



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale  
2014-2020

# GHID DE INTERVENȚIE CLINICĂ

PENTRU ASISTENȚII MEDICALI

# ÎN DOMENIUL DEPRESIEI



# **GHID DE INTERVENȚIE CLINICĂ**

**PENTRU ASISTENȚII MEDICALI**

# **ÎN DOMENIUL DEPRESIEI**

*“Bolile sunt de doua feluri, cele ale trupului și cele ale mintii. Unele izvorăsc din celelalte. Suferințele mintii se trag din chinul trupului, tot așa cum suferințele trupesti se trag din chinul mintii.”*

*Text indian antic*

## **COLECTIV DE AUTORI**

**Coordonator elaborare ghiduri, Doctor Ileana Mihaela Botezat Antonescu**

**Coordonator grup de lucru, Doctor Pepita Stoica**

**Expert elaborare ghiduri, Psiholog Rozeta Drăghici**

**Expert elaborare ghiduri, Asistent medical Silvia Georgeta Teodorescu**

**Expert elaborare ghiduri, Asistent medical Mixandra Cordelia Zaharescu**

## CUVÂNT ÎNAINTE

Prezentul Ghid a fost realizat prin proiectul „Creșterea competențelor profesionale ale personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective și prevenția comportamentului suicidar”, proiect cu finanțare europeană obținută prin competiție de Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, în cadrul Programului Operațional Capital Uman.

Cu o valoare totală de 8.942.691,34 lei (aprox. 2 mil. euro) proiectul a avut ca obiectiv general îmbunătățirea nivelului de sănătate a populației și creșterea calității serviciilor medicale oferite către populație, în special în cele 7 regiuni mai puțin dezvoltate ale României, prin creșterea nivelului competențelor profesionale ale personalului angajat în sistemul public de sănătate mintală, în conformitate cu prevederile Programului Național de Sănătate Mintală, prin participarea la cursuri de formare profesională și schimburi de experiență și bune practici.

Proiectul a avut ca obiective specifice:

- competențe profesionale îmbunătățite prin cursuri de formare profesională acreditate, cu durata de 36 de ore, pentru 930 de cadre din sistemul medical public de sănătate mintală care lucrează cu adulți, din care 910 certificate (credite EMC);
- competențe profesionale îmbunătățite prin participări la schimburi de experiență și bune practici internaționale pentru 120 de cadre din sistemul medical public de sănătate mintală;
- 6 ghiduri și proceduri/ protocoale de lucru în domeniul sănătății mintale elaborate la nivel național pentru o practică unitară în domeniu, la standarde europene.

Prin nevoile identificate și soluțiile propuse, proiectul a dus la implementarea unui program complex de măsuri de natură să îmbunătățească nivelul de competențe al profesioniștilor din sistemul medical implicat în activități de sănătate mentală. De asemenea a stabilit direcții de acțiune care au contribuit la atingerea obiectivelor din domeniul sănătății mintale, ca domeniu prioritar, așa cum sunt prezentate în Strategia Națională de Sănătate 2014–2020 care stipulează că “asigurarea sănătății mintale a populației presupune accesul la servicii adecvate și eficiente”.

Nu în ultimul rând, a contribuit la soluționarea nevoii identificate prin Strategia Națională de Sănătate 2014–2020, respectiv aceea de a crește numărul de specialiști disponibili, de a spori calitatea serviciilor din spitalele de specialitate, de a schimba modelul prevalent de îngrijire în servicii spitalicești „învechit, necentrat pe client” într-unul modern, la standarde europene, centrat pe nevoile pacientului cu probleme de sănătate mintală.

**Coordonator elaborare ghiduri,**

**Dr. Ileana Botezat-Antonescu**

# CUPRINS

I. CONSIDERAȚII GENERALE	5
1.1. Introducere	5
1.2. Psihiatria	5
1.3. Scurt istoric	6
1.4. Dezvoltarea psihiatriei în România	7
1.5. Generalități despre depresie	8
II. PARTICULARITĂȚI DE ÎNGRIJIRE A PACIENTILOR CU AFECȚIUNI PSIHICE	9
III. ROLURILE ȘI FUNCȚIILE ASISTENTULUI MEDICAL ȘI STATUTUL SAU ÎN CADRUL ECHIPEI DE ÎNGRIJIRE	13
IV. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE (PROCES DE NURSING) – DATE GENERALE	19
4.1. Definiție	19
4.2. Evoluția procesului de nursing	20
4.3. Procesul de nursing: caracteristici, avantaje, cunoștințe necesare, activități ale asistentului medical	20
4.4. Etapele procesului de îngrijire	22
4.5. Elaborarea unui plan de îngrijire pentru pacientul cu depresie	29
4.6. Implementarea intervențiilor planificate	32
4.7. Evaluarea tehnicilor aplicate, evaluarea pacientului	35
V. INTERVENȚII AUTONOME ȘI DELEGATE ALE ASISTENTULUI MEDICAL	37
VI. MODELE DE ÎNGRIJIRE (TEORII DE ÎNGRIJIRE)	40
VII. ROLUL ASISTENTULUI MEDICAL ÎN COMUNICAREA TERAPEUTICĂ LA PACIENTII CU DEPRESIE	46
7.1. Noțiuni referitoare la comunicarea terapeutică în cazul pacienților cu adicții	46
7.2. Generalități despre comunicare	46
7.3. Noțiuni referitoare la comunicarea terapeutică în cazul pacienților cu depresie	48
VIII. ETICA ȘI DEONTOLOGIE ÎN ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DEPRESIE	55
IX. ASPECTE ALE ETICII PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL	59
X. BIBLIOGRAFIA	64

# I. CONSIDERAȚII GENERALE

## 1.1. Introducere

Acest ghid se adresează asistenților medicali profesioniști în sănătate, care își desfășoară activitatea în unitățile sanitare cu profil psihiatric, precum și asistenților medicali care vor să se specializeze în acest domeniu.

Ne-am îndreptat atenția în special asupra îngrijirilor acordate pacientului cu depresie, aceasta tulburare având implicații negative la nivel de individ, familie și societate.

Considerăm că apariția unei lucrări care vizează optimizarea îngrijirilor acordate de asistentul medical pacientului cu depresie, este utilă în momentul de față din motive temeinice: optând pentru formula concentrată de ghid, aceasta se dorește a fi un sprijin pentru colegii asistenți medicali din sistem, prin încercarea de a răspunde eventualelor nevoi de informare suplimentară.

Informațiile și recomandările sperăm că sunt utile îmbogățind experiența profesională deja acumulată în activitatea asistenților medicali și contribuind la realizarea unor îngrijiri de calitate, eficiente pentru pacienții cu depresie. Acesta este de fapt scopul ghidului: de a constitui un ajutor, o îndrumare pentru echipa de îngrijire în vederea realizării unor standarde de bune-practici în activitatea de îngrijire.

În demersul nostru ne-am propus câteva obiective, care se regăsesc în capitolele ghidului.

Un spațiu important am acordat procesului de îngrijire, având ca finalitate elaborarea unui plan de îngrijiri ce facilitează organizarea activității asistentului medical pentru a acorda îngrijiri individualizate și personalizate pacientului cu depresie. Am prezentat pentru a fi studiate câteva modele de îngrijire. De asemenea, am pus accent pe aspectul dezvoltării și aplicării abilităților de comunicare, aducând informații despre comunicarea terapeutică, indispensabilă în activitatea de îngrijire a pacientului cu depresie. Comunicarea a fost și este mereu necesară, atât cu pacientul, precum și cu familia acestuia și în cadrul echipei de îngrijire.

## 1.2. Psihiatria

**Psihiatria** (din limba greacă: psyche =suflet și iatros =medic) este ramura medicinei care se ocupa cu prevenirea, diagnosticarea, tratamentul și reabilitarea persoanelor cu boli mintale.

Tulburările psihice afectează comportamentul individual în toate dimensiunile sale și influențează aproape toate aspectele vieții unui pacient: funcțiile fizice, comportamentul, perceperea realității, relațiile interumane, sexualitatea, activitatea și timpul liber. De aceea câmpul de acțiune al psihiatriei s-a diversificat și s-a extins asupra unor subspecialități ca: psihiatria medico-legală, psihiatria copilului și adolescentului, gerontopsihiatria, etc.

De aceea, psihiatria poate fi definită ca o “disciplina de sinteză”, care are ca scop principal urmărirea și menținerea sănătății mintale.

Nu putem trece cu vederea însă existența unor dificultăți privind imaginea bolilor psihice și “stigmatizarea” bolnavilor, care, din păcate sunt încă parțial prezente în mentalul populației.

Stigma este un cuvânt derivat din limba greacă, care se referă la semne corporale desemnate să exprime ceva neobișnuit despre statutul moral al stigmatizatului. Stigmatizarea suferindului psihic se referă la slăbiciunea morală, pericolozitate și culpabilitate. Teoria stigmatelor a cuprins și domeniul bolilor cu specific psihiatric, fiind folosită ca “argument științific” de unele ideologii.

Pacienții cu boli psihice au fost văzuți mult timp ca niște “posedați de diavol”, fără sentimente umane, ținuti în lanțuri în celule solitare, ca niște obiecte care stârneau curiozitatea publicului. Astfel consecințele stigmatizării bolnavului psihic sunt dramatice și numeroase.

Ascunderea suferinței psihice de teama de a fi respins, ironizat conduce adesea la evitarea consultului psihiatric, cu consecințe severe asupra bolnavului. Acesta va trăi niște stări dramatice, precum sentimentele de jena, scăderea stimei de sine, eșec, anxietate, depresie. Stigma poate genera discriminare și abuz, bazându-se pe câteva convingeri și prejudecăți care trebuie combătute în rândurile mentalului colectiv.

Atitudinile populației sunt în general influențate de mass-media, de unele publicații medicale care analizează starea de sănătate în general și a sănătății mintale în special.

Astfel, mai multe studii recente sugerează faptul că atitudinile populației au suferit unele modificări devenind favorabile: unele persoane recunosc faptul că au un bolnav psihic în familie, sunt convinse de importanța și utilitatea tratamentului și accepta să angajeze de exemplu un bolnav psihic sau să locuiască în preajma lui. Sperăm că aceasta atitudine să devină predominată în viitor, în defavoarea prejudecăților care asupresc bolnavul psihic.

Au apărut de asemenea organizații voluntare, asociații naționale de sănătate mintală al căror rol este de a atrage atenția asupra dificultăților întâmpinate de pacienții psihici, asupra nevoii pentru servicii mai accesibile și mai bune și de a încuraja mediatizarea modelelor eficiente de asistență psihiatrică.

În general se consideră că pentru crearea unei imagini pozitive și corecte a bolii psihice și psihiatriei, profesioniștii din domeniul sănătății mintale împreună cu pacienții, familiile și organizațiile non-guvernamentale de profil este bine să lucreze în colaborare cu mass-media.

### 1.3. Scurt istoric

Istoria psihiatriei poate fi împărțită în 3 mari perioade:

- a. Perioada cuprinsă între Antichitate până în preajma Epocii moderne (sfârșitul secolului al XVIII-lea).
- b. Perioada Iluminismului (aparitia azilurilor pentru “alienați” mintal).
- c. Dezvoltarea științifică a psihiatriei, începând cu secolul al XIX-lea.
  - a. Vechii egipteni considerau că toate bolile, indiferent de manifestările lor, ar avea origine fizică și localizau în inima sediul acelor simptome, azi denumite psihice. Nu se făcea deosebire între afecțiunile trupesti și mintale.
    - În antichitatea greco-romana “nebunia” era considerată o pedeapsa divină ce se putea combate cu mijloace mistico-religioase.
    - Hipocrate a introdus conceptul inovativ după care starea de sănătate și boala depind

de echilibrul diverselor umori ("teoria umorala") și nu de intervenții divine. El neaga originea magica sau divina a epilepsiei, atribuindu-i o semnificație apropiată de vederile actuale.

- În timpul Imperiului roman: au rămas descrieri ale unor tulburări psihice prin Cicero ("Scrisorile Tusculane"). Că metode de tratament se foloseau: masajele, ventuzele, "luare de sânge", dieta. Nu existau azile sau spitale pentru bolnavi psihici.
- În Evul mediu prejudecățile capătă o influență și o dominație cu atât mai mare, cu cât în Europa medievală în perioada târzie a Evului mediu totul este sub controlul Inchiziției. Bolnavii psihici sunt considerați "posedați de Diavol", torturați și exorcizați, iar femeile alienate considerate vrăjitoare, sfârșesc adesea pe rug.
- Bolnavii mai agresivi sau agitați erau închiși în colivii de lemn sau duși în afara porților orașului.
- Totuși, se înființează la Londra renumitul "Bethleem Royal Hospital", cel mai vechi spital european pentru bolnavi psihici, care a funcționat până în 1948.
- Primele așezăminte speciale pentru bolnavi psihici sunt semnalate în secolul al XII-lea în unele Califate arabe, precum și la Cairo și Granada.
- b.** Încă din secolul al XVII-lea, medicii încep să interpreteze boala mintală din punct de vedere medical și descriu tablouri clinice ale bolilor psihice.

\* În 1758 medicul englez William Battie scrie "Tratat asupra nebuniei" și propune că bolnavii mintal să fie internați în aziluri.

\* Abia spre sfârșitul secolului al XVIII-lea, sub influența Iluminismului, începe să se dezvolte psihiatria clinică practică de medici în așezăminte special amenajate.

#### **c. Dezvoltarea științifică a psihiatriei**

- În a doua jumătate a secolului al XIX-lea "tulburările nervoase" devin o preocupare specială a medicilor. Charcot la spitalul "Salpetriere" din Paris se ocupa cu problema isteriei, iar Sigmund Freud, elevul său, dezvoltă concepția psihanalitică.
- După al doilea Război mondial, în urma progreselor făcute în cercetările de specialitate, psihiatria capătă tot mai mult un caracter biologic.
- Psihofarmacologia devine parte integrativă a psihiatriei, după ce Otto Loewi descoperă acetilcolina, primul neurotransmițător.
- Începând din anul 1980 neuroradiologia a devenit tot mai mult folosită în diagnosticul bolilor psihice, iar studiile de biologie moleculară arată că genetica are rol primordial în apariția tulburărilor mintale.

## **1.4. Dezvoltarea psihiatriei în România**

- Deși nu există informații suficiente asupra dezvoltării psihiatriei în țara noastră, este totuși cunoscut că primele așezăminte spitalicești (bolnițe) au apărut pe lângă biserici sau mănăstiri, unde uneori se găsea o icoană "făcătoare de minuni", că de exemplu la Biserica Sfântul Spiridon din Iași.
- S-au mai înființat: în București, pe lângă biserica Mărcuța, în 1813, un "lazaret" pentru bolnavi de ciumă, care în 1829 devine sediul unui ospiciu pentru alienați mintal.
- Învățământul de psihiatrie începe în 1867 cu un curs liber inițiat de doctor Alexandru Suțu. Acesta va conduce catedra până la pensionare, în 1910, când este preluată de către elevul său, Alexandru Obregia. Acesta va muta în 1923 clinica în noul "Spital Central de Boli Nervoase și Mintale", care astăzi îi poartă numele.



- Alți precursori de seama ai psihiatriei românești sunt: Gheorghe Marinescu, fost elev al lui Charcot: "știința fiind lumina și adevăr", el se manifesta împotriva unor "curente nesănătoase", precum științele oculte care întrețin "un spirit de obscurantism".
- Scoala românească de psihiatrie a susținut modelul social în ceea ce privește boala psihică.
- Acest sistem se axează pe influențele culturale, de mediu și familiale asupra exprimării bolii și trăirii ei.

## 1.5. Generalități despre depresie

Depresia a devenit cea mai frecventă suferință mintală la nivel de comunitate. Numită și "boala secolului XXI", depresia a luat o amploare îngrijorătoare, întrucât conform studiului desfășurat de către OMS, aceasta boala afectează circa 121 de milioane de persoane de pe întregul mapamond. Se estimează că anual 3 % până la 15% din populația generală prezintă un episod depresiv, iar în Europa, din 1 000 de adulți 58 prezintă tulburare depresivă majoră (deci 33,4 milioane de persoane).

Deoarece aceasta situație reprezintă zi de zi o provocare pentru profesioniștii din sănătatea mintală, depresia a devenit în acest moment una dintre cele mai studiate afecțiuni psihiatrice. În literatura de specialitate, depresia este definită ca fiind o "maladie mentală caracterizată printr-o modificare profundă a stării timice, a dispoziției, în sensul tristeții, al suferinței morale și încetirii psihomotorii". (J. Postel, pag 178)

Deși cauzele depresiei nu sunt pe deplin elucidate, viziunea unanimă actuală a cercetătorilor și clinicienilor se axează pe un model bio-psiho-social în care, la instalarea depresiei contribuie atât perturbări biochimice la nivelul creierului, cât și cauze psihologice sau sociale (stresul cotidian, evenimente de viață negative, ostilitatea mediului, etc).

Riscul este mai mare în cazul persoanelor care au antecedente de tulburări afective sau un istoric de afecțiuni psihice în familie, de consum de alcool sau substanțe psihoactive.

Grupul populațional cel mai expus riscului de declanșare a depresiei este reprezentat de adulții tineri care prezintă un episod depresiv major până la vârsta de 24 de ani.

## II. PARTICULARITĂȚI DE ÎNGRIJIRE A PACIENTILOR CU AFECȚIUNI PSIHICE

### a) Asigurarea condițiilor de mediu.

Activitatea de îngrijire a pacientului cu afecțiuni psihice, impune asistentului medical atitudini și comportamente deosebit de atente.

Trebuie să avem în vedere că există cazuri când pacienți îngrijiți în spitalele de psihiatrie nu sunt pe deplin responsabili de actele lor. Acest comportament deosebit al pacientului trebuie să fie bine cunoscut de către personalul de îngrijire, iar asistentul de îngrijire să vină în întâmpinarea sa cu o atitudine înțelegătoare, cu atât mai importantă cu cât bolnavii psihic internați în spital sunt lăsați o perioadă lungă de timp în îngrijirea și compania personalului de îngrijire. Chiar în contextul unor manifestări deosebite ale bolnavilor, asistentul medical trebuie să conștientizeze permanent nevoile pacientului și prioritățile de îngrijire.

Respectarea demnității umane a pacientului psihic, la fel că în orice alta instituție de îngrijire este unul din elementele de bază, ridicat la „rangul” de principiu pentru profesioniștii care îngrijesc acești bolnavi.

De aceea, în cursul demersului de îngrijiri accentul deosebit se pune pe relația de comunicare pacient – asistent medical, care are la bază observația atentă și o atitudine de tact și răbdare.

Condițiile de mediu în care bolnavul va fi tratat și îngrijit impune anumite condiții. Aceste condiții vizează:

- Construcția și funcționalitatea spitalului de psihiatrie este identică cu a altor secții.
- Saloanele comune, anexele coridoarele să fie spațioase luminate, aerisite bine, întreținute; iluminatul anexelor și a colturilor de coridoare atât ziua cât și noaptea este important deoarece în aceste locuri se pot izola bolnavii cu tentative de suicid.
- Condiție esențială: pe cât posibil se va evita în saloane și secții aglomerația, aceasta putând genera anxietate și disconfort.
- Camere izolate pentru bolnavii agitați, agresivi care intră în conflict cu ceilalți bolnavi precum și pentru cei care necesita contenție.
- Ușile dintre saloane/coridoare, camera de zi etc, trebuie ținute deschise pentru protecția și supravegherea pacienților.
- Mobilierul din secțiile în care sunt pacienți cu stări de agitație psiho-motorie trebuie să fie executat din material greu, fără unghiuri ascuțite astfel încât să nu constituie un risc sporit de auto sau heteroagresivitate.
- Corpul de iluminat se fixează direct pe tavan iar instalațiile tehnice sanitare, de ventilație, încălzire trebuie bine protejate deoarece bolnavii agitați au tendința de a le avaria și distruge.
- Ambianța spitalului nu trebuie să aibă un caracter ostentativ, dimpotrivă să se apropie cât mai mult de imaginea unui spital de alte specialități.

## **b) Îngrijirile generale**

Primirea pacientului în spital impune încă de la început adoptarea unui comportament adecvat față de manifestările bolnavului. Ne putem confrunta cu diferite situații:

- Unii bolnavi refuza internarea și își manifesta dezacordul față de formalitățile de primire.
- Unele măsuri obligatorii la internare necesita tact deosebit din partea asistentului medical: predarea obiectelor tăioase, briceag, lame de ras, chibrituri, chei, sau alte obiecte periculoase aflate asupra bolnavilor.
- Dacă este cazul, bolnavul va fi sedat pe cale medicamentoasă, la recomandarea medicului psihiatru de la camera de gardă sau serviciul de primire a urgentelor.
- Cu ocazia dezbrăcării și îmbrăcării bolnavului în haine de spital asistentul trebuie să observe atent tegumentele bolnavului care pot prezenta leziuni recente sau mai vechi: escoriații, echimoze, hematoame, cicatrici, care pot avea semnificație clinică (dacă se suspicionează leziuni cutanate autoprovocate se va informa imediat echipa de îngrijire).
- Astfel de leziuni se arata medicului care le consemnează în foaia de observație a pacientului.
- Un nou control se face pacientului înainte de a îl conduce în salon spre a verifica dacă au rămas asupra să medicamente sau obiecte cu care ar putea periclita siguranța proprie sau a celorlalți bolnavi.
- Imediat după internare pacientul trebuie ajutat pentru îndeplinirea unor nevoi fizice fundamentale: de exemplu, bolnavul cu depresie severă este retras și izolat, adesea nu este în stare să efectueze minimul de igiena corporală și deseori refuza alimentația.

## **c) Alimentația pacienților în secțiile de psihiatrie nu comporta probleme deosebite de dieto-terapie.**

Alimentația trebuie să fie mixtă normocalorică cu multe legume, fructe, lactate. Dacă bolnavii prezintă comorbidități somatice: hepatice, renale, digestive, etc, se instituie dieta adecvata.

- Bolnavii cu depresie internăți într-o stare de denutriție avansată necesită un aport caloric crescut, eventual conceput în colaborare cu specialiștii în boli de nutriție.
- Unii bolnavi psihici mai ales cei depresivi sunt predispuși la constipație care este indicat să se rezolve pe cale dietetică (fructe, legume bogate în celuloză) și numai în caz de eșec se efectuează clisme evacuatoare. Se evita purgativele care prin administrare repetată pot predispuși la constipație habituală.
- Pentru bolnavii tratați cu inhibitori de monoaminooxidaze se exclude consumul extractelor de carne și drojdie, vânatul, pestele afumat și sărat, unele preparate de brânză și se interzice alcoolul (vinul roșu sau bere) care poate conduce la reacții adverse grave.
- Alimentația bolnavilor inapetenți și acelor care refuza hrana se realizează prin alimentație pasivă, eventual cu linguriță. Aportul de lichide se asigură pe cale parenterală. Dacă aceasta alimentație nu mai este posibilă se recurge la alimentație artificială, prin sondă sau cameră implantabilă. La bolnavii psihici nu se poate menține sonda pe loc și de aceea sonda gastrică trebuie îndepărtată după fiecare alimentație și reintrodusă la alimentația următoare. Operațiunea se execută o dată, cel mult de două ori pe zi.

## **d) Elemente de supraveghere a bolnavului.**

În afara de supravegherea obișnuită a funcțiilor somatice uzuala în toate secțiile de spital, în secțiile de psihiatrie trebuie urmărite cu atenție aspecte caracteristice, particulare:

- Modul de alimentație, eventuale dificultăți de înghițire, cantitatea de lichide ingerate și funcțiile de eliminare; frecvent, bolnavii dau informații eronate, incomplete sau chiar nu pot oferi aceste informații.

- Supravegherea tratamentului medicamentos administrat impune observarea atentă a unor eventuale efecte secundare sau reacții adverse. De exemplu, tensiunea arterială poate scădea și determina amețeli, tulburări de echilibru, mers dificil. Aceste efecte secundare necesită supraveghere atentă și continuă.
- Supravegherea atentă a bolnavilor agitați care pot prezenta risc de agresivitate față de ceilalți bolnavi și/sau de personalul de îngrijire.
- Supravegherea atentă a pacienților cu tendința și cu tentative cunoscute de sinucidere (aici se includ și bolnavii cu stări depresive și insomnie rebelă).

**Acești pacienți cu risc suicidar** trebuie ținuti sub supraveghere permanentă - nu pot fi lăsați nici un moment singuri! Asistentul poate părăsi salonul numai dacă supravegherea este preluată de alt membru al echipei de îngrijire. Dificultățile cele mai mari le întâmpina schimbul de noapte, când numărul personalului în serviciu este mai scăzut.

### e) Administrarea medicamentelor

Tratamentul medicamentos în bolile psihice poate avea cai diverse de administrare: per os, injectabil intramuscular, perforabil, percutantă.

- Administrarea medicației bolnavilor psihici întâmpina frecvent dificultăți prin refuzul medicamentelor sau negativismul total al bolnavilor.
- Mulți bolnavi refuza medicamentele din diferite motive: frica de medicamente, frica față de efectele secundare ale medicamentelor. Unii bolnavi au credința că simptomele bolii de bază pentru care sunt tratați se datorează chiar medicamentului pe care asistentul vrea să-l administreze.
- Alteori bolnavul solicita el însuși anumite medicamente neindicate sau interzise de medic.
- Numeroși bolnavi refuza medicamentele deoarece nu au conștiința bolii și considera că nu au nevoie de medicamente.
- Asistentul trebuie să fie ferm în administrarea medicamentelor neinfluențat de unele acuze sau temeri fără suport ale unor bolnavi.
- Asistentul explica pe cât posibil importanța și efectul medicamentelor, timpul petrecut în acest fel cu bolnavul până la acceptarea medicamentului reprezintă o formă de câștigare a încrederii acestuia și a unei alianțe terapeutice absolut necesare pe termen lung.
- **IMPORTANT:** Bolnavul să fie servit numai cu doze unice de medicamente pe care să le înghită în față asistentului(ei). În unele cazuri asistentul trebuie să controleze cavitatea bucală a bolnavului spre a verifica dacă a înghițit medicamentul.
- Unii bolnavi recuperează din gura tabletele, le acumulează în intenția de a la utiliza pentru tentative de sinucidere.
- **Atenție deosebită** se acorda tratamentului cu inhibitorii de monoaminooxidază, care prezintă interacțiuni periculoase cu unele medicamente și alimente ceea ce determina creșterea tensiunii arteriale la valori ridicate și hemoragii subarahnoidiene; asistentul trebuie să fie foarte atent la respectarea regimului dietetic a acestor bolnavi și să evite servirea alimentelor interzise.
- În mod obișnuit în secția de psihiatrie se utilizează medicamente psihotrope: anxiolitice, hipnotice, antidepresive, stimulante, antipsihotice, precum și alte medicamente: antiparkinsoniene și antiepileptice. Aceste medicamente pot genera uneori efecte secundare, unele fără importanță, dar altele pot semnala efecte ce necesită intervenție de corecție. De aceea asistentul medical va lua în considerare și va anunța neîntârziat medicul în cazul în care bolnavul se plânge de: uscăciunea gurii, dificultăți de micțiune, cefalee, amețeli, erupții sau prurit cutanat, s.a.
- Aceeași atenție deosebită se impune dacă asistentul însuși observa la pacient: transpirația abundentă, puls neregulat, tahicardie, tremor, încordare spasme musculare, convulsii,

erupții cutanate, icter al sclerelor sau tegumentelor sau orice alte manifestări apărute în cursul tratamentului.

### **f) Educația pentru sănătate și probleme de responsabilitate față de bolnav**

Starea psihică și modul de gândire și comportament al bolnavilor cu afecțiuni psihice este foarte diversificat ceea ce impune stabilirea unor norme și reguli de educație pentru sănătate. În realitate aceasta activitate se suprapune cu psihoterapia care este una din metodele majore de tratament la secțiile de psihiatrie.

Educația pentru sănătate acorda o pondere deosebita familiei bolnavului cu care personalul de specialitate trebuie să realizeze o comunicare eficienta de informare despre modul de comportare față de bolnav după externare. De asemenea familia este informată despre obligativitatea continuării tratamentului, prezentarea regulată la controale medicale și pe cât posibil, reintegrarea lui în viață și activitatea cotidiană a familiei și chiar în activitatea profesională.

Menționăm din nou responsabilitatea asistentului(ei) medical pentru integritatea corporală a bolnavilor îngrijiți mai ales în cazul celor agresivi sau cu tendința la sinucidere.

- Este interzis să rămână asupra bolnavului orice obiect care poate cauza prejudicii în integritatea corporală.
- Atenție deosebita se acorda prevenirii posibilităților de a se spânzura.
- În zilele de vizita se acorda atenție deosebita aparținătorilor care, în lipsa unei informări corecte, ar putea aduce bolnavilor lame, curele de pantaloni, brichete, pixuri, obiecte de sticlă, foarfeca, etc.
- Medicamentele se păstrează cu grija deosebita într-un spațiu care nu este în nici un caz accesibil bolnavilor.
- Atenție la vizitatori, între care se pot afla unii care, profitând de starea bolnavului să îi pretindă semnături de contracte sau alte acte, ce pot genera prejudicii și /sau consecințe legale.

### III. ROLURILE ȘI FUNCȚIILE ASISTENTULUI MEDICAL ȘI STATUTUL SAU ÎN CADRUL ECHIPEI DE ÎNGRIJIRE

#### Definiția asistentului medical

**Florence Nightingale (1820-1910)** - " Asistentul medical are rolul de a aduce pacientul în cea mai buna condiție pentru că natura să acționeze asupra lui".

**Virginia Henderson (1897-1996)** - " Să ajuți individul, bolnav sau sănătos, să-și afle calea spre sănătate sau recuperare, să ajuți individul să-și folosească fiecare acțiune pentru a promova sau recupera sănătatea, cu condiția că acesta să aibă tăria, voința sau cunoștințele necesare pentru a o face și să acționeze în așa fel încât acesta să-și poarte singur de grija, cât mai curând posibil ."

**CIN - Consiliul International al Nurselor** – "Asistentul medical este o persoana care a parcurs un program de formare complet aprobat de CIN, a trecut cu succes examenele stabilite de CIN, îndeplinește standardele stabilite de CIN și este autorizata să practice aceasta profesie conform pregătirii și experienței sale."

Consiliul International al Nurselor (ICN) pune bazele progresului în nursing având că obiectiv major de a susține activitatea nurselor din asociațiile naționale (ANN).

**Rolul esențial** al asistentului medical consta în a ajuta și a asista individul să-și mențină sau redobândească sănătatea. Asistentul medical îndeplinind aceste funcții urmărește că pacientul să-și recâștige independența cât mai curând posibil. (Virginia Henderson, februarie 1991).

#### Rolul propriu al asistentului medical:

- Vizează compensarea parțială sau totală a diminuării sau absentei autonomiei.
- Ușurarea suferinței, ameliorarea calității vieții persoanei îngrijite și asistarea să în ultimele momente de viață.
- Promovarea sănătății și a autonomiei individului .
- Stabilirea procesului de îngrijire.
- Favorizarea inserției și reinserției în familie și/sau în societate.
- Îndeplinirea acestui rol necesită deprinderi și competente profesionale.

**Rolul autonom** vizează intervențiile pe care asistentul medical le poate decide și efectua pe baza nevoilor fundamentale perturbate, acordând pacientului îngrijiri adecvate și personalizate pentru a crea o stare de mai bine. Exemplu: toaleta pacientului, respectarea și supravegherea regimului alimentar, respectarea somnului bolnavului, tehnici de relaxare, etc. Aceste îngrijiri decurg din competențele proprii și au ca scop abordarea holistică a persoanei îngrijite.

**Rolul delegat** al asistentului medical: se referă la abilitatea asistentului medical de a îndeplini atribuții și de a aplica îngrijiri care decurg din prescripția și recomandările medicului specialist:

- Participarea la examinările clinice și paraclinice, inclusiv pregătirea necesară pentru examen și îngrijirile post-examinare;
- Aplicarea prescripțiilor medicale (administrarea medicamentelor, pansament, etc).
- Supravegherea clinică a bolnavului;
- Urmărirea și consemnarea efectelor terapeutice;
- Monitorizarea și semnalarea efectelor secundare și/sau a reacțiilor adverse medicamentoase;
- Participarea și colaborarea la aplicarea diferitelor tehnici invazive de examinare și/ sau îngrijire.

**Funcțiile asistentului medical** sunt constante și universale, indiferent de locul sau timpul acordării îngrijirilor, indiferent de statutul pacientului sau de resursele disponibile.

**Funcțiile de natură independentă** ale asistentului medical sunt:

- Asistentul medical asistă pacientul temporar sau definitiv în asigurarea unui grad de confort în funcție de vârstă, boala, deficiențe fizice, psihice sau intelectuale, sociale
- Stabilește relații de încredere cu pacientul, familia și/sau anturajul
- Ascultă și susține pacientul
- Participă activ la promovarea unor condiții mai bune de viață și sănătate
- Planifică, organizează și aplică îngrijiri persoanelor bolnave în funcție de planul de îngrijiri

Funcții de natură dependentă de recomandările medicului:

- Aplica metode de tratament
- Aplica metode de investigare
- Observa modificările provocate pacientului de boala/ afecțiuni comorile sau tratament și le transmite medicului
- Aplica metode de readaptare specifice

Funcții de natură interdependentă:

- Activitatea se desfășoară în contextul echipei interdisciplinare complexe în domeniul sanitar, social, educativ
- Acțiuni de depistare a tulburărilor de ordin fizic, psihic, social
- Acțiuni de educație pentru sănătate
- Acțiuni de rezolvare a problemelor psihosociale
- Acțiuni de organizare și gestionare a centrelor și unităților de îngrijire
- Acțiuni de cercetare și învățământ

**Pentru exercitarea funcțiilor, asistentul medical trebuie să utilizeze:**

- Cunoștințe teoretice și practice medicale
- Cunoștințe de economie
- Cunoștințe de informatică
- Cunoștințe de psihologie
- Cunoștințe de pedagogie

## **Alte funcții specifice asistentului medical:**

### **a) funcția profesională - rolul asistentului(ei) medicale -:**

- funcție tehnică
- funcție de umanizare a tehnicii
- funcție de consilier pentru sănătate
- funcție de promovare și menținere a sănătății
- funcție de prevenire a îmbolnăvirilor
- funcție de îngrijire și recuperare

Funcția profesională presupune din partea asistentului(ei):

- 1) să acorde îngrijiri directe
- 2) să educe pacienții
- 3) să educe alți profesioniști din sistemul de sănătate
- 4) să participe plener la activitatea echipei de îngrijire
- 5) să dezvolte îngrijiri medicale pe baza gândirii critice și a cercetării

### **b) Funcția educativă**

Asistentul medical face educație pentru sănătate:

- Pacienților și familiilor/apartinătorilor
- Personalului din subordine

### **c) Funcția economică**

- \* gestionarea serviciului
- \* organizarea timpului
- \* precizarea priorităților
- \* aprovizionarea cu material

### **d) Funcția de cercetare**

- se dezvoltă pe fondul unei pregătiri profesionale și etice superioare

## **Competențe profesionale**

Practicarea îngrijirilor medicale presupune **elemente de competență:**

### **1. cunoașterea unui model-cadru conceptual-definit prin:**

- **scopul profesiei**
  - **beneficiarul activității**
  - **rolul propriu**
  - **dificultăți întâlnite la nivelul pacientului**
  - **natura intervențiilor**
  - **consecințele intervențiilor**
- ### **2. cunoștințe acumulate:**
- **cunoștințe profesionale**
  - **cunoștințe științifice** – pentru înțelegerea ființei umane în dimensiunile sale fizice, intelectuale, afective, sociale
  - **cunoștințe tehnice** – noțiuni de abilitate tehnică, procedee și metode științifice ce servesc la promovarea sănătății și combaterea bolilor



- **cunoștințe relaționale** - capacitatea de a crea un climat adecvat de munca și de colaborare cu pacientul, anturajul pacientului, echipa de îngrijire, comunitatea.
  - **cunoștințe etice** – norme și principii referitoare la valorile morale ale persoanei și profesiei și care reglează buna conduită a asistentului medical
  - **cunoștințe legislative** - reglementari și directive incluse în legi care guvernează activitatea medicală și protejează pacientul
- 3. cunoașterea demersului științific al îngrijirilor**
- **demersul** științific este un instrument de investigație, analiza, interpretare, planificare și evaluare a îngrijirilor
  - se aplica individual
  - este științific prin derularea logică și sistematică
- 4. aplicarea îngrijirilor ținând cont de nivelele de îngrijire (primară, secundară sau terțiară) și de specificul îngrijirilor de sănătate primară.**
- 5. relația asistent-pacient- permite stabilirea unei comunicări eficiente:**
- comunicare funcțională- clară, eficace, cotidiană
  - comunicare pedagogică-transmiterea informațiilor despre boala, tratament, îngrijiri, recuperare.
  - comunicare terapeutică-relație de ajutor, de respect, acceptare, înțelegere și empatie.

#### **Tipuri de acțiuni:**

\***acțiuni de susținere și ajutor** oferind pacientului confort, tratament, îngrijiri, vindecare.

\***acțiuni de suplinire** care ajută pacientul să găsească mijloace pentru rezolvarea problemelor.

\***acțiuni de protecție** pentru promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor

#### **Calități și abilități**

##### **Calități ale asistentului medical:**

- calități morale și etice
- calități fizice
- calități profesionale-tehnice

Asistentul medical își desfășoară activitatea în diferite medii, domenii sau locuri cu scopul de a preveni sau trata bolile pentru îngrijirea celui suferind sau potențial suferind.

Pentru exercitarea profesiei sunt necesare anumite înclinații, aptitudini, și trăsături morale dublate de o bună și continuă pregătire profesională.

O conduită profesională contribuie la: alinarea suferințelor, reducerea perioadei acute a bolii, reintegrarea mai rapidă în societate.

##### **Calități morale:**

- empatie – capacitatea de a înțelege ce simt ceilalți
- altruism
- amabilitate
- atenție
- atitudine principială
- bunăvoință
- calm

- conștiințiozitate
- colegialitate
- fermitate
- moderație
- demnitate
- devotament
- inițiativă
- luciditate
- interes pentru noutate
- păstrarea secretului profesional
- punctualitate
- răbdare
- respectarea pudorii și sensibilității pacientului
- spirit critic și autocritic
- spirit de echipa și stăpânire de sine

### **Calități fizice:**

- forță fizica pentru transportul materialelor și mobilizarea bolnavilor
- rezistența fizică pentru serviciul în ture și ortostatism prelungit
- mișcări sigure, coordonate.

### **Calități profesionale:**

- pregătire pluridisciplinară, socială, tehnică, practică
- însușirea competențelor de bază
- cunoașterea corectă a tehnicilor generale și specifice de îngrijire.
- cunoașterea aparatului și instrumentarului folosit în tehnica medicală
- cunoașterea normelor și metodelor de profilaxie
- dorința de perfecționare continuă a pregătirii profesionale
- cunoașterea fișelor de lucru a tehnicilor de îngrijire generală și specială
- adoptarea unui stil de muncă corect:

\*și organizează și sistematizează activitatea – planifică îngrijiri medicale, elaborează plan de îngrijire.

\*cultiva spiritul de observație

\*verifică periodic efectul activității prestate

\*previne infecțiile intra spitalicești- autocontaminarea.

\*asigură predarea și preluarea serviciului

### **Atribuțiile asistentului medical în serviciul de psihiatrie**

- Informarea pacientului și furnizarea explicațiilor asupra sănătății mentale;
- Prevenirea unor accidente, prin supraveghere;
- Aplicare de intervenții în situațiile de criză;
- Educarea pentru sănătate prin stimularea capacității de comunicare a pacientului;
- Asistentul medical contribuie la menținerea climatului de viață al pacientului, controlând contactele sociale în secție;
- Asistentul medical trebuie să aibă o abordare metodică a atribuțiilor, în concordanță cu necesitățile pacientului și cu nevoile fundamentale ale acestuia.

Activitatea asistentului medical în serviciul de psihiatrie se desfășoară în echipe interdisciplinare și intradisciplinara. Asistenții medicali odată cu îndeplinirea sarcinilor de serviciu, trebuie să conlucreze atât cu colegii, cât și cu alți profesioniști în sănătate

Deoarece în nursingul psihiatric, asistentul medical se confrunta zilnic cu o munca încărcată emoțional, este necesar că echipa să ofere posibilitatea pentru:

- Recunoașterea faptului că fiecare asistent(ă) medical(ă) este la rândul sau un individ cu calități specifice;
- Acordarea de sprijin colegial și emoțional reciproc
- Colaborare, schimburi de păreri, reflecții.

Un aspect specific consta în necesitatea continuității îngrijirilor acordate pacientului pe perioada de timp a spitalizării. Asistentul medical supraveghează și coordonează toate deciziile referitoare la îngrijirea 24 de ore din 24 a pacientului.

Deci asistentul medical se afla lângă pacient în situații dificile, ceea ce conduce implicit la o exercitare multilaterală a profesiei sub mai multe aspecte. Exemplu: starea fizică a pacientului, problemele personale, relațiile sale cu ceilalți, etc. Nu trebuie pierdut din vedere că totul se desfășoară într-un mediu care se modifica permanent și în care oamenii nu au ales ei înșiși să fie împreună. Aceasta situație impune un nivel ridicat al priceperii profesionale, experienței și pregătirii continue a asistentului medical care îngrijește pacienți ce prezintă afecțiuni psihiatrice.

### **PRINCIPIILE NURSING-ULUI ÎN SANATATEA MENTALĂ**

1. Respectarea și înțelegerea nevoilor personale, a gândurilor și sentimentelor pacientului și a modului în care acestea afectează pacientul.
2. Utilizarea la maxim a resurselor proprii pentru a funcționa eficient în nursingul sănătății mentale.
3. Se va respecta demnitatea pacientului în relația de îngrijire.
4. Stabilirea unei relații de încredere cu pacientul și familia/apartinătorii, fără judecarea sau criticarea nici unui aspect care rezulta în urma evaluării sau tratamentului.
5. Onestitate în orice context sau circumstanță care au legătură cu pacientul.
6. Adoptarea unei atitudini de calm, empatie și optimism temperat pentru că pacientul să-și înfrângă teama și/sau temerile.
7. Încurajarea așteptărilor realiste, a ancorării în realitate.
8. Respectarea independenței și autodeterminării în relația cu pacientul.
9. Personalul medico-sanitar trebuie să aibă în permanentă în vedere că rolul membrilor echipei de îngrijire este acela de a constitui modele și sprijin pentru pacienții lor .
10. Comunicarea cu pacientul se face folosind un limbaj simplu și pe înțelesul sau. Comunicarea poate servi ca metoda de control al comportamentului.
11. Păstrarea obiectivității și a atitudinii profesioniste pe tot parcursul procesului de îngrijire.
12. Respectarea drepturilor pacientului fără nici un fel de discriminare.
13. Respectarea confidențialității și a secretului profesional.
14. Colaborarea cu membrii echipei de îngrijire în scopul unui tratament coordonat, la cele mai bune standarde și cu cele mai bune rezultate.
15. Dezvoltarea continuă a abilităților și cunoștințelor pentru a furniza cele mai noi și eficiente îngrijiri.

## IV. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE (PROCES DE NURSING) – DATE GENERALE

### 4.1 Definiție

Este un “instrument” intelectual, un mod rațional de organizare și sistematizare a activității asistentului medical, având ca scop stabilirea intervențiilor planificate, ordonate și individualizate.

- Este o metoda logica de organizare și desfășurare a activității de îngrijire
- Procesul de îngrijire are ca scop practic alcătuirea unui **plan de îngrijiri** personalizat, adaptat fiecărui pacient.
- Cu timpul, procesul nursing a evoluat în pas cu schimbările sociale, devenind în prezent **o metoda științifică de lucru** pentru asistenții medicali, un cadru pentru desfășurarea activității acestora.
- **Demersul de îngrijire** – este centrat pe reacțiile particulare ale fiecărui individ (este important de aplicat în fiecare specialitate și cu accent pe afecțiunile psihiatrice, că de exemplu la pacientul cu depresie)
- **Dosarul de îngrijire**- este suportul procesului de îngrijire:
  - Lista datelor necesare îngrijirii
  - Analiza și interpretarea datelor colectate
  - Documente de observare și evaluare (foi de temperatura, buletine de analize, foi de observație, etc).
- **Independenta** - competențele și funcțiile asistentului medical nu justifică stabilirea unui diagnostic medical. Totuși, asistentul medical are abilitatea de a stabili perturbările care intervin în satisfacerea nevoilor fundamentale ale pacientului. În cursul procesului de îngrijire asistentul medical va stabili **diagnosticul nursing**.
- **Independenta** este un status care presupune funcționarea plenară a ființei umane.

**Independenta** – pacient care are nevoile fundamentale satisfăcute, deci este autonom față de aceste nevoi și autonom în propria îngrijire.

**Dependenta**- imposibilitatea de a îndeplini singur acțiuni pentru propria îngrijire și menținere a sănătății, nevoi perturbate din diferite cauze că lipsa de cunoștințe, comportament nesănătos, boala, deficiența, etc.

Această perturbare reprezintă de fapt **problemă de dependenta**. Dependenta se manifestă prin anumite semne sau simptome care în terminologia nursing poartă numele de **manifestări de dependenta**.

- Procesul de îngrijire este aplicat în practica prin planul de îngrijire- document scris – mijloc de informare și comunicare în cadrul echipei de îngrijire vizând acordarea îngrijirilor eficiente și de calitate, planificate.

## 4.2 Evoluția procesului de nursing

\* Termenul de “proces de nursing” a fost introdus pentru prima dată de **Lydia Hall** în anul 1955 în Statele Unite ale Americii. Hall definește 3 etape ale procesului: observarea, acordarea ajutorului și validarea. De asemenea, recomandă că pacientul, familia și asistentul să analizeze și să rezolve împreună problemele pacientului;

\* Aceasta perspectivă a fost dezvoltată în următoarele 5 decenii, completându-se cu îmbunătățiri, abordări noi.

Printre cei care au contribuit ulterior la dezvoltarea procesului de nursing amintim:

- **F. R. Kreuer**, 1957 definește 3 etape ale procesului: coordonarea, planificarea și evaluarea îngrijirilor; de asemenea și el considera necesară implicarea familiei și a personalului auxiliar în acordarea îngrijirilor;
- **D. Johnson**, 1959 considera că procesul de nursing constă în aprecierea situației, luarea deciziilor, implementarea acțiunilor menite să rezolve problemele de evaluare.
- **Wiedenbach**, 1963 descrie că etape în procesul nursing: observarea, acordarea ajutorului, validarea; el face de asemenea referiri la obligația profesională a asistentului(ei), la specificul demersului ei și la scopul principal al acțiunilor întreprinse.
- **D. Bloch**, 1974 identifică 5 etape ale procesului de nursing: culegerea datelor, stabilirea problemei, planificarea și aplicarea intervențiilor, evaluarea acestora.
- **K. Gebbie și M. A. Revin**, 1975 în cadrul unei conferințe naționale prezintă 5 etape ale procesului nursing: aprecierea, diagnosticul, planificarea, intervențiile, evaluarea.
- **S. C. Roy**, 1976 prezintă 6 etape: aprecierea comportamentului pacientului și influența factorilor, selectarea problemei, obiective, intervenții și evaluare. Pledează pentru utilizarea termenului de diagnostic de nursing.
- În anul 1982 **Yura și Walsh, Munding și Jauron, Little și Carnevali, Bloch și Roy, Carlson, Craft și McGuire** definesc și descriu 5 etape ale procesului de nursing: aprecierea, analiza, planificarea, implementarea și evaluarea.

## 4.3. Procesul de nursing: caracteristici, avantaje, cunoștințe necesare, activități ale asistentului medical

### Caracteristici

- Procesul de nursing, organizat și planificat reprezintă o metodă rațională de organizare a îngrijirilor în scopul obținerii unei mai bune stări de sănătate pentru individ, familie, comunitate.
- Este centrat pe pacient și are ca scop rezolvarea științifică a problemelor de sănătate ale acestuia în funcție de nevoile sale bio-fiziologice, psihologice, sociale, spirituale.
- Este un proces dinamic în fiecare etapă putând obține noi date despre pacient
- Procesul de nursing este un sistem ciclic, deoarece toate etapele sale sunt în inter-relație.
- Procesul de nursing este transformat în acțiune prin utilizarea **planului de nursing**. Acesta este un document scris care prezintă etapele procesului și cu ajutorul căruia se transmit fiecărui asistent datele referitoare la pacient și la intervențiile efectuate.
- **Planul de nursing constituie un mijloc de comunicare a informațiilor pentru toate persoanele implicate în îngrijirea pacientului; este o documentație cu privire la intervențiile planificate pentru pacient.**

## **Avantajele procesului de nursing**

### **Pentru asistent:**

- permite luarea deciziilor pentru rezolvarea problemelor pacientului;
- evidențiază legalitatea acțiunilor;
- crește profesionalismul;
- crește responsabilitatea;
- da satisfacție muncii.

### **Pentru pacient:**

- Beneficiază de îngrijiri de calitate în funcție de nevoi;
- Are asigurată continuitatea îngrijirilor – planul fiind accesibil echipei de sănătate care are nevoie de un reper de informații pentru fiecare problema;
- Determină pacientul să participe la îngrijiri și să se preocupe de obținerea unei mai bune stări de sănătate.

## **Abilități necesare în cadrul procesului de nursing**

- Cunoașterea etapelor procesului de nursing;
- Conducerea unui interviu în vederea obținerii de date pertinente;
- Observarea sistematică a pacientului;
- Utilizarea comunicării verbale și nonverbale;
- Capacitatea de a stabili o relație terapeutică;
- Capacitatea de organizare a informațiilor obținute;
- Capacitatea de decizie;
- Competența și profesionalism în efectuarea intervențiilor;
- Cunoașterea principiilor de bază pentru fiecare intervenție planificată.

## **Cunostinte necesare pentru procesul de nursing**

- Nevoile bio-fiziologice, psihologice, socio-culturale și spirituale ale individului;
- Etiologia diferitelor probleme;
- Semnele caracteristice problemelor de sănătate;
- Factorii de risc pentru problemele potențiale;
- Valorile normale ale parametrilor de sănătate;
- Resursele pentru implementarea strategiilor de nursing;
- Tehnicile de nursing – aparatura și instrumentar utilizat, mod de efectuare, accidente;
- Criteriile de evaluare;
- Drepturile pacientului.

## **Activități desfășurate de asistent 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;
- Liniștirea pacientului și acordarea suportului psihic;

- Efectuarea intervențiilor autonome și delegate;
- Aprecierea răspunsului pacientului la intervențiile efectuate;
- Compararea răspunsului cu criteriile de evaluare;
- Reanalizarea și modificarea planului de nursing.

## 4.4 Etapele procesului de îngrijire

### Culegerea datelor

Permite inventarierea aspectelor privind suferință, obiceiurile de viață, starea de satisfacere a nevoilor fundamentale

### Analiza datelor culese

Permite stabilirea **diagnosticului de îngrijire**.

### Planificarea intervențiilor

Determina **scopurile** – obiectivele de îngrijire

Stabilește **mijloacele** de rezolvare a obiectivelor propuse

### Aplicarea intervențiilor planificate

Elaborează planul de îngrijire.

Aplica îngrijiri adecvate situațiilor, conform obiectivelor propuse.

### Evaluarea tehnicilor aplicate, evaluarea stării bolnavului

Se analizează rezultatul obținut în urma intervențiilor aplicate.

Se observa apariția de noi date sau aspecte în evoluția stării pacientului – dacă este necesara reajustarea intervențiilor și obiectivelor – **proces ciclic**.

#### 4.4.1. Colectarea datelor

Este cea mai importanta etapa a procesului de îngrijire și începe odată cu primul contact al pacientului cu un serviciu de sănătate continuând pe toata perioada acordării îngrijirilor.

#### Scop:

- stabilirea unui profil de sănătate al pacientului cu importanta în alcătuirea planului de nursing individualizat.
- permite identificarea exacta a **problemei** și stabilirea **intervențiilor** de îngrijire pentru rezolvarea problemei.
- promovează îngrijirea pacientului prin abordare unitara, fizic, psihic, social, cultural și spiritual și facilitează **evaluarea** îngrijirilor acordate.
  - Asigura baza procesului decizional în cunoștință de cauză;
  - Promovează îngrijirea pacientului menținând preocuparea pentru aspectul fizic, psihic, social, cultural și spiritual.
  - Culege date necesare cercetării în practica îngrijirilor medicale;
  - Facilitează evaluarea îngrijirilor medicale.

Asistentul medical trebuie să știe să colecteze datele corect și să le ordoneze.

- Informațiile culese trebuie să fie complete, concise, neinterpretabile.

- Datele inadecvate, incomplete fac dificila identificarea problemei de sănătate și conduc la un diagnostic de nursing inexact.

### Surse de informații

- Directe: pacientul
- Indirecte:
  - ✓ Familia
  - ✓ Anturajul
  - ✓ Dosarul medical
  - ✓ Echipa de îngrijire
  - ✓ Scheme de referințe – cazuri specific
  - ✓ Literatura de specialitate
- Funcționale
- Semne locale, regionale sau generale
- Documente legale:
  - \* statistici vitale
  - \* date de recensământ
  - \* documente publice.

### Tipuri de date

Datele obținute pot fi:

- **Date obiective**, care sunt observabile, eventual măsurabile. Exemplu: temperatura, tensiune arteriala, dispnee
- **Date subiective**, sunt datele percepute doar de pacient și descrise de acesta. Exemplu: amețeală, greață, anxietatea.

Pentru pacientul cu **depresie**:

Date obiective: reducerea activității de fiecare zi, lentoare psihică și motorie, stare de tristețe vizibilă, refuzul alimentației.

Date subiective: scăderea capacității de concentrare, gânduri pesimiste, reducerea stimei de sine.

- Toate informațiile culese mai pot fi clasificate că date **constante** sau **variabile**. De exemplu, data nașterii, grupul sanguin, antecedentele personale rămân constante pe toată viață, pe când starea psihică a pacientului se poate modifica în timp; alimentația, locuința, cadrul familial sunt de asemenea variabile.

Antecedentele personale pot fi:

- Fiziologice
- Patologice: afecțiuni psihiatrice, unele boli, intervenții chirurgicale, alergii.

### Metode de culegere a datelor

Metodele folosite în obținerea datelor pentru pacient sunt: interviul, istoricul îngrijirilor, examinarea și observația, rezultatele testelor de diagnoză și laborator.

#### a) Interviul

\* este cea mai uzuala metoda de obținere a datelor atunci când pacientul este conștient și cooperant



\* pentru **pacientul cu depresie**: se pot obține date despre antecedentele sale, despre comportamentul sau în ultima perioadă înainte de internare, despre antecedente, despre modul în care ia sau nu tratamentul, despre stilul de viață și modificările apărute în starea sa de sănătate.

\* **obiectivele** interviului sunt:

- observarea atentă a pacientului și a comportamentului sau (tristețe, nejustificată, agitație, diminuarea mobilității, etc)
- inițierea unei relații corespunzătoare între asistent(ă) și pacient
- obținerea informațiilor în mai multe direcții: fizic, emoțional, social.
- dezvoltarea complianței terapeutice.

## **b) Tipuri de interviu**

Interviul trebuie să fie o metodă științifică, nu un dialog superficial și întâmplător. Interviul va fi prestabilit conform scopului propus, iar asistentul medical va conduce discuția în așa fel încât aceasta să conțină întrebări cheie asupra unor aspect semnificative.

Există 2 tipuri de interviu:

- **Interviul structurat**, în care întrebările sunt deja cunoscute, iar răspunsurile trebuie să fie punctuale.
- **Interviul nestructurat**, liber, dar care trebuie să fie condus spre obținerea unor informații utile.

Întrebările la rândul lor, pot fi:

- Închise (da/ nu): Ați dormit azi-noapte?, Vă mai amintiți dacă ați dormit ieri în timpul zilei?, Ați plâns?
- Semideschise cu răspuns punctual: "Când vă simțiți mai descurajat?"  
R: " De obicei seara."
- Deschise: "Cum v-ați simțit în timpul nopții?"
- Indiferent de tipul sau, interviul trebuie condus după o anumită strategie, folosindu-se de obicei toate tipurile de întrebări, cele mai eficiente.
- Tipul de interviu, precum și tipurile de întrebări trebuie să fie în concordanță cu mai mulți factori: timpul de care dispune asistentul, starea pacientului, relația terapeutică stabilită între cei doi.

## **c) Principii pentru un interviu eficient:**

- formulare clară, în termeni accesibili pacientului;
- întrebarea să nu cuprindă răspunsul în text;
- întrebările să fie puse în ordine logică;
- să se pună numai întrebări absolut necesare;
- să nu se pună mai multe întrebări odată;
- pacientul să aibă timp suficient pentru a răspunde la fiecare întrebare.

**Momentul** ales pentru interviu trebuie să țină cont de starea de confort fizic și psihic a pacientului. Se vor evita momentele în care pacientul prezintă durere, oboseală, are vizitatori, este în timpul orelor de masă sau de odihnă.

**Locul** desfășurării interviului trebuie să asigure intimitatea și confortul pacientului. În funcție de starea de sănătate și preferințele pacientului, interviul se poate desfășura în salon, cabinet de consultații, sala de tratamente.

**Durata** interviului va fi precizată înainte de începerea acestuia, fie în minute, fie specificând numărul de întrebări.

### Strategiile de comunicare eficace sunt:

- **liniștea** din timpul interviului permite asistentului(ei) să observe mai atent pacientul, permite pacientului să-și organizeze gândurile, să răspundă complet la întrebări;
- **ascultarea activa** va ajuta pacientul să înțeleagă că asistentul este preocupată de problemele sale de sănătate;
- adoptarea unei **atitudini de acceptare**, fără manifestări de aprobare sau dezaprobare va demonstra respectarea credințelor și valorilor pacientului;
- utilizarea **parafrizei** în scopul validării informațiilor date de pacient;
- **clarificarea informațiilor** prin utilizarea de întrebări secundare;
- **rezumarea informațiilor** pentru a primi din partea pacientului confirmarea exactității lor.
- **Se notează tot: nu mizați pe memorie!**
- Limbaj inteligibil, adaptat nivelului de educație al pacientului;
- Respect și empatie;
- Menținerea contactului vizual;
- Revenirea la tema;
- Para limbajul .

### Alte metode de culegere a datelor

- Observarea generală a bolnavului.
  - Este elementul de bază al activității asistentului medical, presupunând cunoștințe teoretice și capacitate intelectuală de a sesiza modificările intervenite
  - Necesită atenție, vedere, auz, miros
  - Observarea trebuie să fie continuă și obiectivă.

De exemplu, la **pacientul cu depresie** se observa comportamentul acestuia, independent sau dependent față de nevoia de a dormi și a se odihni, dacă are insomnie sau hipersomnie.

- Complanța terapeutică;
- Gradul de comunicare cu colegii de salon și / sau cooperarea cu echipa de îngrijire
- Alimentația

### Exemplu de culegere de date

#### Studiu de caz - pacient cu depresie

D. E. de 53 de ani, de profesie lăcătuș, cu domiciliu în mediul rural. Căsătorit de 30 de ani, cu 2 copii, un băiat de 28 de ani și o fată de 30 de ani. Locuiește cu soția, socrul, fiul și nora. Fără antecedente de natura psihiatrică.

Este adus la internare de familie. La examenul clinic prezintă severă inhibiție psihomotorie cu extrema latentă în răspunsuri, în majoritate monosilabice, privire foarte anxioasă, evitând privirea interlocutorului, mimica depresivă. Stare avansată de deshidratare, constipație cronică, scădere ponderală în ultimele 10-14 zile.

Soția relatează că primele modificări comportamentale pe care le-a observat au început cu o neliniște crescândă cu aproximativ 4 luni în urmă, legată de pregătirile pentru nunta fiului lor.

Nu mai dormea bine și nu se mai alimenta că înainte. În timpul nuntii a fost tot timpul încordat, nu s-a bucurat deloc, nu a zâmbit. Nici după nunta, care a avut loc cu 3 săptămâni în urma, el nu s-a relaxat deloc, era foarte tăcut, nu spunea ce are, ce vrea, care este cauza pentru care se comporta astfel, nu mai dormea aproape deloc, se plimba toată noaptea prin curte și șoptea ceva de neînțeles. În urma cu o săptămână nu a mai vorbit deloc cu membrii familiei, iar medicul de familie le-a dat o trimitere la spitalul de psihiatrie, explicându-le că este singura soluție pentru el.

#### **4.4.2 Analiza și sinteza datelor culese**

Permite stabilirea diagnosticului de îngrijire.

Datele culese sunt analizate spre a identifica sursele de dificultate și a stabili problemele de îngrijire.

Odată identificate, problemele trebuie ierarhizate spre a se constata care din ele este prioritară. Prioritățile se referă la ierarhizarea problemelor de dependență în funcție de gravitatea lor. De exemplu, dacă există o problemă de respirație și una de somn, va fi abordată mai întâi problema de respirație.

Problemele sunt precizate pe baza manifestărilor de dependență .

#### **A. Manifestări (semne) de dependență pentru pacientul cu depresie**

Acestea sunt selectate din culegerea de date:

Privire anxioasă, mimică depresivă, deshidratare avansată, scădere ponderală, în ultimele 10-14 zile nu doarme bine, este trist și tăcut în timpul unui eveniment fericit, nu doarme, nu vorbește cu membrii familiei, gânduri și sentimente depresive .

#### **B. Surse de dificultate (cauză, etiologie):**

Reprezintă cauza problemei și poate fi:

- Somatică/Fizică (boli, dezechilibre, etc)
- Psihologică (stres, anxietate, etc)
- Lipsa de cunoștințe (față de boala, față de sine însuși, față de alții, față de mediu)
- Sociologică (sărăcie, lipsa de igienă, șomaj, etc)

Cauza intrinsecă, boala.

#### **C. Probleme de îngrijire**

##### **a. alimentație inadecvată prin deficit**

Nevoia perturbată: nevoia de a bea și a mânca

În etapa următoare se va elabora planul de îngrijiri pentru această problemă prin intervenții autonome și delegate ale asistentului medical.

##### **b. eliminări inadecvate – constipația**

Nevoia afectată: nevoia de a elimina

În etapa următoare se va elabora planul de îngrijiri pentru această problemă prin intervenții autonome și delegate ale asistentului medical.

##### **c. insomnia**

Nevoia afectată: nevoia de a dormi și a se odihni.

În etapa următoare se va elabora planul de îngrijiri pentru aceasta problemă prin intervenții autonome și delegate ale asistentului medical.

d. comunicare ineficientă la nivel afectiv – depresie

Nevoia afectată: nevoia de a comunica.

În etapa următoare se va elabora planul de îngrijiri pentru aceasta problemă prin intervenții autonome și delegate ale asistentului medical.

#### **D. Diagnosticul de nursing (diagnostic de îngrijire)**

**Definiție: diagnosticul de îngrijire este o formă simplă și precisă care cuprinde răspunsul personal la o problemă de sănătate, este o judecată bazată pe culegerea datelor și analiza lor.**

Procesul de stabilire a diagnosticului de nursing presupune: prelucrarea datelor, identificarea problemelor de sănătate ale pacientului, enunțul diagnosticului de îngrijire.

Intra în atribuțiile asistentului medical și este diferit de diagnosticul medical.

Analiza și interpretarea datelor stabilesc diagnosticul de îngrijire.

Prima definiție a diagnosticului de îngrijire a fost elaborată de Florence Nightingale.

Diagnosticul de nursing cuprinde:

➤ **Problema:** exprima un comportament, o reacție, o atitudine față de satisfacerea nevoilor de sănătate din punct de vedere bio-fiziologic, psihologic, socio-cultural și spiritual.

Termenii utilizați pentru enunțul problemei sunt: **dificultate, alterare, deficit, diminuare, refuz, incapacitate.**

Exemplu: alterarea integrității tegumentelor, alterarea imaginii de sine, refuz de a se alimenta- hidrata, diminuarea mobilității fizice.

➤ **Etiologia (E)** cuprinde factorii cauzali, adică cei care constituie obstacole în satisfacerea nevoilor de sănătate.

- o **De ordin fizic:** factori intrinseci (probleme metabolice, obstrucția căilor respiratorii, infecții, etc) și factori extrinseci (agenți exterior care, în contact cu organismul, împiedică funcționarea normal - imobilizare în aparat gipsat, pansament compresiv, sonde nazo-gastrice, vezicale);
- o **De ordin psihologic:** sentimente, emoții, tulburări cognitive care influențează satisfacerea nevoilor (anxietate, stres, situații de criză, tulburări de gândire);
- o **De ordin sociologic:** interacțiunea cu familia, colegii de muncă, prietenii, modificări ale rolului social (sentiment de respingere, dificultăți de comunicare, șomaj, pensionare);
- o **De ordin cultural și spiritual:** probleme de adaptare la o cultură, insatisfacții în respectarea valorilor și credințelor;
- o **Legați de necunoașterea modului de promovare a unei bune stări de sănătate.**

- **Semne de dependenta (S):** semne și simptome - sunt semne observabile ale incapacității de menținere a sănătății, de satisfacere a nevoilor fundamentale (nu-și efectuează îngrijirile igienice, nu comunica cu membrii echipei de sănătate, nu respecta regimul dietetic)

### E. Enunțul diagnosticului de nursing

Diagnosticul de nursing cuprinde: problema pacientului, sursa de dificultate (etiologia) și manifestarea de dependenta.

#### DgN = PES

Unde

P = problema

E = etiologia

S = semne de dependenta

Exemplu: insomnia legata de depresie manifestata prin lipsa somnului, somn agitat, întrerupt, ne odihnitor.

### Caracteristicile diagnosticului de nursing

- Este un enunț clar și concis al problemelor pacientului;
- Este specific unui pacient;
- Se bazează pe culegerea de date;
- Se schimbă în funcție de modificările răspunsului pacientului la problemele de sănătate;
- Tine cont de factorii cauzali ai problemelor de sănătate;
- Orientează asistentul medical spre intervențiile specifice problemelor pacientului;
- Promovează planificarea intervențiilor autonome.

### Tipuri de diagnostic de îngrijire

- ✓ Diagnostic **actual**. Cuprinde problema actuală a pacientului și factorii etiologici
- ✓ Diagnostic **potențial**. Se enunță pe baza istoricului stării de sănătate, cunoașterea complicațiilor bolii, experiența.
- ✓ Diagnostic **posibil**. Evidențiază un răspuns incert al pacientului sau legat de factori necunoscuți.

### Exemple de diagnostic de nursing (lista NANDA)

- Incapacitate de menținere a sănătății;
- Risc de accident;
- Risc de infecție;
- Alterarea mucoasei bucale;
- Alterarea integrității tegumentelor;
- Deficit de volum de lichid
- Alterarea nutriției – deficit sau exces;
- Hipertermie;
- Hipotermie;
- Alterarea eliminării urinare;
- Alterarea eliminării intestinale;
- Alterarea mobilității fizice;
- Intoleranța la efort;
- Perturbarea somnului;

- Alterarea percepției senzoriale;
- Durere;
- Anxietate;
- Perturbarea imaginii corporale;
- Alterarea comunicării verbale;
- Alterarea comunicării nonverbale.

## 4.5. Elaborarea unui plan de îngrijire pentru pacientul cu depresie

**Planificarea** este etapa a treia a procesului de nursing, în care se aleg strategiile sau intervențiile de prevenire, reducere sau eliminare a problemelor de sănătate care au fost identificate.

Cei care participă la planificarea strategiilor sunt: asistentul medical, pacientul, familia și alți membri ai echipei de îngrijire.

Deși planificarea este principala responsabilitate a asistentului(ei), implicarea activă a pacientului și a familiei este esențială pentru eficiența planului și continuitatea îngrijirilor la domiciliu.

Planificarea utilizează datele obținute în apreciere și diagnosticele de nursing .

Procesul de planificare are patru componente:

- Stabilirea priorităților;
- Stabilirea obiectivelor și a criteriilor de evaluare;
- Planificarea strategiilor;
- Scrierea planului de nursing.

### 4.5.1 Stabilirea priorităților

Asistentul grupează diagnosticele de nursing în funcție de prioritățile stabilite în modelele agreate (piramida lui A. Maslow, modelul V. Henderson, modelul Gordon), fără a ignora însă importanța unor nevoi pentru fiecare pacient.

Prioritățile unui pacient însă pot să difere de cele propuse de asistent. De exemplu: un pacient cu un diagnostic legat de fumat și altul legat de nutriție. Asistentul poate considera că prioritară problema fumatului față de problema obezității, în timp ce pacientul crede că problema obezității este mai importantă.

Când există diferențe de opinie, asistentul și pacientul trebuie să discute pentru a ajunge la un consens.

Prioritățile stabilite nu trebuie să rămână fixe, ele putând fi modificate în funcție de problemele de sănătate ale pacientului și de schimbarea terapiei medicamentoase. Asistentul trebuie să aibă în vedere faptul că problemele de sănătate se pot schimba de la o zi la alta, de la o ora la alta. De aceea, este bine să înainte stabilirii priorităților să se facă o listă cu problemele identificate, aceasta să fie studiată atent și apoi să se decidă care sunt problemele mai importante.

Pentru stabilirea priorităților asistentul și pacientul vor ține cont de următoarele:

- **Valorile:** atitudinile și comportamentul față de sănătate pot fi foarte importante pentru asistent, dar nu și pentru pacient. De exemplu: pentru o mamă este mai importantă prezența ei acasă lângă copii, decât starea ei de sănătate.

- **Prioritățile pacientului:** i se oferă pacientului posibilitatea de a-și stabili propriile priorități, ceea ce permite acestuia să participe la planificarea îngrijirilor și să coopereze eficient cu asistentul. Uneori, percepția pacientului despre ceea ce este important poate diferi semnificativ de cunoștințele și opiniile asistentului medical privind problemele și complicațiile ce pot apărea. De exemplu: o pacienta care trebuie să fie re poziționată la interval de două ore, prefera să nu fie deranjată. Asistent știind potențialele complicații ale imobilizării la pat (escare de decubit) îi va explica necesitatea intervențiilor pentru prevenirea efectelor .
- **Resurse disponibile pentru asistentul medical și pacient:** dacă banii, echipamentul sanitar sau personalul sunt insuficiente, o problemă de sănătate poate fi tratată cu prioritate scăzută. Asistentul nu are, de exemplu, la domiciliul unui pacient aceleași resurse că în spital și va fi nevoită să amâne rezolvarea unor probleme. Resursele financiare ale pacientului pot, de asemenea, influența ordinea priorităților.
- **Timpul necesar pentru alegerea strategiilor de nursing:** fiecare pacient se simte confortabil având un anumit grad de libertate a acțiunilor. Unii pot dori să discute cu familia despre problemele lor de sănătate, alții pot accepta strategiile propuse de asistent fără a se mai consulta cu alte persoane.
- **Urgența problemelor de sănătate:** în acest sens trebuie să se aibă în vedere în ce măsură o problemă de sănătate amenință homeostazia pacientului, securitatea fizică și psihică sau gradul de dependență.

#### 4.5.2. Stabilirea obiectivelor, tipuri de obiective

Scopul stabilirii obiectivelor este de a direcționa planificarea intervențiilor de nursing, despre care se anticipează că va produce schimbări în starea de sănătate a pacientului.

Obiectivele derivă din diagnosticele de nursing stabilite și se referă la:

- Starea fizică sau fiziologică și descriu modificări asupra cărora pacientul nu are control voluntar. De exemplu: prevenirea unor disfuncții cum sunt febra, vertijul, etc.
- Comportamentul pacientului:
  - Motor – descrie performanțe fizice și capacități care sunt sub controlul pacientului;
  - Cognitiv – descrie performanțele de înțelegere, de recunoaștere, de analiză, de achiziționare de noi cunoștințe;
  - Afectiv – descrie performanțe în exprimarea sentimentelor și emoțiilor pacientului față de starea sa de sănătate;
  - Social – descrie performanțe legate de activitatea socială și relațiile interpersonale ale pacientului.

În funcție de termenul de realizare, putem distinge:

- Obiective pe termen scurt (OTS): ore, zile;
- Obiective pe termen mediu (OTM): o săptămână;
- Obiective pe termen lung (OTL): săptămâni, luni.

Exemplu: Stabilirea obiectivelor în funcție de problema de sănătate și factorii etiologici.

Diagnosticul de nursing: alterarea nutriției, exces legat de ingestie excesivă față de activitatea desfășurată.

Obiective:

- ✓ Pacientul va descrie meniul zilnic care demonstrează reducerea numărului de calorii (obiectiv orientat spre cauză);

- ✓ Pacientul va efectua, zilnic, exerciții fizice (obiectiv orientat spre cauză);
- ✓ Pacientul va pierde în greutate 4 kg în 2 săptămâni (obiectiv orientat spre rezolvarea problemei).

### Componentele obiectivului

Un obiectiv este enunțat sub forma unei fraze care cuprinde:

- *Subiectul* – cine este persoana care va realiza obiectivul (pacientul);
- *Verbul de acțiune* – exprima acțiunea ce trebuie realizată. Este un verb de acțiune care diferă în funcție de starea sau comportamentul așteptat (să întrebe, să descrie, să identifice, să listeze, să demonstreze, să practice, să dea, să îndeplinească, să exprime, să comunice, să împărtășească, etc.). Este de preferat să nu se utilizeze verbe nemăsurabile cum ar fi: să aprecieze, să știe, să simtă, să accepte;
- *Condiții de realizare* – se referă la modul de implicare a pacientului în realizarea acțiunii (singur, cu ajutor, cu mijloacele auxiliare, de 2 ori pe zi, zilnic);
- *Timpul* – când va realiza pacientul acțiunea (ore, zile, săptămâni, luni).

Obiectivele trebuie formulate clar, precis, chiar dacă în unele situații nu pot fi cuprinse toate componentele.

### Exemplu de formulare a obiectivului

Pentru fiecare problemă identificată pot fi stabilite unul sau mai multe obiective. Pentru că obiectivele formulate să corespundă criteriilor de evaluare, enunțul trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- *Specificitate* – să fie centrat pe un singur subiect (pacient, familie);
- *Performanță* – acțiunile, atitudinile și comportamentele ce urmează a fi realizate de subiect;
- *Implicare* – gradul de angajare în realizarea acțiunii;
- *Realism* – să țină cont de capacitățile fizice, intelectuale și afectivele pacientului, de condițiile de mediu și de suportul pe care i-l poate oferi;
- *Observabil* – enunțul trebuie să cuprindă limite măsurabile exprimate în termeni referitori la distanță (10 pași), timp (2 zile, de 2 ori pe zi), volum (2000 ml de lichid).

### 4.5.3 Planificarea strategiilor

Planul de îngrijire alcătuit din obiective și intervenții ale asistentului(ei) medical se elaborează în funcție de diagnosticul de nursing.

#### Exemplu de stabilire a intervențiilor în funcție de diagnosticul de nursing - Deshidratare legată de refuzul de a bea și a manca

**Obiectiv:** pacientul va consuma zilnic minimum 1,5 l lichid împreună cu un regim alimentar echilibrat

#### Intervenții:

- Se măsoară funcțiile vitale;
- Se monitorizează echilibrul hidro-electrolitic al pacientului;
- Supravegherea permanentă de către personalul medical a pacientului;
- Înlăturarea de la pacient a obiectelor ascuțite și contondente;
- Se încurajează pacientul să își exprime sentimentele;
- Se oferă și se supraveghează raportul ingestia/excreta.



- Măsuri de combatere a constipației generate de lipsa de activitate și de aportul insuficient de lichide.

### Stabilirea intervențiilor în funcție de diagnosticul de nursing

**Pentru diagnosticul actual** – asistentul va studia atent etiologia (cauza problemei) și va identifica intervențiile menite să reducă sau să combată factorii etiologici. De asemenea, se va avea în vedere o supraveghere atenta și frecvența a manifestărilor clinice ale problemei.

#### 4.5.4. Scrierea planului de nursing

Este etapa finală a procesului de planificare. Planul de nursing constituie un ghid care organizează informațiile despre starea de sănătate a pacientului și acțiunile asistentului(ei). Are drept scop:

- *Orientarea spre îngrijiri individualizate* – planul este întocmit pentru fiecare pacient în funcție de nevoile sale de îngrijiri; se întocmește în momentul admisieii pacientului în unitatea spitalicească după modelul standard al unității respective;
- *Promovarea continuității îngrijirilor;*
- *Evaluarea activității asistentului(ei).*

Planul de nursing conține o listare a următoarelor componente: manifestări de dependență, diagnostic de nursing, obiective, intervenții, evaluare.

#### Plan de nursing – model

Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Intervenții	Evaluare

#### Concluzii:

- Planificarea este un proces de stabilire a strategiilor de nursing menite să prevină, să reducă sau să combată o problemă de sănătate;
- Strategiile de nursing sunt planificate pe baza diagnosticului de nursing și a obiectivelor stabilite;
- Componentele planificării sunt: stabilirea priorităților, stabilirea obiectivelor, stabilirea strategiilor de nursing, scrierea planului de nursing;
- Prioritățile se stabilesc împreună cu pacientul;
- Obiectivele trebuie să anticipeze schimbări în starea pacientului pe criterii măsurabile, verificabile;
- Aprecierea rezultatului fiecărei strategii necesită cunoștințe de nursing și experiență;
- Planul de nursing furnizează direcții pentru îngrijirea individualizată a pacientului.

### 4.6 Implementarea intervențiilor planificate

Este cea de a patra etapă a procesului de nursing, în care planul de nursing este pus în acțiune.

Activitățile desfășurate de asistent în această etapă sunt:

- Continuarea culegerii de informații despre starea de sănătate a pacientului;

- Efectuarea intervenției;
- Notarea intervenției în planul de nursing;
- Menținerea la zi a planului de nursing.

### **Continuarea culegerii de date**

Când se implementează acțiunile de nursing, este foarte important că asistentul să continue să culeagă date pertinente și să aprecieze schimbări nou apărute în starea sau comportamentul pacientului. În timpul procedurilor se pot obține date despre starea lui fizica, starea tegumentelor, abilitatea de a se mișca, statusul mental, utilizând comunicarea terapeutică și încurajându-l să-și exprime sentimentele.

### **Efectuarea intervenției**

Termenii de *independenta*, *dependenta* sau *interdependenta* sunt utilizați pentru a descrie tipul unei acțiuni de nursing. În acest context, acțiunea este o activitate specifică rolului asistentului(ei).

*Intervenția autonomă* este o acțiune inițiată de asistentă care urmează cunoștințelor și priceperilor sale. Aceasta este latura autonomă a activității asistentului(ei). De exemplu: planificarea și promovarea măsurilor de menținere a igienei personale a unui pacient.

*Intervenția delegată* este o activitate efectuată la indicația medicului. De exemplu: administrarea medicamentelor.

*Intervenția interdependentă* este acea activitate stabilită în colaborare cu alți membri ai echipei de sănătate și care reflectă următoarele **principii**:

- Aprecierea necesității tehnicii și a performanței acesteia pentru pacient: asistentul trebuie să cunoască indicațiile și contraindicațiile fiecărei proceduri; orice procedură contraindicată este aceea pentru care există motive care răspund pacientului să fie negativ; în unele situații, o procedură poate fi contraindicată din cauza unor schimbări survenite în starea pacientului;
- Efectuarea tehnicii cu competență: asistentul trebuie să-și perfecționeze acțiunile și procedurile care îi sunt familiare, pe baze științifice și să cunoască raționamentul fiecărei etape;
- Pregătirea locului unde se realizează acțiunea: unele tehnici presupun modificarea mediului (temperatura, lumina), necesitatea unui pat accesibil și care să permită așezarea pacientului în diferite poziții, securitate fizică pentru prevenirea accidentelor;
- Asigurarea echipamentului necesar: acesta va fi ales în funcție de tehnica ce urmează a fi executată; va fi pregătit lângă patul pacientului și la îndemână asistentului(ei) pentru a crește eficiența și a reduce timpul necesar și energia;
- Asigurarea intimității pacientului: asistentul va descoperi numai partea necesară efectuării tehnicii; va utiliza paravane de protecție; nu va face aprecieri asupra aspectului fizic al pacientului sau asupra mirosului emanat de acesta;
- pregătirea psihică a pacientului: asistentul va explica tehnica în termeni accesibili, fără exagerări; va permite pacientului să pună întrebări; va răspunde la întrebări (atenție, pacienții sunt mai puțin capabili să facă față durerii, stresului situațional, dacă nu cunosc ce îi așteaptă);
- pregătirea fizică a pacientului: aceasta presupune asigurarea poziției (când nu este capabil – ajutorul și menținerea în poziție pentru a preveni accidente), pregătire alimentară și medicamentoasă înainte de efectuarea tehnicii;

- respectarea măsurilor de asepsie: materialele și instrumentarul utilizate vor fi dezinfectate sau sterilizate în funcție de cerințe; se va purta echipamentul de protecție corespunzător; spălarea pe mâini înainte și după efectuarea fiecărei tehnici;
- respectarea comportamentului obișnuit al pacientului: i se vor respecta, pe cât posibil, orele de somn, de masa; i se va acorda un timp între tehnici pentru că el să aibă sentimentul de independență;
- îngrijirea după procedură: presupune poziție confortabilă, menținerea în repaus corespunzător, aprecierea acțiunilor de nursing este strâns legată de cunoștințele și priceperile asistentului(ei). Pentru siguranță pacientului, ele trebuie să aibă un scop și baze științifice;
- acțiunile vor fi adaptate în mod individual, pacientul fiind privit în mod holistic – că un întreg; vârsta, valorile, credința, starea de sănătate și mediul înconjurător sunt factori care pot afecta intervențiile de nursing;
- intervențiile trebuie să fie inofensive pentru pacient: asistentul va lua măsuri de prevenire a accidentelor;
- acțiunile de nursing trebuie să respecte demnitatea pacientului; i se va asigura intimitatea și va fi implicat în luarea deciziilor referitoare la starea lui de sănătate;
- nu se vor efectua intervenții fără cunoașterea raționamentului științific;
- curățirea, dezinfectarea și sterilizarea echipamentului utilizat;
- pregătirea specimenelor pentru laborator și completarea buletinelor de analize;
- notarea tehnicii și a incidentelor sau accidentelor.

Intervențiile stabilite în planul de nursing nu sunt fixe, ci flexibile. Ele pot fi schimbate pe baza noilor date culese de asistent.

În cazul în care o(un) asistent nu poate implementa singura o intervenție va solicita ajutorul altor membri ai echipei. De exemplu: dacă asistentul nu este familiarizată cu un model particular de masca de oxigen, aceasta necesită la început asistență din partea unei colege.

### **În implementarea intervențiilor asistentul va tine cont de:**

- individualitatea pacientului, fără a viola bazele științifice ale activității. De exemplu: un pacient poate prefera să ia medicație pe cale orală, în loc de cea parenterală; dacă asistentul știe că medicamentul respectiv este inactivat parțial de sucul gastric, îi va oferi aceste informații;
- implicarea pacientului – unii pacienți doresc să se implice total, alții doresc o implicare minoră, iar alții deloc. Aceasta depinde de energia lui, de numărul factorilor de stres, de frica, neînțelegerea bolii și a intervențiilor;
- prevenirea complicațiilor – se impune respectarea măsurilor de asepsie și efectuarea tehnicii cu profesionalism și responsabilitate;
- asigurarea confortului fizic și psihic al pacientului.

### **Notarea intervenției**

După efectuarea unei tehnici, aceasta va fi consemnată în planul de nursing împreună cu alte date: cum a răspuns pacientul la intervenție, ce trebuie făcut în următoarele zile, schimbarea unei anumite intervenții. Transmiterea acțiunilor de nursing se poate face și verbal.

### **Completarea la zi a planului de nursing**

Pentru atingerea scopului pentru care a fost conceput, planul de nursing trebuie actualizat permanent, completând fiecare rubrică în parte.

## Concluzii:

- acțiunile de nursing sunt strâns legate de cunoștințele și priceperile asistentului(ei). Pentru siguranță pacientului, ele trebuie să aibă un scop și baze științifice;
- acțiunile vor fi adaptate în mod individual, pacientul fiind privit în mod holistic, că un întreg: vârsta, valorile, credința, starea de sănătate și mediul înconjurător sunt factori care pot afecta intervențiile nursing;
- intervențiile de nursing trebuie să respecte demnitatea pacientului; el va fi implicat în luarea deciziilor referitoare la starea lui de sănătate;
- nu se vor efectua intervenții fără cunoașterea raționamentului științific;
- nu se vor efectua intervenții în mod mecanic, ci urmărind răspunsul pacientului;
- dacă răspunsul acestuia nu este cel scontat, se va alege o alta intervenție;
- în efectuarea unei tehnici, se va respecta protocolul stabilit.

## 4.7 Evaluarea tehnicilor aplicate, evaluarea pacientului

Evaluarea este cea de a cincea etapa a procesului de îngrijire, în care se face o apreciere asupra rezultatelor obținute în starea de sănătate a pacientului în funcție de obiectivele propuse. Se face periodic, cu regularitate, la intervalele stabilite în obiectiv.

Pentru evaluare, asistentul culege date obiective și subiective, care să evalueze obiectivele și le interpretează. De exemplu: frecvența respiratorie a crescut de la 12 pe minut la 16 pe minut. Datele colectate sunt comparate cu criteriile stabilite. În urma comparației există trei posibilități:

- obiectivele au fost atinse în totalitate;
- obiectivele au fost atinse parțial;
- obiectivele nu au fost atinse.

Dacă obiectivele au fost atinse, asistentul va decide asupra intervențiilor ce vor fi efectuate în continuare.

Dacă obiectivele au fost atinse parțial sau nu au fost atinse, asistentul va reanaliza planul de nursing, punându-și următoarele întrebări:

- am cules suficiente date?
- am identificat corect problema de sănătate?
- am enunțat corect diagnosticul de nursing?
- am stabilit corect obiectivele?
- am ales intervenții specifice obiectivelor?

Pentru o evaluare eficace, asistentul va urmări următoarele etape:

- listarea obiectivelor;
- aprecierea capacităților pacientului în raport cu obiectivele stabilite;
- aprecierea măsurii în care au fost atinse obiectivele;
- discutarea cu pacientul a rezultatelor obținute;
- identificarea factorilor care au împiedicat progresele pacientului;
- identificarea noilor probleme apărute.

În planul de nursing, evaluarea este consemnata enunțând progresele pe care le-a făcut pacientul în funcție de obiectivele propuse (de exemplu: pacientul nu prezintă escare de decubit).

**Concluzii:**

- ✓ evaluarea apreciază modul de atingere a obiectivelor;
- ✓ evaluarea este un proces organizat;
- ✓ evaluarea determina reexaminarea planului de nursing;
- ✓ este necesară în permanentă evaluarea calității intervențiilor.

## V. INTERVENTII AUTONOME ȘI DELEGATE ALE ASISTENTULUI MEDICAL

### Aspecte ale îngrijirii pacienților cu depresie

Culegerea datelor:

- a) circumstanțe de apariție; factori de risc
  - factori genetici
  - Afecțiuni în timpul sarcinii
  - traumatisme obstetricale
  - traumatisme și infecții care produc leziuni ale creierului
  - evenimente pe parcursul vieții (decesul persoanelor dragi, divorț, schimbarea locului de munca, pensionare, șomaj)
  - surmenaj intelectual
  - perioade critice ale vieții
  - boli metabolice, endocrine, neurologice, infecțioase
- b) manifestări de dependentă:
  - tulburări ale dispoziției afective: apatie, labilitate emoțională, plâns
  - tulburări de voință: dificultate în luarea unei decizii
  - tulburări de activitate: diminuarea mișcărilor, epuizare rapidă după activități ușoare, negativism
  - tulburări de comportament instinctual: diminuarea sau exagerarea apetitului alimentar, scăderea instinctului matern, al instinctului sexual
  - diminuarea instinctului de conservare (tentative de auto agresivitate, suicid)
  - tulburări organice

Se vor culege informații despre:

- ✓ Habitat: aspectul locuinței și starea de igienă, aranjament interior, decorațiuni interioare
- ✓ Familie: rolul pacientului în familie, calitatea relațiilor, existența unor conflicte rezolvate
- ✓ Loc de muncă: încadrare afectivă în colectiv, randament profesional, stări conflictuale
- ✓ Starea de igienă a tegumentelor, aspectul vestimentației
- ✓ Comportament în trecut
- ✓ Modul de dezvoltare a personalității

În timpul interviului este necesar să se câștige încrederea pacientului prin:

- ✓ Ascultare atentă
- ✓ Examinare fără prezența altor persoane
- ✓ Utilizarea unui vocabular accesibil
- ✓ Evitarea comentariilor față de pacient
- ✓ Neîntreruperea expunerii

✓ Examinări paraclinice

<b>Problema de îngrijire</b>	<b>Obiective</b>	<b>Intervenții</b>
Pacientul este constipat	Pacientul să aibă scaun normal în fiecare zi	-să întrebi pacientul despre urina, scaun - să menții o listă a defecării - Să oferi pacientului destula mișcare, să nu-l lași să stea toata ziua în pat, să facă o plimbare zilnică - să se ofere laxative de comun acord cu medicul
Refuzul de a se mișca și a participa la activități	Să ducă o viață activă Să participe la activități	Planifica un program de activități Explica pacientului beneficiile mișcării
Pacientul are probleme cu somnul (adoarme greu, doarme agitat, se scoală devreme)	Pacientul are un astfel de ritm de zi/ noapte încât este vorba despre un echilibru între activitate și odihna	Învață pacientul să folosească tehnici de relaxare și destindere
Dezinteres față de ținuta vestimentară	Să-și exprime interesul pentru a se îmbrăca	Să-și aleagă îmbrăcăminte adecvata Explica legăturile dintre ținută vestimentară și stima de sine Solicita pacientului să se îmbrace vorbindu-l clar, cu respect Așază hainele în camera în ordinea folosirii lor
Pacientul este neliniștit/ agitat, cu idei și ruminății depresive, chiar cu ideeație suicidar	Pacientul se poate concentra asupra activităților sale și este în stare să-și manifeste sentimentele și ideile depresive	Să se facă ideile și sentimentele suicidar ale pacientului discutabile, așa încât să se poată aprecia în ce măsură acestea joacă un rol Să se consulte doctorul dacă se dau sedative; să se observe efectul acestora Să se discute deschis despre ideile /gândurile sinucidere cu pacientul; să nu existe nimic secret despre asta Să se țină contact regulat cu pacientul, să nu fie evitat Să fie monitorizată în permanenta starea pacientului și complianță terapeutică

Exemple de intervenții delegate ale asistentului medical:

### **Tratament ambulator**

- Sunt mai mulți pași, pe care persoana în cauză îi poate face pentru a se ajuta pe sine în timpul unui episod depresiv și pentru a preveni episoadele viitoare
- Să stabilească teluri realiste pentru sine și să își asume o parte rezonabilă de responsabilitate
- Să împartă sarcinile mari în unele mai mici, pe care să le efectueze treptat, după ce a stabilit mai întâi prioritățile
- Să facă atât cât se poate face, atunci când este în stare
- Să amâne luarea deciziilor majore de viață atunci când sunt într-o perioadă de depresie
- Să încerce să își împărtășească sentimentele cu cineva
- Să îi lase pe cei din familie sau pe prieteni să îl ajute
- Chiar dacă nu se simte motivat, să încerce să participe la activități religioase, sociale
- Să facă cu regularitate exerciții fizice
- Să aibă o alimentație echilibrată; în cazul în care nu are pofta de mâncare, să consume mai degrabă gustări mici cantitativ decât porții mari
- Să aibă un somn corespunzător
- Să meargă la culcare la aceeași ora în fiecare seară și să se scoale la aceeași ora în fiecare dimineață
- Să aibă un dormitor întunecos și ferit de zgomote
- Să nu facă exerciții fizice după ora 17:30
- Să evite consumul de băuturi cofeinizate după ora 17:30
- Să evite folosirea de medicamente pentru somn neprescrise de medic, să evite consumul de alcool, deoarece acestea pot provoca un somn neodihnitor și pot interacționa cu medicamentele antidepresive
- Să aibă răbdare cu propria persoană, tratamentul este necesar în cazul depresiei, la fel că în orice alta afecțiune

Să încerce să aibă mereu o atitudine pozitivă, optimistă, să își spună că este nevoie de timp până va începe să se simtă mai bine, dispoziția se va ameliora treptat, puțin câte puțin

### **Profilaxie**

- Deși este posibil că o persoană să nu poată preveni apariția unui prim episod de depresie, se poate preveni apariția unei recurente sau a unei agravări a simptomelor prin:
- Luarea cu regularitate a medicamentelor, așa cum au fost ele prescrise; adeseori depresia reapare deoarece tratamentul antidepresiv este oprit prea devreme sau nu este luat așa cum a fost prescris
- Continuarea administrării medicației pentru cel puțin 6 până la 12 luni de la ameliorarea simptomelor sau cât recomanda medicul psihiatru curant; luarea în continuare a medicamentelor chiar și după ce persoana respectiva a început să se simtă mai bine, ajută la prevenirea simptomelor depresive
- Continuarea terapiei psihologice chiar și după ce tratamentul medicamentos a fost oprit
- Dieta alimentară echilibrată
- Exerciții fizice efectuate cu regularitate
- Solicitarea imediată a ajutorului specializat, când persoana începe să observe că apar noi simptome de depresie sau că cele prezente se accentuează
- Menținerea unui program regulat de somn

Evitarea consumului de alcool sau droguri

Se poate reduce severitatea unor episoade viitoare.



## VI. MODELE DE INGRIJIRE (TEORII DE INGRIJIRE)

- **Procesul de nursing** este un proces dinamic, adaptabil la cerințele individului și nevoile societății, menținându-și nealterat obiectivul principal, obținerea unei bune stări de sănătate pentru individ, familie, comunitate.
- **Omul** este o ființă unică, unicitatea fiind data de nevoile psihologice, sociale și culturale ce se alătură nevoilor de bază, biologice ale supraviețuirii. Asigurarea exclusivă numai a anumitor nevoi, excluzând alte aspecte, duce inevitabil la un eșec terapeutic.
- **Sănătatea** este definită, conform OMS, că o stare de bine fizic, mintal și social, ce nu constă numai în absența bolii sau a infirmității. Raportată la boală, sănătatea reprezintă ansamblul forțelor biologice, afective, psihice și sociale, mobilizate pentru a înfrunta, a compensa și a depăși boala.

**Boala** reprezintă ruperea echilibrului și armoniei individului, prin apariția unei suferințe fizice, psihice sau prin apariția unei dificultăți de adaptare la o situație nouă, provizorie sau definitivă în existența individului.

- **Sustinerea științifică a procesului de nursing**
- Individul este un tot unitar caracterizat prin integritate și el reprezintă mai mult decât sfera părților lui componente;
- Individul este în permanentă interacțiune cu mediul înconjurător;
- Evoluția fiziologică a individului este ireversibilă și unidirecțională în timp și spațiu;

Individul se caracterizează prin capacitate de abstracție, imaginație, senzații, emoții.

### **Rolul asistentului medical**

- Asistentul medical reprezintă un element important al echipei medicale;
- Asistentul medical desfășoară o activitate autonomă, cu competențe bine stabilite;
- Activitatea medicală nu vizează doar tratarea eficientă a îmbolnăvirilor, în prezent accentul se pune pe prevenirea bolilor și promovarea stării de sănătate;
- Asistentul medical intervine atât în îngrijirea individului, cât și a comunității (promovarea sănătății, educația pentru sănătate).

### **Concepte de bază corelate**

- ✓ Sănătatea se obține prin facilitarea procesului natural al organismului de a funcționa;
- ✓ Preocuparea primară a asistentului medical este de a menține un mediu sănătos;
- ✓ Îngrijirile de bază mențin sau sprijină abilitățile persoanei prin participarea sa activă;
- ✓ Îngrijirea persoanei reprezintă obiectivul practicii nursingului și este un proces interactiv;
- ✓ Persoanele sunt sisteme deschise care interacționează cu mediul;
- ✓ Ținta nursingului o constituie o persoană și creșterea răspunsului ei adaptativ;
- ✓ Îngrijirea implică promovarea unei interacțiuni optime între om și mediu;
- ✓ Ființa umană este un întreg ireductibil care nu poate fi înțeles reducându-l la părțile componente;

- ✓ Ființa umană și mediul sunt câmpuri de energie care interacționează unele cu altele și care converg constant către potențialele lor maxime.

### **Concepte de bază concordante**

- Nursingul centrat pe pacient semnifică îngrijiri de bază individualizate, fiecare om este un individ unic, astfel că ele solicită o serie de abilități unice, de tehnici și idei special desemnate lui;
- Intervenția nursing este bazată pe conservarea energiei individuale a pacientului
- Intervenția nursing este bazată pe conservarea integrității structurale individuale a pacientului;
- Intervenția nursing este bazată pe conservarea integrității personale individuale a pacientului;

Intervenția nursing este bazată pe conservarea integrității sociale individuale a pacientului. Ideea de bază a tuturor conceptelor este aceea că îngrijirea persoanei reprezintă obiectivul practicii nursingului și este un proces interactiv.

### **Consiliul Internațional de Nursing**

«Nursingul ca parte integrantă a sistemului de asistență socială cuprinde ocrotirea sănătății, prevenirea bolilor și îngrijirea bolnavilor fizici, mentali, ca și a celor infirmi, de toate vârstele, în toate formele de asistență socială și așezări comunitare. »

- Intervențiile nursing cuprind și mediul social, afectiv și fizic al pacientului;
- Asistentul medical coordonează activitățile de menținere a sănătății;
- Stimulează continuitatea acestor activități.

### **Modele conceptuale**

- Modelul Henderson
- Modelul de adaptare Roy
- Modelul Rogers
- Modelul conceptual Dorothea Orem
- Modelul conceptual Betty Neuman
- Modelul bazat pe stilul de viață Nancy Roper
- Modelul conceptual Hildegard Peplau
- Modelul conceptual Ida Jean Orlando
- Modelul conceptual Dorothy Johnson
- Modelul conceptual Levine
- Modelul conceptual Imogene King
- Modelul conceptual Marjory Gordon

### **Modelul conceptual al Virginiei Henderson**

« Rolul esențial al nursei este de a ajuta individul bolnav sau sănătos prin activități ce contribuie la menținerea sau redobândirea sănătății (sau să-l asiste în ultimele clipe), pe care ar reuși să le îndeplinească singur dacă ar avea puterea, voința sau cunoștințele necesare, să-l ajute pentru a-și recâștiga independența cât mai repede posibil.»

Nevoi fiziologice fundamentale:

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 dezbrăca
7. A menține temperatura corpului în limite normale
8. A fi curat, îngrijit, a proteja tegumentele și mucoasele
9. A evita pericolele
10. A comunica
11. A acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia
12. A fi preocupat în vederea realizării
13. A se recrea
14. A învăța cum să-și păstreze sănătatea.

### **Modelul conceptual al lui Abraham Maslow**

Individul uman este rezultatul interacțiuni dintre nevoile sale fundamentale și realitatea mediului înconjurător.

Nevoile fundamentale pot fi ierarhizate în ordinea priorităților pe cinci niveluri diferite interconectate între ele.

4. Nevoia de cunoaștere, autocunoaștere
3. Nevoia de stima și respect
2. Nevoi sociale
1. Nevoi de siguranță și securitate

Nevoi fiziologice

### **Modelul conceptual Hildegard Peplau**

Nursingul este un instrument educativ, o forță matură care țintește să promoveze mai departe mișcarea personalității în direcție curativă, constructivă, productivă, personală și existența comunității.

Nursingul «psihodinamic»

- **Orientarea**- pacientul și asistentul medical identifica starea de boală
- **Identificarea**- pacientul cunoaște asistentul medical și apoi îi acceptă ajutorul
- **Exploatarea** –pacientul se folosește de ajutorul asistentului medical

**Rezoluția** – pacientul acceptă noile obiective în mod voluntar.

### **Modelul conceptual Ida Jean Orlando**

Patru practici de bază pentru nursing:

1. **Observarea**
2. **Raportarea**
3. **Înregistrarea**
4. **Îndeplinirea acțiunilor, pentru și cu pacientul**

**Acțiuni nursing planificate** sunt cele care stabilesc sau satisfac nevoile imediate ale pacientului.

**Acțiuni nursing automate** sunt cele care au fost decise pe alte considerente decât pe nevoile imediate ale pacientului, dar acestea sunt consecvent ineficiente.

## Modelul conceptual Dorothy Johnson

Modelul Sistemelor comportamentale se concentrează pe comportamentul pacientului luat ca un întreg, organizat și integrat, format din 7 subsisteme strâns legate între ele:

- **Atașamentul**
- **Dependența**
- **Ingestia**
- **Eliminarea**
- **Sexualitatea**
- **Agresiunea/ protecția**
- **Realizarea**
- **Reintegrarea – a fost adăugat în 1997 de Holaday**

Fiecare subsistem îndeplinește sarcini specializate pentru sisteme integrate și fiecare este structurat în patru elemente motivaționale precum: scop, set, alegere și acțiune.

Funcția nursingului este să ajute restaurarea echilibrului fiecărui subsistem și să prevină în viitor tulburările sistemului.

## Modelul conceptual Dorothea Orem

- **3 concepte:** autoîngrijirea, deficitul de autoîngrijire, sistemul nursing.
- **3 categorii de cerințe** pentru auto îngrijire:
  - Cerințe universale - asociate cu procesul vieții și menținerea integrității structurale și funcționale;
  - Cerințe de dezvoltare – asociate cu procesul de creștere și dezvoltare în diverse stadii ale ciclului vieții;
  - Cerințe de terminate de starea de sănătate – deviații de la sănătate, de la deformări structural-funcționale sau constituționale/ defecte genetice.
- **3 tipuri ale sistemului nursing**
  - Sistemul complet compensator – compensarea în totalitate a incapacității pacientului de a îndeplini activitățile de auto îngrijire;
  - Sistemul parțial compensator – compensarea parțială pentru pacienții care sunt incapabili de a îndeplini activitățile de auto îngrijire

Sistemul de sprijin și educație- asistentul medical ajută pacienții care sunt capabili și pot învăța activități de auto îngrijire, îi asista în luarea deciziilor și îi ajută să dobândească îndemânări și cunoștințe.

## Modelul conceptual Levine

- i. « modelul conservării » are la bază trei mari concepte: **integritate, adaptare, conservare.**
- ii. Patru **principii ale menținerii conservării:**
  - Conservarea energiei pacientului – conservarea resurselor energetice, fiziologice și psihologice ale individului;
  - Conservarea integrității structurale – conservarea formei și funcțiilor corpului pacientului;
  - conservarea integrității personale – menținerea stimei de sine și a identității psihologice a pacienților;
  - conservarea integrității sociale – păstrarea familiei, comunității și a afilierilor culturale ale pacientului.

Viața individului este un proces de menținere a integrității prin adaptare, facilitata prin adaptare.

## Modelul conceptual Imogene King

interacțiunea sistemelor cadru și obiectivele îngrijirii, se concentrează asupra indivizilor, asupra relației lor interpersonale și contextul social prin 3 sisteme ce interacționează între ele: personal, interpersonal și social.

### Sistemul personal

- percepția
- Interesul personal
- imaginea corpului
- creșterea și dezvoltarea
- spațiu

### Sistemul interpersonal

- rolul
- interacțiunea
- comunicarea
- înțelegerea
- stresul

Domeniul nursingului include promovarea, menținerea și restaurarea sănătății.

## Modelul conceptual Betty Neuman

- ✓ « Modelul sistemelor în îngrijirile de sănătate » - centrat pe persoana ca un sistem complet, cu sub părți ce reprezintă un sistem deschis, compus din cinci variabile care interacționează între ele:
  - Fiziologică
  - Psihică
  - Socio-culturală
  - Dezvoltare
  - Spirituală
- ✓ Interacțiunea acestor variabile determină cantitatea de rezistență a unui individ, care poate crește împotriva factorilor de stres.
- ✓ Persoana menține echilibrul și armonia între mediile interne și externe prin adaptare la stres și prin apărare împotriva tensiunii producătoare de stimuli.
- ✓ Primul scop al nursingului este să ajute la atingerea și menținerea stabilității pacientului.

## Modelul de adaptare Roy

- În sistemele umane există patru subsisteme: nevoi fiziologice, conceptul de sine, rolul funcțional și interdependentă.
- Aceste subsisteme constituie moduri adaptative care furnizează mecanisme pentru a face față stimulilor de mediu și schimbării.
- Modelul de adaptare legat de nevoile fiziologice este interesat de nevoia pentru integritate fiziologică.
- Modelul adaptativ al conceptului de sine se adresează nevoii de integritate psihică.
- Modurile de adaptare ale rolului funcțional și interdependentă se concentrează pe nevoia de integritate socială.
- Scopul nursingului în acord cu acest model este să promoveze adaptarea individului în cele patru moduri, pe planul sănătății și al bolii.

## **Modelul Marjory Gordon**

- În evoluția rolului autonom al asistentului medical, se face distincția între rolul delegat și rolul propriu, în funcție de diagnosticul de îngrijire stabilit, asistentul medical fiind capabil să rezolve o problemă în mod autonom, că responsabilitate a ei.
- Percepția și judecata asistentului medical sunt totdeauna influențate de modele (chiar implicit). În orice teorie de îngrijire, culegerile de date pentru analiza, sunt asemănătoare.
- Stabilirea bazei pentru o culegere de date aplicabilă oricărui pacient « permite clarificarea responsabilităților asistentului medical, centrarea obiectului de studiu clinic și furnizarea unei scheme precise pentru elevi, diagnostic a acestora»

## VII. ROLUL ASISTENTULUI MEDICAL ÎN COMUNICAREA TERAPEUTICĂ LA PACIENTII CU DEPRESIE

### 7.1 Noțiuni referitoare la comunicarea terapeutică în cazul pacienților cu adicții

- Comunicarea reprezintă o relație între indivizi

Comunicarea implică transmiterea, intenționată sau nu, de informații destinate să lămurească sau să influențeze un individ sau un grup de indivizi receptori

Obiectivele comunicării

- Să fim recepționați
- Să fim înțeleși
- Să fim acceptați
- Să provocăm o reacție, constând într-o schimbare de comportament sau atitudine

Virginia Henderson, care a elaborat prima teorie științifică a îngrijirilor, deși nu da o definiție a comunicării, afirma că aceasta este o necesitate a omului, una din cele 14 nevoi fundamentale:

- "Nevoia de a comunica este o necesitate a fiecărui om de a schimba idei, opinii, sentimente cu semenii săi. Este un proces dinamic, verbal și non-verbal.

### 7.2 Generalități despre comunicare

#### VOCABULAR

**Anturaj** = persoanele care trăiesc în intimitatea sau în preajma individului

**Cadru de referință** = set de valori, norme, opinii, modele comportamentale specific unui individ, însușite sau luate drept model în formarea judecăților evaluative de către alt individ

**Codare** = operația de traducere a unui mesaj informațional

**Decodare** = operația de extragere a unui mesaj informațional

**Emițător** = persoana care trimite un mesaj informațional

**Empatie** = proces complex perceptiv, afectiv și intelectual, mai mult sau mai puțin conștient și dirijat, prin care o persoană tinde să identifice, să înțeleagă și să-și apropie gândurile, acțiunile și mai ales sentimentele, viață afectivă a altui individ concret

**Eu-l (ego-ul)** = nucleul sistemului personalității în alcătuirea căruia intra cunoștințele și imaginea despre sine, precum și atitudinile conștiente sau inconștiente față de cele mai importante interese și valori (conștiința de sine). Este format din următoarele ansambluri: eu-l fizic, eu-l spiritual și eu-l social.

- **Eu-l fizic sau biologic** = ansamblul eu-lui ce are în vedere atitudinile corporale care se identifică cu schema corporală
- **Eu-l spiritual** = ansamblul eu-lui alcătuit din totalitatea dispozițiilor psihice înnăscute sau dobândită
- **Eu-l social** – ansamblul eu-lui care are în vedere atitudinile față de relațiile sociale ale individului
- **Feedback** = răspunsul la mesajul recepționat . depinde de cadrul de referința al receptorului și de condițiile în care se face comunicarea.
- **Feedback nul (o)**: comunicarea este unilaterala, emițătorul nu știe dacă mesajul sau a fost recepționat sau nu.
- **Feedback I**: comunicarea este bilaterala, emițătorul vede receptorul, dar nu au loc schimburi verbale.

Feedback II: comunicarea este bilaterala cu schimburi verbale.

**Mesaj** = ansamblu de date, imagini sau idei despre stările reale sau posibile ale unei persoane sau ale unui obiect

**Prejudecata** = judecata apriorica cu caracter de opinie personala sau grupala insuficient verificata prin experiența și insuficient întemeiată logic și care, fiind echivalenta cu o credința, introduce un coeficient de formare și folosire în cunoaștere.

**Receptor** = persoana care primește un mesaj informațional

**Rol** = model organizat de conduită privind o anumita poziție a unui individ într-un ansamblu organizațional.

### **Dificultăți în comunicare**

- Elemente de bruiaj
- Ascultarea neatenta
- Lipsa abilităților de comunicare
- Dezinteresul față de interlocutor
- Prejudecățile
- Lipsa de înțelegere a limbii vorbite
- Mesajele ambivalente
- Mesaje non-verbale de blocaj: postura cu umerii lăsați, fără contact al privirii, semne de plictiseala, stare de nervozitate, nerăbdare, tonul vocii indiferent
- Paraziți care pot interfera comunicarea
- Abundenta mesajelor
- Vârsta
- Educație de niveluri diferite
- Boli ale organelor de simt: ochi, urechi

### **Componentele comunicării**



Diferențiem 4 nivele de comunicare

- a) **comunicarea verbala** reprezintă cea mai evidentă formă de comunicare și cel mai ușor de identificat, presupunând existența unui limbaj ce ajută la transmiterea și descifrarea mesajului

Importante în comunicarea verbală sunt înțelesurile pe care le poartă fiecare cuvânt sau construcție verbală. Ex: jargoanele specifice grupurilor profesionale,

În comunicarea verbală orală au o mare importanță aspectele de nuanță, tonul, intonație, volumul vocii

- b) **comunicarea non-verbală**

- însoțește comunicarea verbală și apare ca un element de întărire a acesteia;

Cele mai des întâlnite forme de comunicare nonverbală sunt: mimica (expresia facială), gestică, postura, atitudinea, vestimentația, comunicarea cu ajutorul distanțelor, comunicarea cu timpul, toate confirmând sau infirmând mesajul verbal; mimica este cea mai evidentă formă de comunicare nonverbală și cel mai ușor de observat;

Privirea deschisă sau ezitantă, zâmbetul sau grimasele, umbrele de pe fața cuiva atunci când comunică, ne transmit informații despre autenticitatea sau nu a mesajului transmis, gradul sau de importanță, atenția acordată celor care te ascultă. De regulă, mimica este involuntară și doar atunci când se dorește sublinierea mesajului verbal este controlată conștient; gestică este următoarea formă de comunicare nonverbală. În ordinea importanței, cel mai des întâlnită este mișcarea mâinilor, privitul repetat la ceas, aranjarea ritmică a parului; postura se referă la poziția pe care o adoptăm atunci când ne aflăm într-o situație de comunicare.

Vestimentația este o formă subtilă de comunicare nonverbală, a cărei descifrare nu este accesibilă tuturor. Ex: o anumită vestimentație este specifică întâlnirilor profesionale și alta celor din viață personală. Dacă sunt inversate sau nediferențiate, putem deduce importanța pe care persoana o acordă celor două contexte de viață. Vestimentația poate indica starea de spirit și personalitatea fiecăruia, prin culori, accesorii, model, lungime. Prin vestimentație ne definim stările de spirit și coordonatele spațiului nostru de viață.

## 7.3 Noțiuni referitoare la comunicarea terapeutică în cazul pacienților cu depresie

### Importanța comunicării în activitatea asistentului medical

Întorcându-ne pe firul istoriei constatăm că întotdeauna au existat persoane care i-au ajutat pe cei din jur, bolnavi sau răniți. În epoca noastră asistentul medical îi îngrijește pe cei care au nevoie. Nu se poate acorda ajutor eficient fără o relație semnificativă cu cel ajutat, fără a comunica personal și corect cu acesta.

Prezenta permanent alături de bolnavi, asistentul medical îi ajută să se adapteze situației de boală, îi îndrumă și îi însoțește la investigații, le explică tratamentul, cu alte cuvinte trebuie să comunice în permanență. Comunicarea reprezintă o componentă importantă a funcției asistentului medical.

De asemenea, ea este cea care observă starea bolnavului, reacțiile acestuia și transmite medicului și celorlalți membri ai echipei de îngrijire informații pertinente care contribuie la acordarea de îngrijiri eficiente și personalizate.

## Tipurile comunicării

- Pentru a stabili diferențele care există între raporturile asistentului(ei) medicale cu pacienții și/sau familiile lor în cursul activității zilnice, diferențe practice, dar esențiale, trebuie să evidențiem cele trei forme pe care le poate îmbracă procesul comunicării:
- Comunicarea funcțională, informațională sau utilitară
- Comunicarea educațională sau educația pentru sănătate
- Comunicarea terapeutică sau relația de ajutor

**Comunicarea funcțională** sau informațională este nivelul elementar al raporturilor umane. Ea are un scop utilitar în primul rând și de aceea mai este cunoscută sub numele de comunicare utilitară. Este prezentă când pacientul sosește în unitatea sanitară pentru consult și/sau internare, în timpul efectuării îngrijirilor igienice și de confort, în cursul efectuării tratamentelor și pregătirii pentru diferite examinări. Comunicarea funcțională este necesară cu atât mai mult cu cât pacientul are nevoie de cei din jur pentru a se simți în siguranță, înțelegând și acceptând ceea ce se întâmplă cu el pe perioada internării, când pacientul sau asistentul medical simt nevoia primirii sau transmiterii unor informații. Asistentul medical trebuie să afle de la pacient ce așteaptă acesta de la echipa de îngrijire, ce-și dorește și care sunt plângerile sale și în același timp, să-l facă pe pacient să înțeleagă ce se așteaptă de la el. Toate acestea nu pot fi realizate de asistentul medical care nu stăpânește metodele comunicării și care nu cunoaște dificultățile care pot să apară în derularea acestui proces. Ex: transformarea acestei relații în monologuri paralele, în cursul cărora nici unul dintre parteneri nu îl asculta cu adevărat pe celălalt, deci nu există comunicare.

**Comunicarea educațională** sau educația pentru sănătate îi permite asistentului medical să determine prin mijloace specifice nivelul cunoștințelor pacientului despre metodele și modalitățile de menținere a sănătății și prevenire a îmbolnăvirilor, despre boala sa, evoluția bolii, tratamentul necesar, regimul de viață ce va fi urmat după externare și să elaboreze o strategie care îi va da posibilitatea transmiterii cunoștințelor necesare pacientului. În planificarea acestei strategii, un loc important îl ocupa urmărirea în permanență a înțelegerii reținerii și aplicării acestor noțiuni de către pacient.

De exemplu, în cazul unui bolnav cu depresie, până în momentul externării asistentul medical trebuie să fie sigură că pacientul a reținut datele esențiale despre boala sa, regimul de viață și tratamentul ce trebuie respectate, faptul că tratamentul nu trebuie întrerupt, care sunt complicațiile care pot surveni și ce atitudine trebuie să aibă pacientul și/sau familia să într-un asemenea moment.

**Comunicarea terapeutică** presupune relația și comunicarea cu pacientul, ascultarea și înțelegerea acestuia. Permite bolnavului să-și exprime temerile, să vorbească despre problemele sale pentru a putea fi ajutat să le rezolve.

Comunicarea terapeutică sau relația de ajutor se poate defini că o relație între cadrul medical și pacientul care trăiește o situație critică, dificilă. Scopul ei constă în crearea unui climat de încredere, respect și simpatie de care pacientul are nevoie în aceste momente.

Pentru pacientul cu depresie relația de ajutor prezintă o deosebită importanță, oferă suport moral pacientului, sprijinindu-l să-și exprime stările sufletești și temerile, emoțiile, conflictele, valorile, limitele și aspirațiile sale.

Acest tip de comunicare depășește relația pur funcțională necesară vieții cotidiene în condițiile de spital.

## **Rolurile asistentului medical în comunicare:**

- Recunoașterea reacțiilor emotive ale pacientului;
- Stimularea pacientului să participe, să se exteriorizeze și să stabilească relații umane corespunzătoare;
- Dezvoltarea mijloacelor eficiente de comunicare în cazul pacienților cu handicap;
- Câștigarea încrederii pacienților și aparținătorilor;
- Sprijinirea pacientului în a se cunoaște, a se înțelege, a renunța la obiceiuri nefolositoare sau de a accepta condiția de bolnav;
- Reducerea impactului psihologic produs de îmbolnăvire
- Asistentul medical are misiunea de a susține psihologic bolnavul, de a-l face mai ușoara suferință și a-i respecta demnitatea de om.
- Comunicarea nu se limitează doar la component verbal ci include o complexitate de informații non-verbale;
- Comunicarea se desfășoară atât la nivel de transmitere de informații, cât și la nivelul stabilirii unei relații interumane;
- Comunicarea este un proces continuu, fără pauze;
- Comunicarea este ireversibilă, odată spus ceva, rămâne, nu se poate șterge;
- Comunicarea presupune anumite raporturi de poziție și fiecare partener își asigură un rol;
- Comunicarea presupune permanent adaptare și ajustare la situații.

## **Comunicarea terapeutică în contextul general clinic terapeutic**

Modelul original al comunicării terapeutice dezvoltat de Carl Rogers nu se poate aplica integral în practica nursingului, ci a fost adaptat activității de îngrijire practicate de asistentul medical

În cadrul relației speciale asistentul medical-pacient, comunicarea terapeutică este acea relație profundă instaurată între cea care ajută și cel care are nevoie de ajutor într-o situație caracterizată prin dificultăți particulare și personale. Asistentul medical trebuie să îi inducă pacientului o stare de « positive thinking », de aceea comunicarea terapeutică este considerată că o adevărată îngrijire ce se adresează psihicului bolnavului și este sinonimă cu relația de ajutor. Ea depășește cadrul comunicării obișnuite dintre asistentul medical și pacient, în timpul derulării acestei relații, prin crearea unui climat de încredere, respect și confort psihic, asistentul medical îl ajută pe pacientul care se găsește într-o situație critică să depășească această situație, să-și exprime problema, să o accepte și să o rezolve.

Asistentul medical va încerca, prin mijloacele comunicării terapeutice, să-l liniștească pe pacient, să-i micșoreze spaima și anxietatea apărute datorită bolii și tratamentului; să-l facă să accepte o situație dificilă, o boală gravă, o modificare a schemei sale corporale (rezechția sânelui la femeie, anusul artificial, amputația unui membru), să depășească această situație, să găsească un nou sens vieții sale. Îl va ajuta să-și privească cu seriozitate situația, să se împacă cu situația în care se află, să ia unele decizii necesare și să lupte pentru a-și păstra sau recâștiga starea de bine și independența.

În primul rând, asistentul medical îl va ajuta pe pacient la realizarea acelor activități care determină satisfacerea nevoilor sale fundamentale de bază. Există o diferență între scopul relației de ajutor și scopul principal al îngrijirilor acordate de asistentul medical conform cu teoria Virginiei Henderson.

Realizarea toaletei bolnavului sau alimentarea bolnavului nu constituie relație de ajutor, ci sunt îngrijiri care asigură starea de bine fizică; instalarea unui bolnav într-o poziție confortabilă care îi diminuează durerea sau îl ajută să respire mai ușor au și o influență psihologică și pot reprezenta acțiuni prealabile sau complementare relației de ajutor, deoarece satisfacerea nevoilor de bază, fiziologice, permite trecerea la satisfacerea celorlalte nevoi fundamentale vizând evoluția personală și rezolvarea problemelor personale- conform teoriei psihologice a satisfacerii nevoilor elaborate de Maslow.

Distincția dintre îngrijirile de bază și relația de ajutor este subtilă, dificil de realizat, se referă la scopul urmărit de fiecare. Uneori îngrijirile preventive și curative, îngrijirile fizice se suprapun cu comunicarea terapeutică.

Pentru a realiza o comunicare terapeutică eficientă, asistentul medical trebuie să aibă principii și atitudini specifice, naturale sau elaborate. O condiție esențială este voința fermă și profundă a asistentului medical de a-l ajuta pe bolnav. Apoi, o percepție clară a bolnavului că ființă unică ce are resursele necesare pentru a-și rezolva problemele cu condiția să fie ajutat, înțeles și îndrumat. În acest fel asistentul medical demonstrează respectul față de bolnav, în primul rând față de libertatea lui. Adoptând acest comportament, ea se înscrie în conduita descrisă de Rogers că acea atitudine "non-directivă" a curentului existențialist. Dacă asistentul medical îl considera pe pacient la fel cu ceilalți, având nevoie să recurgă la cei cu cunoștințe particulare pentru a-i rezolva problemele, atunci relația ei cu pacientul va fi mai mult « directivă ». Fără a judeca această atitudine a asistentului medical, este de preferat că, pe cât posibil, conduita ei să fie « non-directivă », inducând pacientului provocarea independenței.

Relația de ajutor « non-directivă » creează un climat propice pentru pacient, îi aduce informații despre situația sa, îi oferă condițiile necesare evaluării problemei sale și ale soluțiilor care pot rezolva problema sa. Este fondată pe principiul încrederii în pacient și în posibilitățile sale de a-și mobiliza resursele pentru soluționarea problemelor sale. Asistentul medical este un colaborator care, într-un climat de încredere, acceptare, respect și înțelegere, îl ajută pe pacient să-și ia soarta în mâini, recunoscând că are o problemă pe care trebuie să și-o rezolve, să găsească soluții și să hotărască asupra soluției optime din punctul său de vedere.

Rolul asistentului medical este de a susține psihologic pacientul, de a-i arăta încredere și înțelegere, astfel încât acesta să poată face față situației critice în care se afla. Este un rol diferit de cel al expertului care sfătuiește sau al profesorului care indică cu autoritate calea de urmat. Informațiile pe care asistentul medical le transmite pacientului au rolul de a-i îmbogăți paleta opțiunilor, nu de a-l obliga la o anumită concluzie, implicit la o anumită alegere.

O altă caracteristică a relației de ajutor este concentrarea atenției asistentului medical asupra pacientului ce trebuie ajutat, asupra felului în care acesta își trăiește situația critică în care se afla. Aceasta abordare permite asistentului medical să nu se concentreze asupra problemei pacientului și să reziste tentației de a-i da ea însăși soluții, să facă abstracție de subiectivismul și sentimentele ei. Ea trebuie să aștepte că pacientul să-și exprime problema, dificultățile (eventual să-l încurajeze în acest sens) și care ar fi modalitățile lui de a acționa. Astfel asistentul medical va explora împreună cu pacientul dificultățile acestuia pe plan cognitiv și pe plan afectiv, distingându-l-le și axându-se pe dificultățile afective, înscriind-se în scopul și obiectivele comunicării terapeutice. În această situație, asistentul medical se va axa pe ceea ce trăiește, simte și exprimă pacientul « acum și aici », trecutul fiind abordat în context pentru a servi explicării prezentului, iar abordarea viitorului fiind amânată pentru o fază ulterioară a relației de ajutor.

Se descriu *doua tipuri de relație de ajutor*: relația de ajutor informală sau neorganizată și relația de ajutor formală sau organizată.

*Relația de ajutor de tip informal* se instituie în funcție de nevoile momentului, răspunde nevoilor psihologice imediate ale pacientului, se naște spontan și obiectivele ei se prefigurează în funcție de situație.

În timpul activității zilnice, asistentul medical poate întâlni numeroase situații în care se poate institui relația de ajutor informală:

- În cazul pacientului nou internat, care se simte pierdut și anxios, abandonat
- Cu pacientul depresiv
- Cu pacientul care se simte nedreptățit și neglijat
- Cu pacientul care afla că va fi toată viața dependent de un anumit tratament
- Relației de ajutor de tip informal îi putem descrie următoarele caracteristici:
- Necesitatea ei apare spontan, neplanificat și se organizează pe loc;
- Este sugerată, chiar cerută de pacient și acceptată de acesta
- Evoluează în funcție de situație și de nevoile pacientului
- Obiectivele sale sunt stabilite pe loc, de obicei pe termen scurt și aduc modificări minore în comportamentul bolnavului

Asistentul medical care se angajează în această relație trebuie să aibă capacitatea de a stabili o comunicare eficientă, să inspire încredere, atitudinea să fie empatică și să știe să asculte.

*Relația de ajutor formală sau organizată* este relația care face parte dintr-un proces de îngrijire și este materializată într-un plan de îngrijire, este planificată dinainte și constă într-o discuție elaborată cu pacientul care trece printr-o situație dificilă. Această discuție va fi reluată de asistentul medical periodic până va constata că starea psihică a pacientului s-a ameliorat. Constatăm că acest tip de relație nu răspunde nevoilor psihologice imediate ale pacientului, ci are rolul de a-l ajuta să traverseze mai ușor dificultățile ivite în viață să din cauza îmbolnăvirii și să evolueze pe plan personal pentru a-și putea relua viața obișnuită.

- Caracteristicile relației de ajutor formală sunt:
- Relația de ajutor formală se derulează în momente determinate de asistentul medical și pacient, este prevăzută și planificată
- Pacientul cere să fie ajutat și consimte să fie sprijinit în încercarea de a depăși momentul dificil
- Asistentul medical construiește, pe baza datelor cunoscute despre bolnav, o strategie a relației de ajutor

Asistentul medical construiește, stabilește obiectivele relației de ajutor, dar acestea sunt suplimentare și adaptabile, pe termen mediu și lung și vor aduce modificări vizibile în comportamentul bolnavului.

Asistentul medical care se angajează în relația de ajutor trebuie să aibă anumite calități, atitudini care să întrețină comunicarea terapeutică: receptivitatea, atitudinea de împărtășire a trăirilor pacientului, ascultarea activă a acestuia și empatia.

Ascultarea activă îi permite asistentului medical să sesizeze sensul mesajului pacientului și să-l reformuleze pentru a verifica înțelegerea corectă a mesajului. Asistentul nu comunică un sentiment, idee sau informație de la sine, ci răspunde reformulând informațiile transmise de pacient. Când asistentul medical reformulează sentimentele exprimate de pacient printr-o sinteză scurtă, îl determină pe acesta să dea explicații în plus, să infirme sau să confirme, dar

important este că îi acordă mai multă încredere persoanei care îl ascultă.

Ascultarea activă este un proces dinamic în care afirmațiile pacientului alternează cu răspunsurile asistentului medical, totul având drept scop aprofundarea și clarificarea situației trăite de pacient.

Asistentul medical nu îl va lasă pe pacient să folosească termeni imprecizi, vagi, îl va determina să vorbească la prezent, deoarece situația prezenta trebuie rezolvată, îl va conduce prin întrebări ca: "- Atunci când vorbiți despre...ce înțelegeți exact?" "- Puteți să specificați ce vă sperie în acest moment?"

Nu se utilizează niciodată întrebarea "De ce?" deoarece în relația de ajutor pacientul nu trebuie să se justifice în fața asistentei medicale, aceasta trebuie să îl înțeleagă, nu să îl judece.

Exprimarea acordului cu pacientul este destul de dificilă dacă asistentul medical nu stăpânește tehnica relației de ajutor. A fi de acord cu pacientul nu înseamnă a-i da dreptate în tot ceea ce spune, ci înseamnă a-l ajuta să evolueze spre obiectivul propus pentru el.

- Concluzie: pentru ascultarea activă trebuie să avem în vedere următoarele:
- Concentrarea atenției asupra vorbitorului și asupra mesajului.
- Atitudine calmă, stăpânită.
- Ignorarea propriilor emoții și sentimente.
- Atitudine justă, critică și empatică deopotrivă.
- Clarificarea din timp a unor aspecte neclare
- Emiterea permanentă a semnalelor de confirmare.
- Încurajarea periodică a vorbitorului, stimulând-l să spună cât mai multe despre subiectul de discuție.

Valorificarea eficientă a decalajului dintre gândire și vorbire și evitarea filtrării mesajului prin eludarea a ceea ce ne displace sau prin evitarea efortului de înțelegere pe care n-am fi dispuși să îl facem.

#### Tehnici de comunicare terapeutică

- Ascultarea activă – concentrarea atenției asupra tuturor mesajelor verbale și nonverbal transmise de pacient;
- Condițiile ascultării
- ✓ Accesibilitatea - să găsească timp pentru a asculta pacientul
- ✓ Postura relaxată, la același nivel cu pacientul
- ✓ Deschiderea fizică - mesajele non-verbale să exprime deschiderea spre comunicare
- ✓ Corpul ușor aplecat înainte - un semn al implicării, interesului
- ✓ Un bun contact al privirii
- ✓ Expresia facială adecvată-prietenosă, relaxată, inclusive zâmbetul
- ✓ Aprobarea prin înclinarea capului
- Reflectarea sentimentelor (ogîndirea sau ecoul)-demonstrează o înțelegere empatică a trăirilor pacientului
- Reflectarea cu interpretare - reflectarea trăirilor pacientului folosind tonul emoțional adecvat mesajului primit, folosind cuvintele proprii
- Clarificarea - permite asistentului medical să înțeleagă mai bine situația și permite pacientului să exploreze mai multe fațete ale aceleiași situații
- Umorel
- Catharsisul emoțional - pacientul este încurajat să vorbească despre lucrurile care îl

deranjează cel mai tare. Exprimarea trăirilor este terapeutică prin ea însăși.

- Confruntarea - încercarea de a aduce la nivelul conștient al pacientului trăirile, atitudinile, judecățile și comportamentele sale.

### **Atitudinea empatică**

Este "piatra de încercare" în activitatea asistentului medical, mai ales în psihiatrie față de pacientul cu depresie.

Pentru a-i arăta empatie pacientului, asistentul medical trebuie:

- ❖ Să fie preocupată de starea pacientului, focalizând-și atenția asupra lui;
- ❖ Să-și dezvolte capacitatea de a se pune în situația lui;
- ❖ Să nu uite că este vorba de problema sau situația pacientului, nu a sa;

În încheiere, subliniem că relația de ajutor este de o deosebită complexitate și solicită din partea asistentului medical bunăvoința și profesionalism, simț de observație bine dezvoltat și exersat, percepții și interpretări corecte și foarte multă răbdare.

Referitor la comunicarea nonverbală, un rol important îl constituie comunicarea prin atingere. Atingerea este un mod de comunicare elementar și direct, care, în anumite situații, transmite un mesaj mai bine decât cuvintele. Ex: o apăsare ușoară a mâinii sau a frunții, o caldă atingere de mână semnifică prezența empatică și sunt la îndemână oricui.



## VIII. ETICA ȘI DEONTOLOGIE ÎN INGRIJIREA PACIENTULUI CU DEPRESIE

### JURAMANTUL LUI HIPOCRATE

«Jur pe Apolo medicul, pe Asclepion, Higia și Panaceea și iau că martori pe toți zeii, să respect după puterea și priceperea mea următorul legământ:

*Să prețuiesc că și pe părinții mei pe cel care m-a învățat aceasta arta, să trăiesc în comun cu el și dacă este necesar să împart și bunurile mele cu el, să-i consider copiii că pe proprii mei frați, să-i învăț aceasta arta dacă ei astfel doresc, fără plata sau vreo promisiune scrisă, să împărtășesc fiilor mei și fiilor învățătorului meu, care m-a învățat pe mine, și discipolilor care s-au legat ei înșiși și au fost de acord cu regulile profesiei și numai acestora, percepțele și învățăturile. Voi prescrie tratamentul pentru binele bolnavilor mei după capacitatea și priceperea mea și niciodată nu voi vătăma pe nimeni. Că să fiu pe placul cuiva nu voi prescrie un medicament ucigător și nu voi da un sfat care poate să-i cauzeze moartea. Nici nu voi da vreunei femei un pesar pentru a provoca avortul. Îmi voi păstra puritatea vieții mele și artei mele. Nu voi tăia că să scot pietre chiar și la bolnavii la care boala se manifesta. Voi lasă aceasta operație să fie făcută de cei ce practica aceasta. În fiecare casa unde ajung voi intra numai pentru binele bolnavilor mei, ținându-mă departe de orice rău făcut cu intenție și de orice ademenire și mai cu seama departe de plăcerile dragostei cu femei sau bărbate, fie ei liberi sau sclavi. Tot ce pot să aflu în timpul exercitării profesiei mele sau în afara profesiei mele sau în relațiile zilnice cu oamenii ceea ce nu ar trebui răspândit, voi păstra că taina și nu o voi destăinui niciodată. Dacă voi păstra acest jurământ cu credința să mă pot bucura de viață și să-mi pot practica arta, respectat de toți oamenii și de-a pururi, iar dacă îl voi nesocoti sau îl voi încălca, soarta să-mi aducă doar nenorociri. «*

Inspirând-se din jurământul lui Hipocrate, Florence Nightingale își concretizează concepția profesională prin textul propriului jurământ, pe care îl propune tuturor asistentelor medicale/nurse, că să-l cunoască și să-l rostească la începutul carierei lor: *“ Mă angajez solemn în fața lui Dumnezeu și în prezenta acestei adunări, să duc o viață integritate și să-mi îndeplinesc cu credință îndatoririle profesiei mele. Nu voi lua și nu voi administra niciun remediu periculos. Voi face totul pentru creșterea nivelului profesiei mele și voi păstra cu o totală discreție lucrurile private care –mi vor fi încredințate. Voi ajuta din toate puterile mele în mod cinstit medicul în munca sa și mă voi dedica bunăstării celor care sunt lăsați în grija mea”.*

În acest capitol vom încerca să examinăm întrucâtva etica nursingului – studiul aspectelor morale ale nursingului. În acest scop este necesar să revedem termenii care vor fi utilizați în sfera eticii îngrijirilor.

- Morala – principiile, valorile și normele pe care oamenii le respectă în viață și comportamentul lor cotidian
- Etica – studiul acestor principii, valori și norme. Etica este o reflectare a moralei
- Principii - puncte de vedere sau puncte de plecare fundamentale
- Valori – opinii privind ceea ce este bun și just și de urmat



- Norme- reguli de conduită, exprimări comportamentale ale valorilor

Aspectele morale ale profesiei constituie o parte integrantă a nursingului și ele sunt legate de ceea ce era nursingul în trecut și de ceea ce este astăzi. Astfel, etica nursingului este strâns legată de istoria acestuia, de funcția și poziția asistenților medicali, de contextul social în care ele își îndeplinesc sarcinile și de conceptele teoretice care stau la baza nursingului.

Cea care a reușit să impună nursingul modern ca pe o profesiune cu o identitate autonomă este Florence Nightingale, care a și inaugurat prima școală laică de nursing în Londra. Florence Nightingale, fondatoarea nursingului modern, a atins în activitatea sa importante aspect etice ale profesiei împletite cu esența rolului asistentului medical. Ea convinge opinia publică că îngrijirile de sănătate constituie o artă care trebuie ridicată la rangul cuvenit de profesie disciplinară.

Conținutul eticii profesiei îngrijirilor are componente păstrate încă din antichitate extrase din jurămintele lui Hipocrate, dar și componente moderne conform trecerii timpului și epocilor succesive care s-au desfășurat de atunci. De exemplu: contrar la ceea ce se consideră astăzi, Florence Nightingale gândea că această profesie este rezervată exclusiv femeilor, ceea ce astăzi nu mai este de actualitate. Pe de altă parte, considera faptul că nursingul, pentru a putea fi practicat cu știință și conștiință, nu este obligatoriu să fie legat de domeniul religios. Astfel, pentru a reuși în apărarea profesiei, Florence Nightingale a intuit munca în echipă care este superioară individualismului.

Pentru o mai bună înțelegere a ceea ce trebuie să reprezinte viața noastră condusă de aceste norme morale și etice, este potrivit să menționăm întâi definiția moralei care reprezintă "totalitatea normelor, regulilor și principiilor ce reglementează relațiile dintre indivizi, fiind o formă a conștiinței." Știința care studiază aceste norme, principii morale, este etica. Etica este unică pentru toți membrii societății noastre. Dar adevărul este întotdeauna concret. Fiecare profesiune ridică o serie de probleme etice particulare, care trebuie abordate și rezolvate în spiritul moralei.

Etica muncii este considerată ramura a eticii, al cărei domeniu este morala muncii. Raportul dintre noțiunea de etica muncii și cea de etică profesională, prima având o sferă mai largă, ultima fiind utilizată atunci când este însoțită de denumirea profesiei la care se referă, se poate exemplifica cu "etica profesiei medicale", de asistent medical, ca sinonim cu deontologia medicală. Astfel în profesia medicală există un cod deontologic, o etică medicală care se ocupă de normele morale și comportamentale ale celor ce îngrijesc persoanele care suferă de diferite afecțiuni.

Se utilizează frecvent noțiunea de datorie morală, obligație sau normă, ceea ce reprezintă îndatorirea unui om față de alți oameni, de societate, generate de conștiința individuală, implicând simțul datoriei, nevoile raționale ale individului, nevoile morale care-l domina pe individ.

În formarea conduitei morale e nevoie de trei factori:

1. factorul intelectual – pe baza acestuia formându-se conștiința morală
2. factorul afectiv- necesar pentru formarea convingerilor morale
3. factorul volitiv- important în formarea comportamentului moral prin educație.

### **Codurile etice**

În diverse țări și la nivel internațional, funcția morală și locul nursingului printre alte activități sociale sunt descrise în așa numitele coduri etice ale nursingului. Acestea sunt o traducere

directa a valorilor de bază din nursing: autonomia, apărarea și responsabilitatea în obligațiile specifice ale asistentului medical.

Gândiți-va la câteva exemple de pacienți cu depresie pe care i-ați îngrijit și care v-au pus față în față cu o anumită dilema etică. Putea fi ceva relativ minor sau ar fi putut fi o problemă de viață și de moarte. Încercați să adaptați obligațiile pe care codul vă cere să le îndepliniți la cazurile pe care le-ați identificat. Veți găsi că în unele situații ați fost incapabili să adaptați pe deplin aceste obligații. S-ar putea să aveți nevoie de ajutor pentru o interpretare specifică articolelor codului.

- Se identifică patru funcții sau obiective ale codurilor etice în nursing:
- Să arate societății că asistentul medical înțelege și acceptă încrederea de care se bucură și responsabilitatea care li se acordă
- Să ofere relațiilor profesionale linii directoare ca bază pentru acțiuni responsabile din punct de vedere etic
- Să descrie poziția asistentei medicale în relația cu pacientul în calitate de reprezentant, cu alți profesioniști în calitate de angajat loial și cu societatea în calitate de reprezentant al serviciilor de sănătate
- Să furnizeze grupului profesional un mijloc de a realiza autoreglarea.

Codurile etice pentru asistente medicale există în mai multe variante și grade. Unele sunt concise și globale în conținut, în timp ce altele sunt elaborate pe aspecte specifice legate de funcționarea ca asistentul medical. Primul cod scris în acest scop este "Promisiunea", scris de Florence Nightingale în 1893.

În 1953, Organizația profesională mondială a nursingului, Consiliul Internațional al Nurselor a adoptat Codul pentru asistenți medicali. El servește ca ghid internațional al comportamentului etic al asistenților medicali. Organizațiile profesionale naționale au acceptat fără excepție acest cod. Codul ICN servește ca punct de plecare în dezvoltarea tuturor codurilor naționale și locale.

Codurile internaționale au fost dezvoltate pentru domenii specifice ale nursingului, cum sunt îngrijirea prizonierilor politici și cercetarea nursingului.

Unele forme ale codurilor, cunoscute ca declarații sau cartele, furnizează și ele un ghid etic pentru lucrătorii din sănătate. O carte este un document oficial acordând sau cerând anumite drepturi sau libertăți. Cu cât este mai influent promotorul cartei, cu atât cartea va fi mai influentă. Ca exemplu este Declarația privind promovarea drepturilor pacienților din Europa.

În ceea ce privește statutul etic al acestor coduri, primele versiuni au fost create într-un moment în care etica nursingului abia se născuse. Ca rezultat, un cod etic este adesea considerat ca prim punct de orientare atunci când trebuie făcute opțiuni etice dificile. El furnizează un rezumat concis și sistematic al principiilor și regulilor etice pe care profesioniștii doresc să le mențină. Este exprimat sub forma unor instrucțiuni de conduită, ușor și accesibile de consultat.

## Etica

Examinarea etică sau morală nu este singurul mod de a privi o situație.

**1. punctul de vedere legal** se referă la ceea ce este cerut sau interzis de către legile țării în care trăim. În Marea Britanie există obligația de a raporta faptul că starea unui pacient este rezultatul unui incident terorist. Este greșit, din punct de vedere legal, să nu procedați în această manieră.

**2. eticheta socială** aplică convențiile acceptate la ceea ce unii oameni considera aspect triviale de comportament. În societatea tradițională britanică, se considera că este corect că un bărbat să se ridice atunci când o femeie intra în încăpere.

**3. codurile profesionale și eticheta profesională** guvernează conduita în cadrul profesiei sau între profesii. În conformitate cu Codul de conduita profesională al Consiliului Central pentru nursing din Marea Britanie o asistentul medical trebuie să accepte funcții cu delegare fără să fi fost instruită în prealabil pentru aceste funcții și să fi fost atestată ca fiind competentă pentru ele.

**4. un punct de vedere religios** privește ființa umană ca o părticică a unei structuri globale divine și apreciază comportamentul după criterii care se aliniază la o astfel de structură. Unii catolici considera greșită utilizarea contracepției deoarece aceasta interferează cu ceea ce ei vad ca un scop divin al sexualității.

**5. punctele de vedere vizuale și estetice** evaluează comportamentul sub aspectul producerii sau nu al unui efect care arată frumos sau care satisface sensibilitatea artistică. Unii oameni consideră că este greșit din punct de vedere estetic să decorezi o cameră cu un amalgam de desene și de culori diferite.

**6. punctul de vedere practic** analizează care dintre acțiuni constituie cel mai eficient mod de realizare a oricărui scop propus. Din punct de vedere practic este greșit să pui o perfuzie la mână dreaptă a unui pacient dreptaci, dacă acest pacient trebuie să aibă un grad de independență cât mai mare posibil.

## IX. ASPECTE ALE ETICII PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL

Etica poate fi considerată o disciplină filosofică axată pe studiul sistemelor, valorilor, normelor și categoriilor morale.

După definiția dată de N. Kembach, deontologia se ocupă de drepturile și îndatoririle asistenților medicali. Astfel, cele mai importante elemente ale deontologiei privesc responsabilitatea morală și juridică a asistenților medicali.

Profesiunea de asistent medical a fost legată întotdeauna de cerințe etice (morale) și deontologie (drept și morală) ale căror particularități s-au format ca un rezultat al mediului în care trăiesc și lucrează asistenții medicali sub influența unei desăvârșite pregătiri morale.

Etica contribuie la cunoașterea de sine și ajută individul în raport cu decizia ce urmează a fi luată.

Îngrijirea profesională în nursing este orientată de cunoaștere, competență și comportament etic. Valorile de bază ale îngrijirii sunt: încrederea, apropierea, intimitatea cu alți oameni, confidențialitatea, prietenia, dragostea, respectul de sine și respectul celorlalți oameni.

Principiile eticii sunt valabile în toate țările. Principiile etice sunt: binefacerea, a nu face rău, dreptate, autonomie, veracitate, sinceritate, fidelitate și confidențialitate.

Din punctul de vedere al teoriei utilitariste, o serie de noțiuni de etică medicală precum confidențialitatea, obligația de a spune adevărul pacientului sau obținerea consimțământului, în urma oferirii de informații pacientului sunt justificate numai în vederea obținerii stării sale de bine.

Conceptul de bază al acestei teorii se referă la conduita umană, care prin modalitățile sale de exprimare, urmărește obținerea de beneficii maxime și rău minim.

Dacă ne referim la activitatea medicală, medicul ar trebui să cântărească nu numai efectele imediate ale acțiunii terapeutice asupra pacientului și familiei, dar și efectele intervenției medicale, mai bine spus rezonanța acesteia asupra celorlalți, deci a societății. Se observă astfel tendința de transformare a deciziei asupra unei singure persoane, într-o decizie care să țină cont de binele și fericirea generală.

În ceea ce privește paternalismul, utilitarismul oferă justificarea de a se putea acționa asupra unei persoane fără a i se cere consimțământul sau a i se respecta dorințele dacă acțiunea urmărește beneficiul persoanei în cauză.

Chiar și în cazul internării involuntare, bolnavul trebuie tratat în aceleași condiții deontologice și științifice, fiind excluse tratamentele nerecunoscute științific sau riscante.

Teoria Kantiana susține că prin puterea de a-și regla propriul comportament și de a fi responsabil pe propriile acțiuni, omul capătă dreptul la autonomie, a cărei valoare este inerentă, intrinsecă și infinită.

Determinarea competenței sale este reprezentată de integritatea capacității unei anumite persoane (pacient) de a înțelege, comunica, raționa și delibera în contextul acumulării unui set de valori și concepții asupra binelui la un anumit moment, în circumstanțe specifice.

Iată o parte din cel mai elevat document de morală medicală, «Decalogul personalului sanitar», formulat de profesorul spaniol B. Masca:

1. *Onorează pe bolnavul tău de orice vârstă ar fi: copil, tânăr sau bătrân. Când a ajuns în mâinile tale, este o ființă fără apărare care nu are alta arma de susținere decât apelând la știință și la caritatea ta.*
2. *Da aceeași stima și atenție săracului că și bogatului. În dragostea ta de oameni, săracul se simte bogat. Respecta nuditatea maladiei, spectacolul mizeriei și al suferinței.*
3. *Respecta nobila ta misiune, începând cu însăși persoana ta. Să nu o profanezi. Poarta-te demn, cuviincios, cu omenie. Nu specula pe bolnav, căci profesiunea ta nu e că oricare alta. Sacrificiul tău, ajutorul tău nu pot fi preluate ca o meserie obișnuită.*
4. *Oboseala ta să fie luminată de credința și de dragoste. Atunci când știința nu mai poate face nimic, bunătatea ta, purtarea ta, să susțină pe bolnav. Învinge greutățile inerente profesiunii tale, stăpânește supărarea și nerăbdarea ta, gândește-te că cel suferind este dezarmat, fără putere și are nevoie de ajutorul și îngrijirea ta.*
5. *Să nu umilești niciodată pe bolnav, care și așa e umilit de boala lui, oricare ar fi boala, să nu pronunți cuvântul deznădejde. Să nu distrugi niciunui bolnav iluzia vindecării, chiar de ar fi vorba de un muribund. Sunt oameni care au nevoie să-i însoțești până în ultima lor clipă, pentru a nu-i lăsa să ghicească sfârșitul.*
6. *Să nu uiți niciodată că secretul ce ti se încredințează în ceea ce privește o maladie este ceva sfânt, care nu poate fi trădat, destăinuit altei persoane. Profesiunea ta este un sacerdoțiu. Tu nu trebuie să faci nicio deosebire de clasă socială, de credințe religioase. Înaintea ta toți să fie tratați deopotrivă, căci toți oamenii sunt tratați deopotrivă de legile firii.*
7. *Să nu vezi în îngrijirea bolnavilor tai o povară, o corvoada. Acest sentiment ar îngreuna exercițiul meseriei tale. Învață să cunoști bolnavii tai și să-i înțelegi în felul lor de a cere ceva, când au nevoie de ajutorul tău, când au nevoie de somn, de odihnă, de mâncare. Defectele, pretențiile, toanele bolnavilor sunt datorate suferinței. La fel ai fi și tu când ai fi bolnav.*
8. *Niciodată, față de bolnav să nu te arăți neîncredător în reușita tratamentului. Menține-i speranța, credința. Fă ca bolnavul să nu se simtă singur, izolat. Dacă a suferi e greu, a suferi singur e incomparabil mai greu. Poarta-te astfel, că bolnavul să fie sigur că are în tine un sprijin, da-i curaj când îl vezi trist, amarat, disperat.*
9. *Nu ajunge numai bunăvoința, ci se cere și știință în îngrijirea bolnavilor. Zilnic se descoperă noi mijloace pentru alinarea suferințelor. Nu te mulțumi și nu te mărgini numai la științele și cunoștințele ce le-ai dobândit în școală. Împrospătează-le mereu ! Învață mereu ! citește mereu cărți și reviste medicale !*
10. *Nu discuta și nu contrazice niciodată prescripțiile medicale în față bolnavului. Îi răpești încrederea în medicină, îi distrugi speranța de vindecare.*

## **LUAREA DECIZIILOR ETICE**

Aplicarea principiilor unui cod profesional și etic este înglobată într-un context social și practic care cer mai multa descriere, discutare, implementare și evaluare. Toate aceste elemente sunt componente ale procesului de luare a deciziilor.

Prin evaluarea unei situații putea afla dacă alegerea Dvs. privind un anumit comportament a fost corectă. Așa se poate justifica acțiunea și stabili un precedent pentru viitor. Toți pașii trebuie parcurși pentru a revedea calitatea alegerii. Efectele morale nedorite pot fi rezolvate reanalizând iar și iar procesul de luare a deciziei.

### Conceptele etice aplicate nursingului

Responsabilitatea fundamentală a asistentei medicale are 4 valențe: să promoveze sănătatea, să prevină boala, să reinstaureze sănătatea și să aline suferința.

În nursing este inerent respectul pentru viață, demnitate și drepturile omului. El nu este limitat de considerații privind rasa, naționalitatea, credința, culoarea, vârsta, sexul, starea politică sau socială.

Responsabilitatea principală a asistentei medicale o constituie oamenii care au nevoie de îngrijiri de nursing. În acordarea acestor îngrijiri, asistentul medical promovează o ambianță în care valorile, obiceiurile și credințele spirituale ale individului sunt respectate.

Asistentul medical păstrează confidențialitatea informațiilor personale și folosește discernământul în protejarea acestor informații.

Asistentul medical poartă o responsabilitate personală în practicarea nursingului și menținerea competenței prin studiu continuu. Ea menține cele mai ridicate standarde de îngrijire în realitatea unei situații specifice.

Asistentul medical întreține o relație de cooperare cu colegii în domeniul nursingului sau alte domenii.

<b>Titluri din codul pentru nurse</b>	<b>Educatori</b>	<b>Practicieni și administratori</b>	<b>Asociații ale asistentelor medicale</b>
Asistentul medical și oamenii	Educație orientată asupra persoanei Educație orientată asupra sănătății Studiul științelor sociale și comportamentale	Practica orientată asupra persoanei Respect pentru valori, obiceiuri și convingeri Îngrijire cuprinzătoare Sistem pentru păstrarea confidențialității	Acceptarea responsabilității în educarea și practica nursingului
Asistentul medical și practica	Discernământ Atitudine și deprinderi pentru studiu continuu	Sistem de sprijinire a discernământului în nursing Ocazii de a învăța în situații de serviciu Organizarea serviciului pentru a promova calitatea îngrijirii	Apărători legislativi ai practicii nursingului Programe de educație continuă Condiții de muncă pentru a asigura educarea continuă

Asistentul medical și societatea	Participarea studenților la experiența comunității Implicarea cetățenilor în programe educaționale	Implicarea în activitatea comunității Participarea beneficiarilor la asistentul medical	Documente privind problemele sociale Cooperarea cu alți specialiști și grupuri sociale
Asistentul medical și colegii	Înțelegerea rolului altor categorii profesionale Comunicarea rolului n nursingului pentru alte profesii	Conștientizarea funcțiilor specifice și interdisciplinare Sistem de colaborare	Colaborarea cu asociații ale altor discipline
Asistentul medical și profesia	Participarea activa ca membru al asociației Standarde pentru educație în nursing Aptitudini pentru cercetare și comunicare Înțelegerea nursingului ca profesie	Participarea activa ca membru al asociației Standarde pentru practica nursingului	Cercetare și condiții de munca echitabile social și economic printr-o reprezentare legislativa și negociere colectiva

**Răspunderea profesională** - concept etic important care are la bază relația asistent medical-pacient în acordarea îngrijirilor. Asistentul medical are răspunderea față de pacient, profesie și societate pentru ce a făcut sau nu a făcut în activitatea de îngrijire

**Responsabilitatea profesională** – este o auto angajare conștientă și voită într-o acțiune. Asistentul medical are responsabilități individuale, de grup. El își desfășoară activitatea în cadrul echipei de îngrijire bazându-se pe relații de parteneriat și solidaritate profesională, complementaritate.

Asistenții medicali au responsabilitatea de a propaga drepturile pacientului

- ✓ Să-i asigure o îngrijire adecvata în orice condiții
- ✓ Îngrijirea să fie echitabila
- ✓ Să informeze pacientul despre tratament, riscurile aferente, în termeni pe care el și familia să îi înțeleagă cu ușurință iar el să-și dea consimțământul după ce s-a informat și a înțeles tot
- ✓ Să îl informeze și să îl facă să participe la toate deciziile legate de sănătatea lui
- ✓ Să îi asigure confidențialitatea în timpul discuțiilor, examinării și tratamentului
- ✓ Să îi respecte decizia privind refuzul tratamentului
- ✓ Pacientul are dreptul de a fi educat și informat de către personalul care îl îngrijește în așa fel încât să fie capabil să-și asigure un nivel optim de stare de bine și să înțeleagă care îi sunt nevoile de bază

Legislativ, asistentul medical are datoria de a:

- Promova ce e mai bine pentru pacient
- Se asigura că toate nevoile pacientului au fost rezolvate
- Proteja drepturile pacientului

Standarde de îngrijire- asistentul medical trebuie să respecte:

- Standardul de îngrijire profesională: evaluare, diagnostic, identificarea efectelor, rezultatelor, planning
- Standard de practică profesională: îngrijiri de calitate, educație, colaborare, etică, cercetare, performanță, evaluare.



## X. BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Ileana Botezat Antonescu - Istoria psihoterapiei în România irpi.ro, 2015
2. Clinical Practice Guideline On The Management Of Depression În Adults, Avalia 2015, Ministry of Health, Social Services and Equality, Galician Agency for Health Technology Assessment
3. [www.suicid.ro/suicid-și-depresia-unipolara](http://www.suicid.ro/suicid-și-depresia-unipolara), dr. Faluvegi Istvan Leopold, 2015
4. LEMON, material de educație în nursing, capitol "Probleme profesionale și morale", OMS, 2015
5. Protocol terapeutic pentru tulburări afective- tulburarea depresivă - Spitalul de psihiatrie Murgeni;
6. Protocele de diagnostic și tratament în tulburarea depresivă – Spitalul municipal Orăștie;
7. Protocele de diagnostic și tratament în psihiatrie; Ghid de farmacoterapie în tulburarea depresivă – Spitalul de psihiatrie Zam
8. Protocol terapeutic pentru tulburările afective- tulburarea depresivă recurentă, Spitalul Socola

Prezentul Ghid a fost realizat de  
CENTRUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI LUPTĂ ANTIDROG,  
în cadrul proiectului „*Creșterea competențelor profesionale ale  
personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective  
și prevenția comportamentului suicidar*”,  
POCU/91/4/8/3269/22.12.2017, COD MY SMIS 111477.  
Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu  
poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.