, auditivă, tactilă, gustativă, olfactivă) necesară pentru a primi mesajele și a răspunde.

Asistenta medicală trebuie să evalueze capacitatea fizică a pacientului înainte de a începe educația.

### ***c) Mediul de învățare***

Mediul fizic în care asistenta medicală face educația pacientului face din învățatură o experiență agreabilă sau penibilă. Asistenta medicală va alege un loc care ajută pacientul să se concentreze asupra problemelor de învățat. Când alege locul asistenta medicală va ține cont de următoarele elemente:

- numărul de persoane care participă la ședință;
- nevoia de liniște și confidențialitate;
- temperatura camerei;
- luminozitate;
- zgomot;
- aerisire;
- mobilier.

Se va evita să se facă educația în spital, în camera asistentelor. Când educația este destinată unui grup se va alege o cameră unde fiecare poate sta confortabil și auzi bine vocea asistentei.

## **7. Principiile fundamentale ale educației**

Principiile fundamentale ale educației sunt:

- să se aleagă momentul potrivit (la internare, la externare, pe timpul spitalizării, când pacientul este dispus să învețe);
- durata să nu depășească 20 – 30 minute;
- să fie suficient de frecvente pentru a consolida învățarea;
- structurarea materialului: noțiuni elementare, explicații, se va începe cu problemele mai importante, se va recapitula;
- se va utiliza limbajul pacientului, putându-se recurge la analogii simple;
- se va menține atenția pacientului și se va determina pacientul să participe (vor fi stimulate mai multe simțuri, se va discuta pe ton variat și intensitate diferită, se va puncta prin gesturi punctele importante);
- se vor completa cunoștințele existente;
- se vor adopta metode educative în funcție de nevoile pacientului (un pacient cu handicap psihomotor învață mai bine observând o demonstrație pe care s-o reproducă apoi sub supravegherea asistentei medicale).

## **8. Educația și demersul clinic al asistentei medicale**

### **8.1 Colectarea datelor**

Pacientul, membrii familiei sale și echipa de îngrijire sunt principalele surse de informație ale asistentei medicale. Culegerea de date se referă la:

- **nevoia de a învăța:**
  - ce știe pacientul referitor la starea de sănătate actuală, consecințele bolii sale, tipurile de tratament și prognostic;
  - informațiile sau abilitățile de care are nevoie pacientul să le practice pentru a înțelege boala și consecințele ce decurg;
  - experiențele pacientului având incidență asupra nevoii de a învăța (un pacient care a avut o intervenție chirurgicală va fi mai preocupat să cunoască măsurile preoperatorii);
  - informațiile de care membrii familiei au nevoie pentru a răspunde nevoilor pacientului.

- ***voința de a învăța:***
  - comportamentul pacientului (câmpul atenției, tendința de a pune întrebări, memorie și capacitatea de concentrare când i se pun întrebări);
  - prezența durerii, oboselii, anxietății sau alte simptome care-i pot afecta capacitatea de atenție și participare;
  - factorii care motivează pacientul să învețe (motivații fizice și sociale, voința de a îndeplini o sarcină);
  - profilul socio-cultural al pacientului, valorile sale, credințele privind sănătatea, tratamentele care pot influența voința de a învăța.
  
- ***capacitatea de a învăța:***
  - forța fizică, mișcările, coordonarea (asistenta medicală va determina în ce măsură va putea executa sarcinile pe care le învață);
  - prezența deficitelor senzoriale care-l pot împiedica să înțeleagă și urmeze instrucțiunile;
  - competența în lectură a pacientului;
  - stadiul de dezvoltare al pacientului.
  
- ***mediu:***
  - prezența surselor de distragere a atenției de la activitatea de educație;
  - confortul camerei, aerisire, temperatură.
  
- ***resurse de învățare:***
  - felul în care familia percepe și înțelege boala pacientului și consecințele ei. Dacă pacientul și familia sa nu au aceleași percepții aplicarea programului educativ poate da naștere la conflicte;
  - dorința pacientului de a face familia să participe la programul educațional. Informațiile despre îngrijirile de sănătate ale pacientului sunt confidențiale și numai el poate decide dacă pot fi divulgate;
  - resursele de care poate dispune pacientul la domiciliu, adică persoanele dispuse să-l ajute pentru administrarea medicamentelor, baie, etc.; resurse financiare sau materiale;
  - materialul didactic de care pacientul poate dispune (ca imprimante, material audiovizual), materiale în funcție de capacitatea de lectură a pacientului.

## **8.2 Analiza și interpretarea datelor**

### **Exemple de diagnostice nursing**

*Incapacitate de a-și menține sănătatea* legată de:

- lipsa de cunoștințe privind practicile igienice.

*Lipsa de cunoștințe* legată de:

- înțelegerea greșită a prognosticului.

*Nerespectarea medicației* legată de:

- înțelegerea greșită a tratamentului.

## **8.3 Obiective nursing**

Obiectivele sunt pe termen scurt și lung. Cele pe termen scurt se raportează problemelor educaționale imediate (informații despre natura afecțiunii sale). Obiectivele pe termen lung vizează prevenția (pacientul să învețe să-și planifice regimul alimentar cu restricțiile impuse).

Fiecare obiectiv educațional cuprinde 3 aspecte:

- enunțul și descrierea unui comportament;
- identificarea condițiilor educaționale;
- stabilirea criteriilor de evaluare.

*Comportamentul* va trebui să demonstreze că pacientul este capabil să îndeplinească o sarcină în termenul perioadei de învățare. Un obiectiv comportamental se enunță sub forma unui verb de acțiune care descrie ceea ce va face pacientul când va atinge obiectivul (va merge sau va calcula doza unui medicament).

Obiectivul este mai precis când descrie *condițiile* în care comportamentul trebuie să se manifeste. Aceste condiții trebuie să fie realiste și stabilite în funcție de nevoile educative ale pacientului. De asemenea, va trebui să descrie cu precizie condițiile în care se va manifesta comportamentul învățat (de ex. să meargă cu cârjele din cameră până în baie).

Atingerea unui obiectiv se va măsura stabilind *criteriile* care definesc buna execuție. Asistenta stabilește aceste criterii în funcție de gradul dorit de precizie, de reușită sau satisfacție (de ex. pacientul va umbla cu cârjele până la capătul culoarului în 3 zile).

În etapa de planificare asistenta va alege:

- metodele educative;

- momentul oportun;
- va redacta planul educațional.

#### **8.4 Intervenții nursing**

Asistenta medicală trebuie să fie atentă la orice comportament care indică o scădere a interesului sau atenției și să varieze apropierea pentru a suscita un schimb de idei dinamice:

- ***apropierea pedagogică*** (a fost propus un cadru teoretic de apropiere pedagogică):
  - *a insufla* (această apropiere este potrivită când asistenta medicală are de dat puține informații sau instrucțiuni – când este anxios, dar are nevoie de informații). Când o folosește asistenta rezumă tehnica la a executa și dă pacientului instrucțiuni clare și precise. Pacientul participă foarte puțin și retro-acțiunea este aproape nulă;
  - *a convinge* (asistenta medicală structurează informația și dă instrucțiuni, comunicarea se desfășoară în două sensuri – de ex. când un pacient învață să schimbe un pansament, etapă cu etapă, asistenta adoptă apropiere pedagogică pentru a ține cont de atitudinea pacientului față de faptul că a reușit să execute tehnica);
  - *a participa* (în această apropiere asistenta și pacientul stabilesc împreună obiectivele și participă la procesul de învățare). Asistenta ghidează și sfătuiește pacientul furnizându-i informații pertinente (un pacient cu neoplasm gastric trebuie să primească informații referitoare la regimul alimentar, nevoile în materie de igienă și de ameliorare a durerii pentru a putea rămâne la domiciliu);
  - *a delega* (în această apropiere pacientul arată că este capabil de a practica auto-îngrijirea, el acceptă responsabilitățile și execută bine tehnicile). Asistenta medicală observă progresele sale și rămâne la dispoziția sa pentru a-l ajuta fără să-i dea noi informații (un pacient cu diabet își administrează insulină de mai mult de 3 luni, își face corect injecția, poate explica simptomele hipoglicemiei).
- ***integrarea educației în cadrul îngrijirilor*** – asistenta medicală efectuează educație mai eficientă în cadrul îngrijirilor (de ex. toaletă pe regiuni, baie, etc.);

- **educația în grup** – permite participanților să facă schimb de idei și să vorbească deschis despre atitudinea lor, să învețe unii de la alții, să-și rezolve problemele;
- **explicații pregătitoare** – înainte de efectuarea unei tehnici pentru a preveni anxietatea;
- **demonstrațiile:**
  - să treacă în revistă etapele unei tehnici;
  - să determine în ce etapă trebuie să dea explicații;
  - să explice logica fiecărui gest;
  - să nu se grăbească;
  - să incite pacientul să pună întrebări;
  - să lase pacientul să manipuleze instrumentele și să efectueze tehnica supraveghându-l;
- **recurgerea la analogii** (de ex. tensiunea arterială comparată cu unda de apă într-un furtun, etc.). Este important să se aleagă analogii simple și clare;
- **înscrisura în dosarul educativ al pacientului:**
  - conținutul exact (se oferă pacientului informații despre medicamente);
  - evaluarea învățării;
  - metoda educativă (discuție, demonstrație).

### **8.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- a asimilat și înțeles informațiile despre natura afecțiunii sale;
- a învățat cum poate preveni complicațiile afecțiunii.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.

## CONCEPTUL DE ETNICITATE ȘI CULTURĂ

- ◆ Noțiuni introductive
- ◆ Credința religioasă
- ◆ Procesul de îngrijire

## CONCEPTUL DE ETNICITATE ȘI CULTURĂ

### 1. Noțiuni introductive

Etnicitatea este o condiție a apartenenței la un grup etnic specific.

Un grup etnic este un grup de indivizi care au o unică cultură și moștenire socială transmisă de la o generație la alta.

Cultura reprezintă credințele și practicile împărtășite de oameni și transmise de la o generație la alta.

Antropologii divid cultura într-o cultură materială și o cultură nonmaterială. Cultura materială constă în obiecte de îmbrăcăminte, artă, religie, ustensile de mâncat și toate căile de utilizare a acestora. Cultura nonmaterială constă în credințe, obiceiuri, limbă și instituții sociale. Rasele au grupuri etnice diferite și grupurile etnice au culturi diferite.

Grupurile culturale largi pot să aibă subgrupe culturale sau subsisteme. O subcultură este în mod obișnuit compusă din oameni care au o identitate distinctă și totuși sunt în relație cu un grup cultural mai mare. O subcultură poate avea etnicitate, ocupații sau caracteristici fizice comune cu un grup cultural mai mare.

Exemple de subgrupe culturale sunt grupuri ocupaționale (de ex. asistentele medicale), grupuri sociale (feminin) și grupuri etnice (români, francezi, germani).

Pentru clarificarea conceptului de cultură, Leininger descrie următoarele caracteristici:

- cultura este o experiență universală, până în prezent neexistând 2 culturi identice;
- cultura este stabilă, dar în același timp dinamică, manifestând schimbări continue;
- cultura completează și în mare măsură determină drumurile vieții noastre, lucru de care puțini oameni sunt conștienți.

Alți doi termeni curent utilizați cu referire la etnicitate și cultură sunt:

- grup majoritar (dominant);
- grup minoritar.

Nu este neobișnuit ca oamenii unui grup minoritar adesea să renunțe la caracteristicile culturale care-i disting din grupul dominat. Acest proces se referă la asimilare culturală, de ex.



chinezii din America de Nord învață engleza, iar americanii învață să gătească mâncare chinezească.

Etnocentrismul este credința într-o singură cultură care este considerată superioară tuturor, un exemplu, este utilizată ca standard.

## **2. Credința religioasă**

**Credința religioasă** este importantă pentru mulți oameni, ea influențând modul de viață, atitudini, sentimente față de boală și moarte.

Dezvoltarea spirituală este influențată de vârstă:

- *Copilul mic:*
  - nu cunoaște sensul binelui sau la răului, credința spirituală;
  - spun rugăciuni înainte de culcare imitându-i pe părinți.
- *Preșcolarul:*
  - părinții îi îndrumă spre ce este bine și spre codurile religiei;
  - pun întrebări despre religie;
  - peste 5 ani cred într-o ființă umană responsabilă de fenomenele naturale;
  - pun întrebări despre sărbători (Paște, Crăciun) și despre ritualurile acestora.
- *Școlarul și adolescentul:*
  - învață despre religie;
  - urmează practici religioase urmându-și părinții;
  - adolescenții compară punctele de vedere științifice cu cele religioase;
  - decid dacă să accepte religia familiei;
  - acceptă convertiri în funcție de diferite experiențe personale.
- *Adultul:*
  - își dedică mai mult timp practicilor religioase.

***Credințe religioase și legătura lor cu îngrijirile de sănătate***

- *Agnosticism și ateism:*
  - agnosticul se îndoiește de existența lui Dumnezeu sau chiar dacă crede că există acest lucru nu a fost dovedit;
  - ateistul respinge existența lui Dumnezeu;
  - monahismul crede în existența unui singur Dumnezeu.
- *Bahai:*
  - se roagă în timpul bolilor;
  - este permis alcoolul, medicamentele și asistența medicală.
- *Baptism:*
  - cred în tratarea bolnavilor prin atingerea mâinilor;
  - cred în vindecarea fără terapie medicală (puțini);
  - majoritatea solicită ajutor medical competent;
  - nu au restricții la medicamente, sânge, vaccin, biopsie, amputație, transplant, autopsie;
  - când un bolnav este în fază terminală prelungirea artificială este descurajată;
  - mai mulți morți sunt îngropați;
  - unii nu beau cafea, unii nu consumă alcool.
- *Budist:*
  - evită medicamente, sânge, vaccin;
  - nu acceptă să iei viața în nici un fel, dar dacă persoana este foarte grav bolnavă eutanasia poate fi permisă (cu lumânare deja aprinsă);
  - în anumite circumstanțe este permis și avortul;
  - aprobă înmormântarea sau crematoriul;
  - cântecele religioase la patul decedatului sunt frecvente;
  - curățenia este foarte importantă;
  - nu practică restricții dietetice;
  - unii membrii sunt strict vegetarieni;
  - mulți nu utilizează tutunul, alcoolul sau drogurile.

- *Ortodox:*
  - rușii ortodoxi descurajează autopsia și donarea unei părți a corpului;
  - grecii ortodoxi se opun avortului;
  - încurajează prelungirea vieții în faza terminală;
  - nu au restricții medicale.
- *Anglicani:*
  - fără restricții în utilizarea drogurilor, sângelui, vaccinurilor, biopsiilor, amputațiilor și a transplantelor;
  - căsătoria și procreerea sunt descurajate când partenerii prezintă deficit fizic sau mental;
  - copii sunt botezați la 6-8 săptămâni după naștere.
- *Mormoni:*
  - nu au restricții pentru terapia medicală;
  - alcoolul, cafeaua, ceaiul sunt prohibite;
  - carnea de porc se consumă mai puțin.
- *Penticostali:*
  - sunt încurajați să se abțină de la alcool, tutun și să mănânce animale strangulate;
  - unii nu mănâncă carne de porc.
- *Islamici:*
  - carnea de porc este prohibită;
  - unii se opun și alcoolismului;
  - se practică circumcizia;
  - este foarte importantă curățenia;
  - încurajează prelungirea vieții în fază terminală.
- *Romano-catolici:*
  - acceptă, în general, procedurile medicale;
  - acceptă transplantul, biopsia, amputația;
  - avortul este respins;
  - nu mănâncă carne în anumite sărbători.
- *Armata salvării:*

- nu au restricții privind procedurile medicale.
- *Advenștii de ziua a 7-a:*
  - sunt prohibite alcoolul, tutunul, narcoticele și stimulantele;
  - mulți sunt ovo-lacto-vegetarieni;
  - sâmbăta este sărbătoare;
  - sunt de acord cu transfuzia, vaccinarea, medicamentele;
  - avortul este permis numai dacă viața mamei este în pericol sau în caz de incest;
  - avortul terapeutic este considerat ca o măsură de salvare a vieții;
  - avortul la cerere este inacceptat;
  - unii membrii nu mănâncă în zilele de vineri carne.
- *Hinduism:*
  - nu mănâncă carne de vacă, vișel și nici derivate;
  - unii sunt strict vegetarieni;
  - acceptă practicile medicale moderne;
  - însămânțarea artificială este respinsă;
  - la administrarea medicamentelor asistenta medicală va evita atingerea buzelor pacientului;
  - au practici speciale pentru morți;
  - moartea este considerată renaștere.
- *Martorii lui Iehova:*
  - se opun transfuziei de sânge și transplantelor;
  - mănâncă carne, nu în sânge;
  - se opun medicinei moderne;
  - sterilitatea provocată este condamnată;
  - avortul este interzis;
  - homosexualitatea este condamnată;
  - înmormântare sau crematoriu pentru morți;
  - autopsia este acceptată numai la cererea autorităților, dar fără a îndepărta vreo parte a corpului.
- *Iudaism:*
  - avortul este permis numai dacă viața mamei este în pericol;
  - avortul provocat este condamnat;

- vasectomia nu este permisă;
  - nu mănâncă carne de porc, moluște;
  - evreii de vineri până duminică nu acceptă internarea în spital sau tratamente medicale decât dacă viața este în pericol;
  - circumcizia este practică.
- *Luterani:*
    - nu au restricții la proceduri medicale;
    - avortul provocat nu este aprobat.

### **3. Procesul de îngrijire**

#### ***3.1 Culegerea de date***

La culegerea de date putem avea:

- amărăciune;
- obligarea la anume regim, tratament nedorit, medicație;
- incapacitate de a înțelege practicile religioase;
- incapacitate de a citi cărți religioase;
- incapacitate de a participa la activitățile grupului său de apartenență religioasă;
- incapacitate de a practica religia;
- frustrare în fața atitudinii altora.

#### ***3.2 Analiza și interpretarea datelor***

Principalele probleme nursing sunt:

- dificultatea de a acționa conform credințelor proprii și a valorilor sale;
- dificultate de a participa la activitățile religioase.

**Dificultatea de a acționa conform credințelor proprii și a valorilor sale** reprezintă lipsa de facilități de a înțelege gesturile sau actele conform noțiunii personale asupra binelui, răului sau dreptății.

**Dificultate de a participa la activitățile religioase** reprezintă lipsa facilității de a înțelege practicile religioase.

**Exemple de diagnostice nursing**

*Dificultatea de a acționa conform credințelor proprii și a valorilor sale* legată de:

- anxietate;
- stres;
- confuzie;
- convingeri culturale diferite vis-à-vis de sănătate;
- evenimente amenințătoare;
- inadaptare culturală;
- neacceptarea bolii;
- neadaptarea la o situație;
- pierdere – separare.

*Dificultate de a participa la activitățile religioase* legată de:

- anxietate;
- stres;
- imobilizare la pat;
- constrângeri fizice;
- deficit auditiv sau vizual;
- durere;
- slăbiciune;
- oboseală;
- izolare;
- neadaptare la o situație;
- pierderea imaginii de sine;
- pierdere – separare.

### **3.3 Obiective nursing**

Obiectivele nursing sunt:

- pacientul să acționeze conform propriilor credințe și valori;
- pacientul să fie echilibrat psihic.

### **3.4 Intervenții nursing**

Rolul asistentei medicale în suportul spiritual al pacientului este:

1. *Să se aprecieze importanța credinței pentru fiecare pacient în funcție de stadiul de dezvoltare:*
  - credința influențează modul de viață, atitudinea, sentimentele pacientului față de boală și moarte;
  - copilul mic nu cunoaște sensul binelui sau al răului, credința spirituală; spune rugăciuni înainte de culcare imitându-i pe părinți;
  - preșcolarul pune întrebări despre religie și începe să creadă într-o ființă umană; dorește să afle semnificația sărbătorilor și ritualurile acestora;
  - școlarii și adolescenții învață despre religie, urmează practici religioase, decid dacă să accepte religia familiei, acceptă convertiri în funcție de experiența personală;
  - adultul își dedică mai mult timp practicilor religioase.
2. *Să se sesizeze și să se clarifice impactul credinței religioase asupra îngrijirilor de sănătate:*
  - restricții asupra dietei alimentare;
  - restricții la administrarea de medicamente, vaccinuri, sânge;
  - refuzul unei intervenții chirurgicale sau alte proceduri terapeutice;
  - refuzul unui transplant;
  - neacceptarea avortului;
  - neacceptarea internării în spital și a tratamentului în timpul unor sărbători;
  - descurajarea eforturilor de prelungire a vieții;
  - dorința de a sta lângă pacientul muribund și a îndeplini anumite ritualuri.
3. *Să se identifice persoanele care au nevoie de asistență spirituală:*
  - pacienții singuri care au puțini vizitatori;
  - cei care-și exprimă frica, anxietatea;
  - pacienții care vor fi supuși unor intervenții chirurgicale;
  - pacienții care trebuie să-și schimbe modul de viață după o boală sau intervenție chirurgicală;

- pacienții care sunt preocupați de relația între religie și sănătate;
- pacienții a căror boală are și implicații sociale;
- muribunzii;
- cei care nu-și pot satisface independent nevoile.

4. *Să se faciliteze satisfacerea nevoii spirituale:*

- să permită vizita preotului;
- să-i permită pacientului citirea cărților religioase;
- să informeze pacientul asupra posibilităților de participare la serviciile religioase din cadrul spitalului;
- să i se răspundă la întrebări;
- să se marcheze evenimentele religioase (Paște, Crăciun) utilizând decor adecvat și alte facilități permise;
- pacientul să fie ajutat să-și exprime disconfortul spiritual.

5. *Educația pacientului:*

- în cazul unui conflict între doctrina religioasă și recomandările terapeutice, pacientul va fi informat despre necesitatea promovării sănătății.

### **3.5 Evaluare**

În cazul în care obiectivele au fost atinse pacientul:

- acționează conform propriilor credințe și valori;
- este echilibrat psihic.

În cazul în care obiectivele nu au fost atinse se reanalizează planul de îngrijire.



## **Exemple de cazuri clinice**

### ***Cazul nr.1***

Pacientă de 64 ani a fost internată pentru o intervenție chirurgicală (mastectomie stângă). Medicul după operație ia spus că există risc de metastaze și prognosticul este rezervat. Asistenta medicală care se ocupa de ea a văzut că în ultimele zile a devenit mai depresivă. Pacienta a întrebat-o pe asistenta medicală: „De ce Dumnezeu a vrut să mi se întâmple tocmai mie ? Poate pentru că nu cred în Dumnezeu și nu m-am dus la biserică. Există biserică în spital unde aș putea să mă rog ? Îmi este frică de moarte.”

La examenul fizic s-a constatat:

- înălțime 168 cm;
- greutate 56 Kg;
- temperatură 36,8 ° C;
- tensiunea arterială 150/90 mmHg;
- alură ventriculară de 84/min.;
- număr respirații 20/min;
- incizia de la nivelul toracelui stâng și regiunea axilară este curată;
- edem al membrului superior stâng.

Date de laborator:

- număr de leucocite – 4000/mm<sup>3</sup>;
- hemoglobină – 10,9 g %;
- hematocrit – 35,2 %.

Mamografie – formațiune nodulară în cadranul superior stâng.

Planul de îngrijire este redat în tabelul nr.28.

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Beldean Luminița, Gal Gherghinica, Seucea Monica, Procesul de nursing – aspecte teoretice și practice, Editura Universității „Lucian Blaga”, Sibiu, 1999
2. Beldean Luminița, Coldea Liliana, Helju Alina, Aspecte nursing în afecțiuni ale aparatului digestiv și renal, Editura Universității „Lucian Blaga”, Sibiu, 2000
3. Beverly Witter du Gas, Introduction aux soins infirmiers – Les Editions HRW Ltée, Montréal, 1980
4. Clocotici Lucreția, Profesia de asistentă medicală, Editura Info-Team, 1995
5. Coldea Liliana, Beldean Luminița, Aspecte nursing în afecțiuni ale aparatului locomotor, Editura Universității „Lucian Blaga”, Sibiu, 2001
6. George Julia B., Nursing Theories, The Base for Professional Nursing Practice, New Jersey, 1985
7. Huber A., Karasek – Kreutzinger, Les techniques de soins infirmiers, Lamarre, Paris, 1990
8. Janice B. Lindberg, Mary Love Hunter, Ann Z. Kruszewski, Introduction to Nursing Concepts, Issues and Opportunities, Third Edition, Lippincott, Philadelphia, New York, 1998
9. Jamieson Elizabeth M., McCall M. Janice, Blythe Rona, Guidelines for Clinical Nursing Practices, Churchill Livingstone, 1988
10. Kezier Barbara, Olivieri Erb Eleonora, Fundamentals of Nursing. Fourth Edition. Addison - Wesley Publishing Company, 1991
11. Kezier Barbara, Olivieri Erb Eleonora, Fundamentals of Nursing – concepts and procedures, Addison - Wesley Publishing Company, California, USA, 1987
12. Langlet Michèle, Ergonomie et soins infirmiers. La santé des soignants, Editions Lamarre, Paris, 1990
13. Luck Mann I., Gorenson K.C., Medical Surgical Nursing, W. B. Saunders CO, 1987
14. Lynda Juall Carpenito – Nursing Diagnosis, Application to Clinical Practice, J.B. Lippincott Company, 1983
15. Philip Durmard Counselling –A Guide to Practice in Nursing, Butherworth, 1995
16. Potter P., Perry A., Îngrijiri infirmiere, Noutăți pedagogice, Canada, 1990

17. Potter P., Perry A., Foundations in Nursing Theory and Practice, Hazel B. M. Health, Mosby, 1995
18. Rosalinda Alsaro, Application of Nursing Process. A Step by Step Guide, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1986
19. Revista A.A.M.R. nr. 1 / 03.1998–Nursing
20. Salvage Jane, Nursingul în acțiune, prin Biroul Reg. O.M.S, 1993
21. Thompson M. June, Clinical Nursing, Mosby Company, 1986
22. Titircă Lucreția – Ghid de nursing, Editura „Viața Românească”, București, 1996
23. Titircă Lucreția – Tehnici de evaluare și îngrijiri acordate de asistenții medicali, Editura „Viața Românească”, București, 1996