



**APLICAREA
CADRULUI
CONCEPTUAL
AL
PROCESULUI
DE NURSING**

- **TRUCA GEORGETA**
- **FULGA MARIA LUIZA**
- **NOVAC MILOIU ALINA**



Implicați activ în educația pentru sănătate a individului și a comunității, asistenții medicali desfășoară o activitate ce presupune acumularea de cunoștințe, atitudini și deprinderi, în scopul menținerii sau redobândirii sănătății.





În cadrul acestei lucrări am dorit să subliniem importanța conceptului de „nursing”, ca fundament al activității asistentului medical.

Cunoașterea și însușirea etapelor procesului de nursing permit asistentului medical planificarea, organizarea și eficientizarea activității sale, având ca obiectiv principal creșterea calității îngrijirilor acordate, cu repercusiuni directe asupra evoluției pacientului.



Nevoile fundamentale ale pacientului :



Asistenta trebuie să știe că o nevoie fundamentală este o necesitate vitală, esențială a ființei umane pentru a-și asigura starea de bine, în apărarea fizică și mentală.



Nevoile fundamentale ale pacientului :

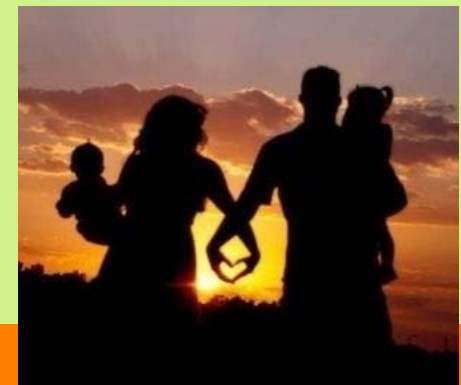
Cele 14 nevoi fundamentale sunt :

- 1 - a respira și a avea o bună circulație;
- 2 - a bea și a mânca;
- 3 - a elimina;
- 4 - a se mișca și a avea o bună postură;
- 5 - a dormi și a se odihni;
- 6 - a se îmbrăca și a se dezbrăca;
- 7 - a-și menține temperatura corpului în limite normale;
- 8 - a fi curat, îngrijit, a-și proteja tegumentele și mucoasele;
- 9 - a evita pericolele;
- 10 - a comunica;
- 11 - a acționa conform propriilor convingeri și valori, a practica religia;
- 12 - a fi preocupat în vederea realizării;
- 13 - a se recrea;
- 14 - a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea.

Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale



- ❑ independența este un status care presupune funcționarea plenară a ființei umane.
- ❑ o persoană independentă este o persoană care își poate satisface autonom toate trebuințele sale.
- ❑ independența poate fi totală (pentru toate trebuințele) sau parțială (pentru anumite trebuințe).



Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale

7

- **INDEPENDENTA LA ADULT:**

- atingerea unui nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor prin acțiuni pe care le îndeplinește pacientul însuși, fără ajutorul altor persoane

- **INDEPENDENTA LA COPIL:**

- se consideră și atunci când nevoile sunt îndeplinite cu ajutorul altora în funcție de faza de creștere și dezvoltare a copilului

Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale

8

DEPENDENȚA:

- ❑ este incapacitatea persoanei de a îndeplini singur, fără ajutorul altei persoane, acțiuni care să-i permită un nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor astfel încât să fie independent
- este moderată sau totală, temporară sau permanentă.
- evaluarea gradului de dependență a pacientului folosește în vederea acordării îngrijirilor și se face pentru una sau mai multe nevoi nesatisfăcute, acordând un punctaj de la 1 la 4.



Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale

9

CLASIFICAREA NIVELURILOR DE DEPENDENȚĂ

Indicele de gravitate = gradul de dependență

- **Nivelul 1 – când persoana este independentă și autonomă**
- **Nivelul 2 – când persoana prezintă o dependență moderată**
- **Nivelul 3 - când persoana prezintă o dependență majoră**
- **Nivelul 4 – când persoana prezintă o dependență totală**

Importanța practică a evaluării nivelului de dependență folosește ca instrument de măsură pentru a ne orienta în procesul de îngrijire.

Consemnarea și urmărirea nivelului de dependență ne permite aprecierea rezultatelor obținute în urma tratamentului și îngrijirilor acordate.

Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale

10

Tipuri de dependență :

- - potențială
- - actuală
- - descrescândă
- - permanentă



Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale

11

Dependența potențială - atunci când problema de dependență este posibil să apară din cauza unor predispoziții, iar în acest caz trebuie planificată o intervenție. Ex: la un pacient subalimentat, imobilizat la pat, pot apărea răni prin presiune = escare) – prin prevenire se poate evita această dependență.

Dependența actuală (prezentă) – atunci când problema este prezentă, dependența este actuală, iar în acest caz acțiunile vor fi corective.

Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale

12

Dependența descrescândă – cand dependenta pacientului se reduce este in descrestere, iar rolul asistentei in caz este de a sustine acest progres si de a ajuta pacientul sa-si regaseasca gradul optimal de autonomie.

Dependența permanentă, sau cronică -Ex: paraplegie – atunci cand , in ciuda ingrijirilor din partea asistentei, problema nu poate fi corectata si dependenta este permanenta sau cronica. Rolul asistentei este in acest caz suplinirea a ceea ce el nu poate face independent si de a-l ajuta sa se adapteze in aceste limite.

Surse de dificultate :

13

=se definesc ca fiind cauza dependentei, adica, orice obstacol major care impiedica satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale .

Sursele de dificultate pot fi cauzate de:

1. Factori de ordin fizic
2. Factori de ordin psihologic
3. Factori de ordin social
4. Factori de ordin spiritual
5. Factori legati de insuficiente cunostiinte



Procesul de nursing

14

- este o metodă sistemică, logică, de organizare și desfășurare a îngrijirilor, de identificare, diagnosticare și soluționare a problemelor de dependență, formulând un plan de intervenție și evaluând eficiența acestui plan, în urma implementării lui.
- permite asistentei medicale să pună un diagnostic de îngrijire și să trateze răspunsurile umane în fața îmbolnăvirii și la boală;



Procesul de nursing

15

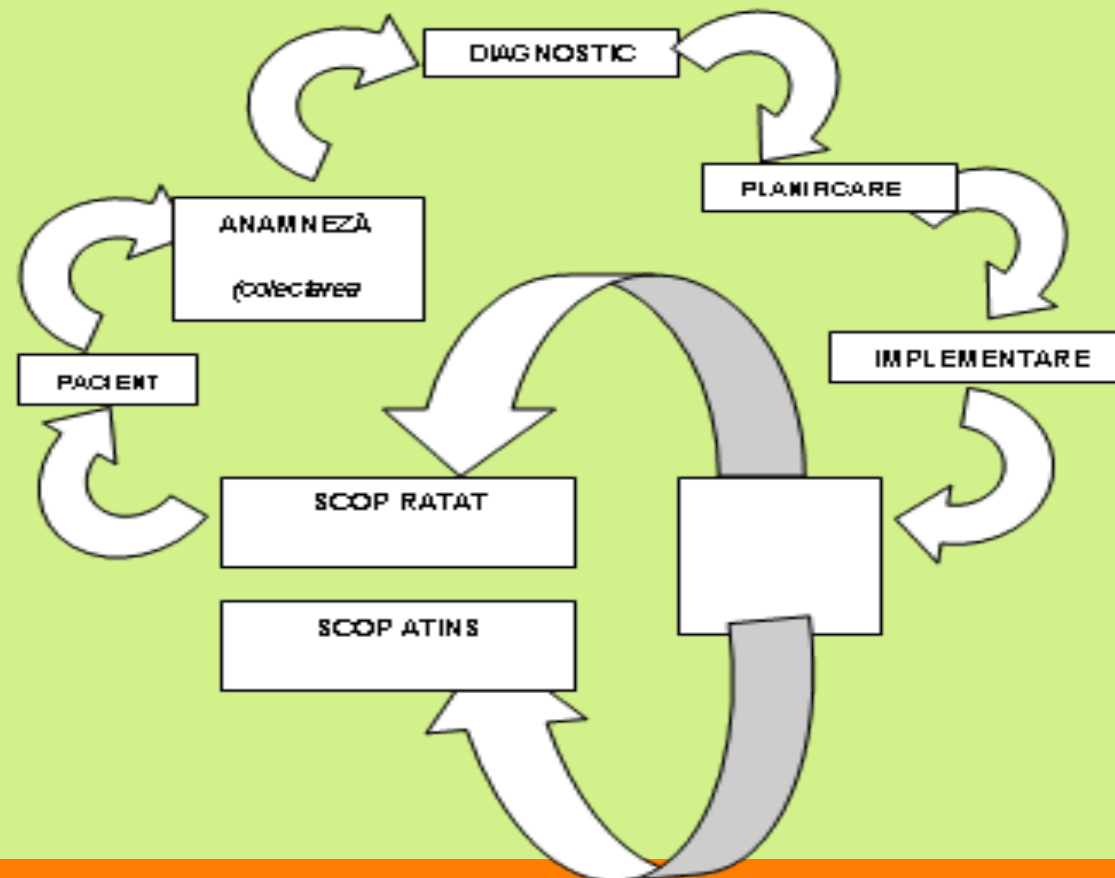
- filozofia modernă a procesului de nursing se bazează pe **îngrijirea individuală a pacientului**, pe baza unui plan care va asigura îngrijirea specifică menită să răspundă cerințelor fiecărui individ;
- nursingul se bazează pe acțiuni competente obținute în practica de specialitate, dar și pe un sistem de atitudini față de om, față de profesie, față de lume;



Procesul de nursing

16

CARACTERISTICILE PROCESULUI DE NURSING



Procesul de nursing

17

Aplicarea cadrului conceptual al Virginiei Henderson in procesul de ingrijire:

- usureaza identificarea nevoilor pacientului pe plan bio-psiho-social, cultural si spiritual si gasirea surselor de dificultate care impiedica satisfacerea nevoilor.
- permite stabilirea interventiilor capabile sa reduca influenta acestor surse de dificultate, in scopul de a ajuta persoana sa-si recapete autonomia (pe cat posibil).

Procesul de nursing

18

- un proces organizat si planificat;
- un proces dinamic in fiecare etapa putand obtine noi date despre pacient;
- un sistem ciclic - etapele procesului de nursing sunt in inter-relatie ;
- o metoda rationala de planificare si promovare a interventiilor individualizate;
- o metoda stiintifica de rezolvare a problemelor actuale si potentiale ale pacientului;
- transformat in actiune prin utilizarea planului de nursing.

Procesul de nursing

19

Avantajele procesului de nursing pentru persoana care acordă îngrijiri

- permite asistentei medicale un control mai mare asupra propriei practici (crește profesionalismul);
- **crește responsabilitatea;**
- da satisfacție muncii, folosind cunoștințele, experiența și intuiția în furnizarea de îngrijiri a pacientului;
- **asigură un limbaj comun pentru asistentele medicale și ajută la verificarea profesiei;**
- **asigură continuitatea îngrijirii pacientului, prin comunicarea exactă a planului de îngrijire, pacientului și membrilor echipei de îngrijire;**
- permite luarea deciziilor pentru rezolvarea problemelor pacientului;
- evaluează legalitatea acțiunilor.

Procesul de nursing

20

Avantajele procesului de nursing pentru pacient

- beneficiaza de ingrijiri de calitate in functie de nevoi;
- are asigurata continuitatea ingrijirilor- planul fiind accesibil echipei de sanatate care are nevoie de un reper de informatii pentru fiecare problema;
- determina pacientul sa participe la ingrijiri si sa se preocupe de obtinerea unei mai bune stari de sanatate.

Procesul de nursing

21

ACTIVITĂȚI DESFĂȘURATE DE NURSĂ ÎN CADRUL PROCESULUI DE NURSING

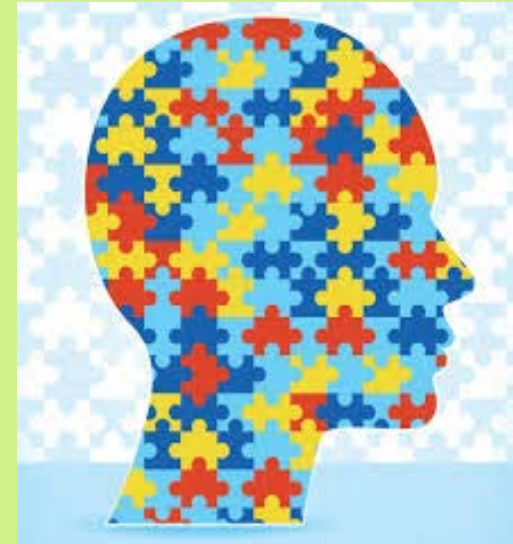
- colectarea informațiilor;
- verificarea datelor;
- stabilirea profilului pacientului;
- interpretarea datelor;
- elaborarea diagnosticului de nursing;
- stabilirea priorităților;
- stabilirea obiectivelor;
- selectarea strategiilor de nursing;
- întocmirea planului de nursing.



ETAPELE PROCESULUI DE INGRIJIRE

22

1. culegerea de date sau aprecierea;
2. analiza si interpretarea lor;
3. planificarea ingrijirilor;
4. realizarea interventiilor;
5. evaluarea;



1.COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA

23

- este faza initiala, debutul procesului de ingrijire de la care incepe derularea acestui demers.
- este un proces continuu, in sensul ca pe tot parcursul muncii sale, asistenta nu inceteaza de a observa, de a intreba si de a nota datele privind pe fiecare pacient.
- incepand de la sosirea pacientului in spital sau in momentul contactului initial cu personalul de ingrijire, intr-un centru de sanatate, in comunitate si pe tot parcursul ingrijirii, culegerea de date permite asistentei sa-si stabileasca actiunile de ingrijire.

1. COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA

24

Scop

- • asigură o bază pentru luare de decizii eficiente și în cunoștință de cauză;
- • **promovează o abordare holistică a îngrijirii** = preocupări pentru aspectele fizice, psihice, sociale, culturale și spirituale ale pacientului;
- • adună datele pentru cercetarea de nursing;
- • **facilitează evaluarea îngrijirilor.**



1.COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA

25

Tipuri de informatii obtinute:

- -date obiective –observate de asistenta despre pacient
- -date subiective- expuse de pacient
- -date continand informatii trecute
- -date continand informatii actuale
- -date legate de viata pacientului, de obiceiurile sale, de anturajul sau de mediul inconjurator.



1. COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA



Informațiile culese referitoare la pacient sunt de două feluri:

- *date relativ stabile;*
- *date variabile;*

- **date relativ stabile :**
 - generale: vârstă, sex, stare civilă, etc;
 - individuale: rasă, religie, limbă, cultură, ocupație;
 - obiceiuri : alimentație, ritm de viață;
 - evenimente legate de sănătate: boli anterioare, sarcini, intervenții chirurgicale, accidente ;
 - elemente fizice: grup sangvin, deficiente senzoriale, proteze, alergii;
 - rețeaua de susținere a pacientului: familie, prieteni.

1. COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA



– date variabile :

▪ legate de starea fizică a pacientului :

- temperatura,
- tensiunea arterială,
- funcția respiratorie,
- apetit sau anorexie,
- diureză,
- scaun,
- mișcarea,
- oboseală,
- durere,
- reacții alergice etc.

▪ legate de condițiile psihologice :

- anxietate,
- stres,
- confort,
- stare depresivă,
- stare de conștiență,
- grad de autonomie,
- capacitatea de comunicare.



1.COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA



Surse de informație :

- directă :
 - pacientul

- indirectă :
 - familia,
 - anturajul,
 - echipa medicală,
 - dosarul medical.



1. COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA



Mijloacele de a obține informații :

- observarea pacientului
- interviul pacientului
- consultarea surselor secundare



1. COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA



Observarea :

Este elementul principal pe care îl folosește asistenta pe parcursul activității utilizând organele de simț:

- vederea
- auzul
- atingerea
- mirosul

Asistenta trebuie să se ferească de :

- subiectivism
- judecăți preconcepute
- rutină și superficialitate
- lipsa de concentrare sau lipsa de continuitate

1. COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA



Interviul :

- este dialogul cu pacientul, se desfășoară în intimitate, permite depistarea nevoilor nesatisfăcute ale persoanei.

Obiectivele unui interviu sunt:

- - inițierea unei relații corespunzătoare între asistent și pacient;
- - obținerea informațiilor pe toate direcțiile: fizic, emoțional, social;
- - observarea atentă a pacientului și a comportamentului său;
- - dezvoltarea complianței terapeutice;



2. ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR



- pentru ca datele culese sa poata orienta asistenta spre interventii individualizate este important ca ele sa fie analizate si interpretate.
- aceasta presupune identificarea nevilor specifice ale pacientului, nu numai a celor care caracterizeaza orice fiinta umana.

Interpretarea datelor este un proces mental, împărțit în 2 faze:

- examinarea datelor culese și interpretarea lor;
- enunțarea unei judecăți clinice privind semnificația situației analizate;

2. ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR



Complexitatea analizei si interpretarii(dificultate).

- numărul mare de date culese (relativ la cele 14 nevoi)
- varietatea surselor de informații (pacient, familie, dosar, echipa de îngrijire etc)
- caracterul schimbător al unui mare număr de date
- subiectivitatea persoanei care culege datele
- caracterul adesea urgent și grav al situației.

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

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR



Analiza datelor se face prin :

- examinarea datelor
- clasificarea datelor : - date de independenta-acelea permit satisfacerea autonoma a nevoilor
 - date de dependenta
 - stabilirea problemelor de ingrijire
 - recunoasterea legaturilor si a prioritatilor (problemelor)
- regruparea datelor la fiecare din cele 14 nevoi. Regruparea permite identificarea resurselor individuale.

Interpretarea datelor inseamna a da un sens, a explica originea sau cauza problemei de dependenta adica, a defini sursele de dificultate.

- **Analiza si interpretarea datelor vor conduce asistenta la stabilirea diagnosticului de ingrijire.**

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR



Diagnosticul de ingrijire (de nursing)

Diagnosticul de ingrijiri/nursing este o problemă de sănătate actuală sau potențială, pe care asistentele medicale, în virtutea educației și experienței lor, sunt capabile și calificate să o trateze (Gordon -976).

În 1990 a fost adoptată oficial definiția diagnosticului de îngrijire (de nursing) de către Adunarea Generală (ANADI): „**Enunțul unei judecăți clinice asupra reacțiilor la problemele de sănătate prezente sau potențiale, la evenimentele de viață ale unei persoane, ale unei familii sau ale unei colectivități.**

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR

Componentele diagnosticului de ingrijire(de nursing)



Diagnosticul de ingrijire este format din doua sau trei parti principale:

- 1.Problema de dependenta a persoanei**
- 2.Cauza problemei de dependenta (etiologia)**
- 3.Semne si simptome**

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR

Componentele diagnosticului de ingrijire(de nursing)



Problema de dependenta

= o putem defini ca o schimbare defavorabila de ordin bio-psiho-social, cultural sau spiritual in satisfacerea unei nevoi fundamentale care se manifesta prin semne observabile.

-problemele de dependenta se definesc in urma analizei si interpretarii datelor (a manifestarilor de dependenta).

- termenii care arata o schimbare in starea de sanatate si frecvent folositi in formularea problemei sunt: **alterarea, deteriorarea, deficit, incapacitate, diminuare, dificultate, perturbare.**

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR

Componentele diagnosticului de ingrijire(de nursing)



- ❑ **De exemplu :** -alterarea starii de constienta ...
 - atingerea integritatii pielii....
 - alterarea integritatii fizice....
 - alterarea mobilitatii fizice...
 - alterarea eliminarii intestinale: constipatie.

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR

Componentele diagnosticului de ingrijire(de nursing)



Diagnosticul de ingrijire format din 3 parti utilizeaza formula P.E.S.

- 1.Probleme de sanatate**
- 2.Etiologia**
- 3.Semne si simptome**

P-Probleme de dependenta

E-Etiologia sau cauza

S-Semnele prin care se manifesta

Ex. P=alterarea eliminarii intestinale:constipatia

E=din cauza imobilitatii

S=manifestata prin scaune rare, dure, senzatii de presiune la nivelul rectului, dureri abdominale.

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR

Componentele diagnosticului de ingrijire(de nursing)



Exista 3 tipuri de diagnostice de ingrijire:

-diagnostic actual – cand manifestarile de dependenta sunt prezente, observabile;

-diagnostic potential – cand o problema poate surveni – daca nu se previne;

-diagnostic posibil – este acela care descrie o problema a carei prezenta nu este sigura. In loc sa se risca a descrie un diagnostic eronat, este preferabil sa se prezinte ca ceva posibil, atragand in felul acesta atentia personalului de ingrijire care urmeaza apoi sa infirme sau sa confirme diagnosticul.

2.ANALIZA SI INTERPRETAREA DATELOR

Componentele diagnosticului de ingrijire(de nursing)



Sinteza celor 3 tipuri de diagnostic de ingrijire

Actual – problema este prezenta, semnele si simptomele sunt validate si cauza identificabila.

Ex.”Alimentatie inadecvata prin deficit din cauza starii depresive” .

Potential – problema are mari sanse sa survina. Sunt prezenti factorii de risc.

Ex.”Atingerea potentiala a integritatii pielii, din cauza imobilitatii”.

Posibil – problema poate sa fie prezenta (prezenta problemei nu e certa), dar sunt indicii care lasa sa se intrevada. Colectarea de date va trebui sa infirme sau sa confirme.

Ex.”Perturbarea posibila a stimei de sine din cauza unei dificultati in asumarea rolului de tata sau disfunctii sexuale” .

3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



-dupa formularea diagnosticului de ingrijire, asistenta elaboreaza un plan de actiune, care sa influenteze pozitiv, starea fizica si mentala a persoanei si sa reduca problemele de dependenta.

Planificarea ingrijirilor inseamna stabilirea unui plan de interventie, prevederea etapelor, a mijloacelor de desfasurare ca si a precautiilor care trebuie luate.

- **Planul de interventie tine cont si de prescriptiile medicale.**

Planul de interventie cuprinde doua componente:

- **a) obiectivele de ingrijire**
- **b) interventiile**

3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



a.Obiectivele de ingrijire – prima componenta a planificarii ingrijirilor

Un obiectiv de ingrijire poate fi definit astfel:

- ❖ - descrierea unui comportament pe care-l asteptam de la pacient
- ❖ - un rezultat pe care dorim sa-l obtinem in urma interventiilor -comportamentul scontat al pacientului,un comportament care se doreste sa se vada in manifestarile pacientului
- ❖ - pacientul si familia trebuie inclusi in acest proces de formulare a obiectivului.
- ❖ vizeaza deci atitudinea, comportamentul sau actiunea pacientului insusi (sau a familiei, a grupului si colectivitatii).

3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



Caracteristicile unui obiectiv de ingrijire

Obiectivul de ingrijire trebuie astfel formulat incat sa reiasa clar si precis care sunt rezultatele pe care pacientul (familia, grupul, colectivul) si asistenta spera sa le obtina, precum si care sunt actiunile, interventiile pe care asistenta si pacientul (familia, grupul, colectivul) le pot intreprinde pentru a atinge scopul fixat.

Pentru aceasta, asistenta trebuie sa formuleze obiectivele pornind de la sistemul S.P.I.R.O.

S=specificitate

P=performanta (atitudine, comportament asteptat)

I=implicare

R=realism

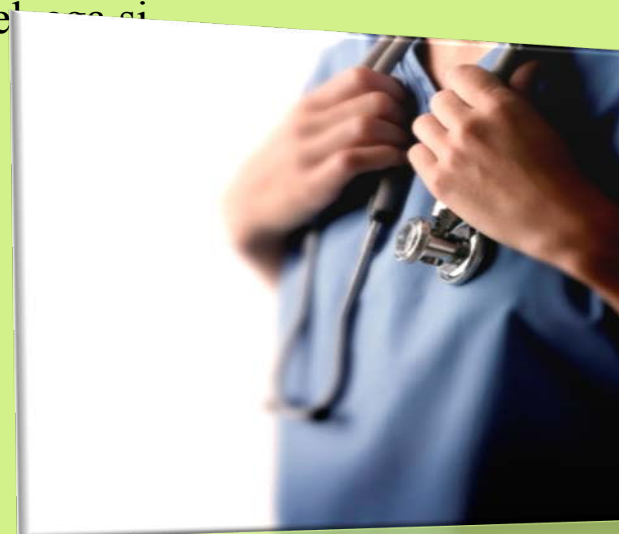
O=observabil

3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



Caracteristici obiectiv:

- **Specificitate** – sa apartina unui singur subiect (familie, grup etc.)
ex. “ca d-na X...”
- **Performanta** -actiuni, atitudini, comportamente asteptate de la persoana, pornind de la un verb activ. ex. “ca d-na X sa inteleaga si sa efectueze”
- **Implicarea** – exprima nivelul de implicare a persoanei (singur sau cu ajutor).



3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



Caracteristici obiectiv:

- **Realism** – adica obiectivul sa tina cont totdeauna de capacitatile fizice, intelectuale, afective ale persoanei;
-pentru a fi aplicabil, el trebuie sa fie realist si aceasta atat din punct de vedere al capacitatii persoanei, cat si din punct de vedere al abilitatii si disponibilitatii asistentei pentru a-l ajuta sa atinga obiectivul.
- **Observabil** – adica comportamentele, actiunile si atitudinile sa poata fi observabile, masurabile, evaluabile cu precizie. Se poate referi la diferite momente ale zilei, sau la un ritm de genul de 2 ori /zi sau de 3 ori/ zi, sau cantitate 10 pasi, 10 minute.



3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



Obiectivele pot fi :

1. -pe termen scurt (O.T.S.) ore ,zile
2. -pe termen mediu (O.T.M.) o saptamana
3. -pe termen lung (O.T.L.)saptamani, luni

Exemple:

O.T.S.- D-na X va fi asezata in fotoliu in fiecare zi, timp de o ora, de 3 ori pe zi – acesta este un obiectiv de interventie a asistentei

O.T.M. – Ca intr-o saptamana d-na X sa mearga fara ajutor pana la baie

O.T.L. – Ca d-na X sa-si mareasca progresiv mobilitatea degetelor ca sa fie capabila sa tricoteze in termen de o luna.

3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



b.Interventia – a 2 a componenta a planificarii ingrijirilor

Alegerea interventiei permite asistentei sa determine modul de a actiona pentru a corecta problema de dependenta a pacientului.

Deciziile pe care le adoptă asistentul medical în procesul de îngrijire sunt **activități sau intervenții** menite să conducă la rezultatele așteptate și specificate în obiectivele propuse în planul de îngrijire.

3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



b.Interventia – a 2 a componenta a planificarii ingrijirilor

Deciziile trebuie aibă următoarele caracteristici:

- să fie compatibile cu planul terapeutic;
- să fie bazate pe raționament științific;
- să fie specifice pentru fiecare persoană asistată;
- să folosească procedee educative de tip predare / învățare.

3.PLANIFICAREA INGRIJIRILOR* -a treia etapa a procesului de ingrijire



b.Interventia – a 2 a componenta a planificarii ingrijirilor

Pentru ca interventiile sa fie evaluabile trebuie:

-sa se indice la ce ora (2, 6 sau 10 ore), in care moment al zilei(dimineata, dupa baie etc.);

-la ce interval (de 3 ori pe zi, de 4 ori pe zi etc.);

-sau ce continuitate, pe ce durata trebuie sa se desfasoare actiunea asistentei sau sa se supravegheze continuu semnele (de ex.dispneea).

4.EXECUTAREA (APLICAREA)INGRIJIRILOR – a 4 a etapa a procesului de ingrijire



- constituie momentul realizarii constiente si voluntare interventiilor planificate pentru a obtine rezultatul asteptat.
- aplicarea in practica a actiunilor are ca scop sa ajute pacientul sa-si mentina sau sa-si recapete independenta sau un oarecare nivel de independenta
- sunt antrenati: pacientul, asistenta, echipa de ingrijire, familia (apartinatorii). Implicarea acestora are ca scop reducerea sau eliminarea cauzelor problemei.

5.EVALUAREA INGRIJIRILOR – a 5-a si ultima parte a demersului de ingrijire



- este aprecierea schimbărilor survenite în starea de sănătate a clientului în relație cu scopul propus, ca rezultat al intervențiilor asistentului medical.
- este considerată, în termeni de specialitate, CUM anume a răspuns pacientul după implementarea planului de acțiune.
- este o descriere precisă și o apreciere a rezultatelor îngrijirilor acordate pacientului, în funcție de obiectivele stabilite.

5.EVALUAREA INGRIJIRILOR – a 5-a si ultima parte a demersului de ingrijire



Evaluarea zilnică a planului de îngrijiri/nursing va trebui să răspundă la următoarele întrebări:

- Ating intervențiile propuse obiectivele intermediare de pacient?
- Sunt realiste orele și datele stabilite inițial?
- Este necesară modificarea intervențiilor de nursing pentru a asigura realizarea obiectivelor?
- Este necesară modificarea limbajului din plan sau a metodelor de comunicare, pentru buna participare a asistentelor medicale din celelalte schimburi?
- Este necesară consultarea altui membru din echipa de îngrijiri pentru mai multe informații care să ajute la identificarea cauzei, problemelor sau la elaborarea intervențiilor potrivite pentru realizarea obiectivelor?
- Există vreo modificare în starea pacientului care să necesite adăugarea unui nou diagnostic de nursing sau a unei probleme de colaborare?
- Este necesar să intervenim în lista de priorități inițială?

5.EVALUAREA INGRIJIRILOR – a 5-a si ultima parte a demersului de ingrijire



Evaluarea se face periodic la anumite intervale de timp. Ritmul este adesea indicat de obiectiv.

Evaluarea este o fază vitală, iar în caz de nereușită, procesul se reia.

Evaluarea urmarește două aspecte :

- rezultatul obținut sau schimbarea observată de nursing la pacient ;
- satisfacția pacientului.

5.EVALUAREA INGRIJIRILOR – a 5-a si ultima parte a demersului de ingrijire



- Raportat la rezultatul obtinut, evaluarea este un proces ciclic, care se repeta in functie de obiectivul stabilit si de obiectivele ulterioare, elaborate din faptul ca rezultatul asteptat inca nu a aparut .
- Cand se observa ca manifestarile de dependenta nu s-au diminuat, deci obiectivul nu a fost atins, procesul de nursing se reia, restructurand diagnosticul si planul de ingrijire.
- Evaluarea permite reajustarea obiectivelor si deci, reajustarea sau chiar modificarea interventiilor.

5.EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR – a 5-a și ultima parte a demersului de îngrijire



Principalele rațiuni pentru care este necesară utilizarea procesului nursing:

1. oferă o excelentă metodă de organizare a îngrijirii, atât individual, pentru fiecare persoană în parte, cât și a îngrijirii grupurilor sociale, punând accentul pe nevoile acestora;
2. sporește continuu interacțiunea dintre asistentul medical și client și facilitează colaborarea cu alte persoane implicate în procesul de îngrijire;
3. încurajează participarea activă a pacientului la propria îngrijire (pacientul devine membru al echipei);
4. promovează calitatea și eficiența actului de îngrijire.

MODEL PROCES DE NURSING



PLAN DE ÎNGRIJIRE				
Nr. crt.	Diagnostic de îngrijire (P.E.S.)	Obiective	Intervenții	Evaluare

STUDIU DE CAZ

58

Date de identitate	Pacientul E.N. în vârstă de 42 ani, cu domiciliul în București. S-a internat pe data de 27.02.2017 cu diagnosticul de colecistita acuta în perioada dureroasă, în secția de chirurgie a Spitalului Clinic de Urgenta Floreasca din București.
Motivele internării	Bolnavul acuza dureri accentuate în hipocondrul drept și epigastru, grețuri, vărsături. Bolnavul acuza dureri de cinci zile, la început sub formă de înțepături, apoi au început să se accentueze și să persiste. De câteva zile prezintă grețuri și vărsături postprandiale, meteorism și crampe abdominale, scaune diareice.
Profilul pacientului	Pacientul E.N. este căsătorita, are un copil (băiat) de 15 ani și lucrează la o firmă particulară de construcții din București. Este de naționalitate română și de religie ortodoxă. Domnul E.N. are o înălțime de 1,75 m și o greutate de 75 kg.
Perceperea stării de sănătate	În legătură cu regimul pe care trebuie să-1 urmeze în continuare, domnul E.N. afirmă că este dispus să-1 respecte, fiind conștient de importanța regimului alimentar în cadrul colecistitei acute; de asemenea, este hotărât să urmeze tratamentul la domiciliu pentru a-și redobândi sănătatea.

STUDIU DE CAZ

59

Istoricul bolii

Doamnel E.N., afirmă că are un apetit crescut, mănâncă bine de 5 ori pe zi. Îi plac mâncărurile condimentate și carnea de porc prăjită. În general, folosește rântășuri prăjite, spunând că altfel mâncarea nu are gust.

A fost sfătuit să renunțe la aceste obiceiuri dăunătoare, dar nu a reușit.

Bea 3 căni de cafea pe zi, la fiecare masă consuma câte un pahar de bere și fumează 1 pachet de țigări pe zi.

De câteva zile prezintă grețuri și vărsături postprandiale, meteorism și crampe abdominale.

Acuză dureri în hipocondrul drept și epigastru, uneori cu iradiere în umărul drept.

Se mișca mai lent datorită durerilor.

Are un somn agitat, este anxioas și vorbește despre durerile pe care le are.

Antecedente heredocolaterale

- ne semnificative.

Antecedente personale patologice

- fumător

Condiții de viață și de muncă

- locuiește într-un apartament, în condiții salubre, împreună cu soția și copilul de 15 ani.

Urocultura

- sterilă.

STUDIU DE CAZ

60

Examenul clinic general	<ul style="list-style-type: none">- stare generală satisfăcătoare;- stare de nutriție satisfăcătoare;- stare de conștiență prezentă;- facies necaracteristic;- tegumente și mucoase normal pigmentate;- fanere normale;- țesut conjunctivo-adipos normal reprezentat;- ganglionii limfatici nepalpabili;- mușchi vermo-motori și vermokinetici;- sistem osteoarticular aparent integru morfo-funcțional.
Aparatul respirator	<ul style="list-style-type: none">- torace normal conformat;- vibrații vocale transmise bilateral, simetrice;- murmur vezicular;- fără raluri;- disfonie;
Aparatul cardio-vascular	<ul style="list-style-type: none">- șoc apexian perceput în spațiul V intercostal stâng;- zgomote cardiace ritmice, bine bătute, fără sufluri;- puls periferic palpabil bilateral;- TA = 140/80 mm Hg;- AV = 70 b/min.
Aparatul digestiv	<ul style="list-style-type: none">- splină nepalpabilă, nepercutabilă;- dureri accentuate în hipocondrul drept și epigastru,
Examen obiectiv	<ul style="list-style-type: none">- inspecție – abdomen suplu, mobil cu mișcările respiratorii;- palpate – abdomen dureros, fără formațiuni tumorale palpabile;- percuție – sonoritate normală;- auscultație – zgomote hidroaerice prezente;- inspecția regiuni anale – fără aspecte patologice.

STUDIU DE CAZ

61

Aparatul digestiv	<ul style="list-style-type: none">- splină nepalpabilă, nepercutabilă;- dureri accentuate în hipocondrul drept și epigastru,
Examen obiectiv	<ul style="list-style-type: none">- inspecție – abdomen suplu, mobil cu mișcările respiratorii;- palpare – abdomen dureros, fără formațiuni tumorale palpabile;- percuție – sonoritate normală;- auscultație – zgomote hidroaerice prezente;- inspecția regiuni anale – fără aspecte patologice.
Aparatul urogenital	<ul style="list-style-type: none">- loje renale libere, nedureroase;- Giordano negativ bilateral;- micțiuni fiziologice.
Sistemul nervos central	<ul style="list-style-type: none">- orientat temporo-spațial.
Tușeul rectal	<ul style="list-style-type: none">- sfincterul anal normalton, ampula rectală cu pereții supli, conținând materii fecale de aspect și consistență normală;- prostata de dimensiuni și consistență normală, corespunzătoare vârstei.
Examen coproparazitologic	<ul style="list-style-type: none">- rare levuri (ciuperci microscopice unicelulare).
Urocultura	<ul style="list-style-type: none">- sterilă.

Am preluat bolnavul E.N. în vârstă de 42 de ani, o înălțime de 1,75 cm, greutatea corporală 75 kg. Este muncitor la o firmă particulară din București unde are și locuința împreună cu soția și copilul lor de 15 ani.

Din culegerea datelor pe care le-am făcut în vederea planului de îngrijire, am constatat că pacientul se confruntă cu o perioadă de criză în ce privește sănătatea lui, fapt pentru care s-a prezentat la spital, fiind adus de salvarea unității spitalului din București.

Doamna E.N., afirmă că are un apetit crescut, mănâncă bine de 5 ori pe zi. Îi plac mâncărurile condimentate și carnea de porc prăjită. În general, folosește răntășuri prăjite, spunând că altfel mâncarea nu are gust. A fost sfătuit să renunțe la aceste obiceiuri dăunătoare, dar nu a reușit. Bea 3 căni de cafea pe zi, la fiecare masă consuma câte un pahar de bere și fumează 1 pachet de țigări pe zi. De câteva zile prezintă grețuri și vărsături postprandiale, meteorism și crampe abdominale și diaree. Acuză dureri în hipocondrul drept și epigastru, uneori cu iradiere în umărul drept. Se mișca mai lent datorită durerilor. Are un somn agitat, este anxios și vorbește despre durerile pe care le are.

Domnul E.N. are o dentiție bună, preferă carnea de porc, carnea de vită, ouă, brânză de vaci, smantana și sunca. Dintre fructe îi plac merele, bananele, perele iar dintre băuturile preferate amintim: vinul roșu și berea. Pacientul este fumător și consumă cafea și alcool.

Prezintă o respirație accelerată, frecvența respirației fiind de 22 resp/min.

La măsurarea T.A., și pulsului i s-au înregistrat valori ale T.A.=140/80 mmHg și pulsului = 70 bătăi/min.

De asemenea pacientul a avut scaune diareice, este hidratat parenteral la început cu 1000 ml soluție de glucoză 10 % + 10 u.i. insulina și elimină 800 ml urina/24 h. Transpiră foarte mult, mai ales în timpul cât îi merge perfuzia.

La măsurarea temperaturii domnul E.N. a prezentat valori cuprinse între 37,4-38,7°C. Deși integritatea fizică este prezentă, domnul E.N. prezintă o slăbiciune fizică marcată și amețeală la ridicarea din pat.

Chiar dacă doarme cca. 8-9 h/noapte pacientul afirmă că se simte foarte obosit la trezirea din somn, are amețeli și o durere de cap care persistă 1-2 h după trezirea din somn.

Data fiind situația în care se află, domnul E.N. este nevoit să stea imobilizat la pat în timpul perfuziei (cca. 4 h pe zi), fapt care îl face să fie mai nervos, mai neliniștit.

Este un om simplu și își alege îmbrăcămintea în funcție de anotimp și de locul unde urmează să meargă (la locul de muncă, în societate). Pacientul se îmbracă și se dezbracă singur.

Domnului E.N. îi place să fie curat și pentru a-și satisface această nevoie, el face câte 1-2 dușuri/zi și de 2 ori pe săptămână baie generală. Părul este tuns scurt, iar în fiecare dimineață pacientul se spală pe dinți, înainte de a pleca la serviciu.

Chiar dacă Domnul E.N. nu are o părere bună despre personalul medical în general, până la urmă s-a decis să meargă la spital cu salvarea. Deși a refuzat la început să i se monteze perfuzii, până la urmă a fost convins de necesitatea lor, dar pacientul are în continuare o teamă față de tratament.

Nu este prea comunicativ, se simte singur și mărturisește că nu are încredere în personalul medical. De altfel pacientul se lasă greu convins pentru efectuarea unor tehnici de către asistenta medicală.

Este de religie ortodoxă și merge foarte rar la Biserică.

El afirmă că este mulțumit de serviciul pe care-l are pentru că este bine plătit și la timp.

Nu prea îi place să citească ziarele, să vizioneze la televizor, în schimb îi plac excursiile la munte, “la aer curat” și dacă dispune de bani acest lucru îl face de cca. 3 ori/an împreună cu soția și copilul.

În legătură cu regimul pe care trebuie să-l urmeze în continuare, domnul E.N. afirmă că este dispus să-l respecte, fiind conștient de importanța regimului alimentar ; de asemenea, este hotărât să urmeze tratamentul la domiciliu pentru a-și redobândi sănătatea.

Din dialogul purtat cu pacientul am constatat ca este o persoana pasnica,este nelinistita in privinta interventiei chirurgicale, dar este dispusa sa colaboreze cu echipa de ingrijire pentru a se putea intoarce cat mai repede la munca.

Analizand datele din anamneza, examenul clinic, examenul de laborator si din dialogul purtat cu bolnavul, pot aprecia ca pacientul prezintă urmatoarele diagnostice de ingrijire, probleme cu manifestari de dependenta in urmatoarele nevoi fundamentale, pentru care trebuie să fie ingrijit, sustinut fizic si psihic:

1. Nevoia de a se alimenta și hidrata.
2. Nevoia de ași păstra temperatura corpului în limite normale.
3. Nevoia de a respira.
4. Nevoia de a elimina..
5. Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură.
6. Nevoia de a dormi și a se odihni
7. Nevoia de a evita pericolele
8. Nevoia de a comunica

După stabilirea problemelor de dependență apreciez că bolnavul este independent în satisfacerea următoarelor nevoi:

1. Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca – bolnavul prezintă veșminte curate alese după gust și circumstanțe adecvate climatului și anotimpului.
2. Nevoia de a fi curat, îngrijit, de a proteja tegumentele și mucoasele – configurație normală, curățenie, mucoase umede, duș, baie frecvent.
3. Nevoia de a practica religia – participă la slujbe religioase ocazional.
4. Nevoia de a fi preocupat în vederea realizării – integritate psihică, manifestă ambiție în realizarea activităților specifice ale vârstei sale.
5. Nevoia de a se recrea – scăderea stării de încordare, capacitate fizică bună, dezvoltare psihologică și emoțională optimă.
6. Nevoia de a învăța cum să-și pastreze sănătatea – dorința și interesul de a învăța, acumularea de cunoștințe.

PREOPERATOR-1.Nevoia de a se alimenta și hidrata

65

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Problema: -incapacitatea de a se alimenta si hidrata -alimentatie in deficit cantitativ si calitativ Sursa de dificultate -prezenta sondei gastrice -interventia chirurgicala -restrictia de regim Manifestări de dependență -greață; -vărsături; -durerii in hipocondrul drept si epigastru.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul sa fie echilibrat hidro-electrolitic si nutritional pana la reluarea alimentatiei P.O - urmăresc ca pacientul să-și diminueze greața și vărsăturile în 24 h; - sa nu prezinte deficit nutritional si hidro-electrolitic - să fie echilibrat psihic. 	<ul style="list-style-type: none"> - evaluez gradul de deshidratare - urmăresc functionalitatea perfuziei - alimentez pacientul parenteral conform indicatiilor in primele doua zile - urmăresc zilnic curba ponderala prin cantarirea pacientei - observ aspectul tegumentelor si mucoaselor. - explorez preferințele pacientu-lui asupra alimentelor permise și interzise; - recoltez sânge pentru următoarele analize: HLG, V.S.H., glicemie, uree, creatinină, acid uric, electroforeză, TGO, TGP, urină pentru urocultură, materii fecale pentru examenul coproparazitologic; administrez medicamente prescrise de medic în F.O.; glucoza 5%1000ml -vit B1,B2,B6. - Scobutil = 2fiole/zi;Papaverină = 2fiole/zi; - Stugeron = 2tb/zi, - Zantac = 2tb/zi; Dormicum = 1tb/zi, Diclofenac = 1tb/zi 	<p>27.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientul are o greutate corporală de 76 kg; <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - greața și vărsăturile au diminuat în 24h și nu mai sunt prezente astăzi; - evolutie buna pacientul este echilibrata hidro-electrolitic si nutritional

2. Nevoia de a-și menține temperatura în limite normale

66

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Hipertermie prin tulburări metabolice cu stare de deshidratare prin vărsături, temperatură, slăbiciune fizică.</p> <p>Problema</p> <ul style="list-style-type: none"> hipertermie. <p>Sursa de dificultate</p> <ul style="list-style-type: none"> tulburări metabolice cu stare de deshidratare. <p>Manifestări de dependență</p> <ul style="list-style-type: none"> vărsături; temperatură; slăbiciune fizică; 	<ul style="list-style-type: none"> pacientul: să-și diminueze temperatura cu 1-2 °C în timp de 3 zile; să fie echilibrat hidroelectrolitic; să aibă o stare de bine fizic și psihic. 	<ul style="list-style-type: none"> aerisesc încăperea; ajut să-și mențină tegumentele curate și uscate; schimb lenjeria de pat și de corp, asigur îmbrăcă-minte ușoară și comodă; mențin igiena riguroasă a plicilor și spațiilor interdigitale; serveșc pacientul cu cantități mari de lichide calde; calculez bilanțul ingesta- excreta pe 24 h; Scobutil = 1fiolă/zi; Metoclopramid 1fiolă; Papaverină = 1fiolă/zi; Clopromazin = 1 fiolă perfuzie cu; Glucoză 5%-1000 ml; Ser fiziologic 1500 ml. 	<p>27.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> pacientul are o temperatură de 37,4-38,57grade C. <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> pacientul are temperatura corpului cuprinsă între 36,5 36,7 grade C axilar; pacientul nu mai transpiră și nu prezintă stare de disconfort fizic și psihic. <p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> pacientul este

o bună circulație

67

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Potențial de modificare a funcției respiratorii legat de anxietate manifestată prin neliniște, oboseală fizică și psihică.</p> <p>Probleme</p> <ul style="list-style-type: none">– potențial de modificare a funcției respiratorii. <p>Surse de dificultate</p> <ul style="list-style-type: none">– anxietate.– fumatul <p>Manifestări de dependență</p> <ul style="list-style-type: none">– neliniște;– oboseală fizică și psihică.	<ul style="list-style-type: none">– exerciții de relaxare pentru diminuarea neliniștii și oboselii fizice și psihice;– pacientul sa renunțe la fumat– pacientul să prezinte căi respiratorii libere și o bună respirație.	<ul style="list-style-type: none">– poziționez pacientul în poziția semișezândă pentru a putea favoriza respirația;– aerisesc salonul;– monitorizez respirația;– învăț pacientul să facă exerciții de respirație, să utilizeze tehnici de relaxare;– pregătirea fizică și psihică în vederea oricărei tehnici la care va fi supus;– administrez:<ul style="list-style-type: none">– Metoclopramid = 3fiole/zi;– Scobutil=3fiole/zi;– Papaverină = 3fiole/zi;– Zantac = 2tab/zi;– Clopromazin = 1fiolă/zi;– Diazepam = 1tb/zi.	<p>27.02.2017 R = 22/min</p> <ul style="list-style-type: none">– prezintă căi respiratorii libere. <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none">– pacientul nu mai are respirație accelerată și nu prezintă o stare de disconfort. <p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none">– obiectiv realizat.

4. Nevoia de a evita pericolele

68

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Anxietate legată de imobilizare manifestată prin neliniște, nerăbdare, apatie, slăbiciune, tristețe.</p> <p>Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> - anxietate. <p>Surse de dificultate</p> <ul style="list-style-type: none"> - imobilizare. <p>Manifestări de dependență</p> <ul style="list-style-type: none"> - neliniște; - nerăbdare; - apatie; - slăbiciune; - tristețe. 	<ul style="list-style-type: none"> - înlăturarea stării depresive și a anxietății în termen de 3 zile; - pacientul să fie echilibrat fizic și psihic; - să beneficieze de un mediu de siguranță fără accidente și infecții. 	<ul style="list-style-type: none"> - asigur condițiile de mediu adecvate pentru a evita pericolele prin accidente; - amplasez pacientul în salon în funcție de starea, afecțiunea și receptivitatea acestuia; - iau măsuri sporite de evitare a transmiterii infecțiilor în cazul îmbolnăvirilor cu boli transmisibile prin izolarea pacienților, respectarea circuitelor, măsuri de igienă spitalicească (condiții de cazare, microclimat, alimentație, aprovizionare cu apă, îndepărtarea rezidurilor, sterilizare, curățenie, dezinfecție); - favorizez adaptarea persoanei la noul mediu; - creez un mediu optim pentru ca pacientul să-și poată exprima emoțiile nevoile; - ajut pacientul să-și recunoască și să-și accepte anxietatea; - administrez medicație analgezică, sedative, anxiolitice, antiaritmice la indicația medicului; - oxigenoterapie pe sonda nazală; - Distonocalm; - Scobutil = 1fiolă/8h; Zantac = 2tb/zi; - Clopromazin = 1fiolă/zi; - perfuzie cu: glucoză 10%+10 u.i.; 	<p>27.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - la internare pacientul prezintă anxietate, neliniște, temeri, panică datorită atingerii integrității fizice. <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientul prezintă diminuarea anxietății care îi asigură confortul fizic și psihic adecvat pentru intervenția chirurgicală; <ul style="list-style-type: none"> - TA =130/90 mmHg; - AV=82 bătăi/min; - R=18 resp/min. <p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiectiv

5. Nevoia de a elimina

69

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Deshidratare legată de diaree, eliminare urinară insuficientă calitativ manifestată prin oligoanurie, tulburări în peristaltismul intestinal.</p> <p>Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> - deshidratare. <p>Surse de dificultate</p> <ul style="list-style-type: none"> - diaree; - eliminare urinară insuficientă calitativ. <p>Manifestări de dependență</p> <ul style="list-style-type: none"> - oligoanurie; - tulburări în peristaltismul intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să fie echilibrat electrolitic și nutrițional; - reluarea tranzitului intestinal în 1-3 zile, în limite fiziologice; - să aibă tegumente perianale curate și integre; - să aibă o stare de bine, de confort și de 	<ul style="list-style-type: none"> - aerisesc încăperea, ajut să-și mențină tegumentele curate și uscate, schimb lenjeria de pat și de corp; - asigur îmbrăcăminte ușoară și comodă, mențin igiena plicilor și spațiilor interdigitale; - observ apariția primului scaun; - observ eliminările și le notez în foaia de observație; - glucoză 10%; - (5 u.i. insulină la 250 ml glucoză); - Administrez: - Metoclopramid = 2 fiole/zi; - Scobutil = 2 fiole/zi; - Zantac = 2 tb/zi; - Clopromazin = 1 fiolă/zi; - Diazepam = 1 tb/zi; - Diclofenac gel. 	<p>27.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientul este echilibrat hidroelectrolitic. <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientul nu mai prezintă respirație accelerată cu transpirații abundente. <p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiectiv realizat.

6. Nevoia de a dormi și a se odihni

70

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Tulburări de somn cauzate de durere manifestate prin somn întrerupt, cu diminuarea stării de confort.</p> <p>Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> - tulburări de somn. <p>Surse de dificultate</p> <ul style="list-style-type: none"> - durere . <p>Manifestări de dependență</p> <ul style="list-style-type: none"> - somn întrerupt cu diminuarea stării de confort. 	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să aibă un somn liniștit, odihnitor; - să nu mai prezinte oboseală; - să-și amelioreze starea generală; - să îndeplinească activități zilnice după ritm, dorință, intensitate; - să fie activ, cooperant. 	<ul style="list-style-type: none"> - asigurarea unei poziții comode în limita posibilului; - în timpul zilei să aibe un program recreativ; - aerisesc salonul; - observ și notez calitatea somnului; - asigur lenjerie de pat și de corp curate și confortabile; - administrez : - Hismanal = 1tb/zi; - Metoclopramid = 2fiole/zi; - Scobutil = 3fiole/zi; - Papaverină = 3fiole/zi; - Zantac = 2tb/zi; - Clopromazin = 1fiolă/zi; - Diazepam = 1tb/zi. 	<p>27.02. 2017</p> <p>pacientul prezintă anxietate, stare de disconfort.</p> <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientul nu mai este anxios, este odihnit, comunică ușor își îndeplinește activitățile cotidiene. <p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiectiv realizat.

7. Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură

71

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Intoleranță la activitate legată de slăbiciune fizică manifestată prin oboseală și refuz de a face activitate.</p> <p>Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> intoleranță la activitate. <p>Surse de dificultate</p> <ul style="list-style-type: none"> slăbiciune fizică. <p>Manifestări de dependență</p> <ul style="list-style-type: none"> oboseală și refuz de a face activitate. 	<ul style="list-style-type: none"> pacientul să-și recapete independența în mișcare în 3 zile; pacientul să-și mențină tonusul muscular și mobilitatea articulațiilor or; să fie echilibrat psihic. 	<ul style="list-style-type: none"> planific un program de exerciții în funcție de capacitatea pacientului; pregătesc psihic pacientul în vederea oricărei tehnici de îngrijire; redau încredere pacientului că starea actuală este trecătoare și că se va face bine; suplinesc pacientul în satisfacerea nevoilor sale, îl servesc la pat cu cele necesare; administrez medicația prescrisă de medic: Scobutil = 2fiole/zi; Papaverină = 2fiole/zi; Ketonal=2f/zi Maprobamat = 2tb/zi; Stugeron = 2tb/zi; Zantac = 2tb/zi; Dormicum = 1tb/zi; Diclofenac= 1tb/zi; Papaverină = 1fiolă/zi. 	<p>27.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> pacientul are o greutate corporală = 76kg. <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> este echilibrat psihic; vărsături diminuate; toleranță la efort. <p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> vărsăturile au diminuat în 24h; pacientul a respectat regimul și se hidratează singur; obiectiv realizat.

8. Nevoia de a comunica

72

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome și delegate	Evaluare
<p>Dificultate în satisfacerea nevoii de a comunica datorită statusului social defavorabil manifestată prin retragere și izolare.</p> <p>Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> - dificultate în satisfacerea nevoii de a comunica. <p>Surse de dificultate</p> <ul style="list-style-type: none"> - statusul social defavorabil. <p>Manifestări de dependență</p> <ul style="list-style-type: none"> - retragere și izolare. 	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să se poată afirma și să aibă percepție pozitivă de sine în 3 zile; - să aibă o gândire pozitivă; - să fie echilibrat fizic și psihic; - să fie dispus să socializeze cu cei din jur. 	<ul style="list-style-type: none"> - furnizez mijloace de comunicare adecvate stării pacientului și informațiile de care are nevoie în ceea ce privește boala, tratamentul; - cercetez posibilitățile de comunicare ale bolnavului și îi furnizez mijloace de comunicare; - asigur un mediu de securitate, liniște, îl familiarizez cu mediul sau ambientul; - îl încurajez să discute cu persoanele din salon; - administrez medicația recomandată de medic: <ul style="list-style-type: none"> - Metoclopramid = 2f/zi; - Scobutil = 2f/zi; - Zantac = 2tb/zi; - Clopromazin = 1f/zi; - Diazepam = 1tb/zi; - Diclofenac = gel. - Ketonol = 2f/zi 	<p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - la internare pacientul se prezintă cu lipsa de încredere în personalul medical; - nu acceptă tratamentul medical. <p>28.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - comportamentul bolnavului față de alte persoane este bun. <p>29.02.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientul comunică cu cei din jur și are o percepție pozitivă față de sine și față de boală;

Nevoia Fundamentală	Manifestări de independență	Obiective	Intervenții autonome
Nevoia de a-și menține tegumentele și mucoasele întregre	<ul style="list-style-type: none"> - configurație normală, curățenie, mucoase umede; - duș, baie frecvent. 	<ul style="list-style-type: none"> - să evite orice infecție care ar putea determina atingerea integrității tegumentelor și mucoaselor. 	<ul style="list-style-type: none"> - îl învăț cum să se protejeze împotriva infecțiilor; - îl învăț măsuri de igienă.
Nevoia de a-și practica religia	<ul style="list-style-type: none"> - participă la slujbe religioase ocazional. 	<ul style="list-style-type: none"> - respectarea convingerilor. 	<ul style="list-style-type: none"> - determin pacientul să-și exprime propriile convingeri.
Nevoia de a se realiza	<ul style="list-style-type: none"> - integritate psihică; - manifestă ambiție în realizarea activităților specifice ale vârstei sale. 	<ul style="list-style-type: none"> - să-și continue activitățile conform vârstei și aptitudinilor sale; - să-și cunoască resursele intelectuale. 	<ul style="list-style-type: none"> - încurajez pacientul în orice activitate care îl interesează; - îl stimulez pentru a obține performanța dorită.
Nevoia de a se recrea	<ul style="list-style-type: none"> - scăderea stării de încordare; - capacitate fizică bună; - dezvoltare psihologică și emoțională optimă. 	<ul style="list-style-type: none"> - planific cu pacientul activități recreative; - asigur condițiile necesare realizării activităților. 	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul este mulțumit.
Nevoia de a învăța	<ul style="list-style-type: none"> - dorința și interesul de a învăța; - acumularea de cunoștințe. 	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul trebuie să cunoască norme de menținere a sănătății. 	<ul style="list-style-type: none"> - îi susțin motivarea față de cunoștințele pe care urmează să le dobândească.

VA MULTUMESC!