

## **ELABORAREA UNUI PLAN DE INGRIJIRE LA DOMICILIU**

Elaborarea planului de ingrijire a pacientului la domiciliu cuprinde urmatoarele etape:

- Evaluarea nevoilor pacientului
- Informarea pacientului/sustinatorului sau legal si obtinerea consimtamantului
- Incheierea acordului intre beneficiarul ingrijirilor la domiciliu si persoana care acorda ingrijirea.
- Planul de ingrijire (servicii necesare pentru rezolvarea nevoilor identificate, obiectivele planului de ingrijire in functie de nevoile si resursele pacientului, stabilirea prioritatilor de ingrijire, stabilirea planului de ingrijire individualizat).

Evaluarea pacientului reprezinta prima etapa a procesului de ingrijire, care incepe odata cu prima intalnire a asistentei medicale cu persoana sau comunitatea ingrijita si continua pe toata durata procesului de ingrijire, deoarece starea de sanatate a celor ingrijiti se modifica continuu (in cadrul ingrijirilor la domiciliu exista fise standard pentru evaluarea nevoilor).

Ca urmare, asemeni intregului proces de ingrijire, evaluarea pacientului ingrijit la domiciliu reprezinta un proces continuu, dinamic si strict individualizat.

### **Etapale procesului de evaluare**

Procesul de evaluare comporta patru etape:

1. Culegerea de date
2. Inregistrarea datelor.
3. Analiza datelor.
4. Formularea diagnosticelor de nursing/de ingrijire

Continutul etapelor procesului de evaluare a pacientului este urmatorul:

#### **1. Culegerea de date**

Culegerea datelor ne permite sa facem o inventariere a tuturor aspectelor privind persoana asistata in globalitatea sa. Se poate spune ca ele ne informeaza asupra a ceea ce este persoana asistata, asupra

suferintei, asupra obiceiurilor sale de viata si asupra starii de satisfacere a nevoilor fundamentale.

Culegerea datelor se realizeaza prin:

- anamneza pacientului si apartinatorilor (interviul)
- examenul fizic al pacientului (observarea)
- examene de laborator
- consultarea documentelor anterioare existente.

### **Surse de informatie**

Pentru culegerea datelor, ingrijitorul trebuie sa recurga la diferite surse de informatii, astfel:

- sursa directa, primara: persoana asistata
- surse secundare sau indirecte:
  - familia si anturajul persoanei asistate
  - membrii echipei de sanatate
  - dosarul medical actual si anterior
  - scheme de referinta (consultarea unor date; cazuri specifice: hemodializa)

Mijloacele principale cele mai eficace de a obtine informatiile dorite sunt urmatoarele:

- a. observarea persoanei asistate
- b. interviul persoanei asistate
- c. consultarea surselor secundare (mai sus-enumerate) .

### **Observarea**

Observarea ramane elementul primordial, de baza, pe care il foloseste ingrijitorul pe parcursul activitatii.

### **Implicarea simturilor**

In cursul muncii sale pentru persoana asistata, ingrijitorul se foloseste de organele ce simt, vedere, auz, atingere si miros.

**Vederea:** ne aduce o multitudine de informatii privind caracteristicile fizice ale unei persoane (fizionomia, privirea, comportamentul, etc.). Ea ne informeaza, de asemenea, asupra anumitor semne si simptome care traduc o nevoie insatisfacuta, o problema de sanatate:

- fata trista sau denotand suferinta
- agitatie sau descurajare
- eruptii ale pielii, ictere, etc.

**Auzul:** prin simtul auzului ne parvin cuvintele

- intonatia vocii
- gemete, vaicareli, plangeri
- zgomote emise de persoana asistata, batai cardiace, gaze

**Atingerea:** joaca rol important la examenul fizic sau la palparea anumitor parti ale corpului, permitand cunoasterea detaliilor (induratie, grosimea unei mase, caldura membrelor, etc.)

**Mirosul** permite:

- decelarea unui miros relevant pentru gradul de curatenie al persoanei asistate
- procese patologice - infectia unei plagi care degaja miros urat
- halena - de exemplu la un diabetic (in acidoza)

### **Utilizarea observatiei**

Pentru a fi eficace, observatia trebuie sa fie facuta cu multa atentie, ingrijitorul trebuie sa-si dezvolte spiritul de observatie, trebuie sa faca abstractie de propriile preocupari si sa se concentreze asupra persoanei asistate si asupra a tot ceea ce-l inconjoara.

**2. Inregistrarea datelor** presupune includerea informatiilor obtinute despre pacient intr-o baza de date (cu forma specifica fiecarei tari si fiecarui serviciu in parte), in cazul ingijirilor la domiciliu in fisele speciale alocate fiecarui pacient.

**3. Analiza datelor** presupune examinarea critica si responsabila a informatiilor obtinute pentru identificarea si ierarhizarea

necesarilor de îngrijire prezentate (actuale) sau potențiale, posibile. Această etapă are drept scop stabilirea problemelor individuale prioritare în cazul pacientului evaluat.

**4. Formularea diagnosticului de nursing/îngrijire** reprezintă ultima etapă a procesului de evaluare a pacientului. Diagnosticul de îngrijire formulat constituie baza rațională și pragmatică pentru elaborarea ulterioară a planului de îngrijire.