

TEORIA ȘI PRACTICA NURSING

Volumul V

**NURSING ÎN MEDICINA INTERNĂ
(MI I-II)**

planuri de îngrijire orientate pe diagnostice nursing NANDA-I
cu proceduri specifice pentru pacienții cu afecțiuni respiratorii,
cardiovasculare, reumatismale, hematologice, digestive,
endocrine, metabolice și renale

CUPRINS

PREFAȚĂ. DESPRE STRUCTURA ȘI CONȚINUTUL ACESTEI CĂRȚI.....	11
---	-----------

CAPITOLUL ÎNTÂI PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

I. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

I.1. ELEMENTE DEFINITORII ALE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE.....	19
---	-----------

I.2. ETAPELE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE (CDPAE).....	21
--	-----------

I.2.1. Culegerea și analiza datelor sau evaluarea nursing inițială.....	22
---	----

I.2.2. Diagnosticarea nursing NANDA-I pe baza culegerii și analizei datelor ..	30
--	----

I.2.3. Planificarea îngrijirilor sau alcătuirea planurilor de îngrijire	35
---	----

I.2.4. Aplicarea intervențiilor.....	41
--------------------------------------	----

I.2.5. Evaluarea îngrijirilor (rezultate așteptate).....	44
--	----

CAPITOLUL AL DOILEA

PLANURI DE ÎNGRIJIRE ȘI TEHNICI NURSING ÎN MEDICINA INTERNĂ

II.1. NURSING ÎN AFECȚIUNI ALE APARATULUI RESPIRATOR

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni pulmonare

II.1.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu bronșită.....	51
--	----

II.1.2. Îngrijiri nursing ale pacientului cu astm bronșic	55
---	----

II.1.3. Îngrijiri nursing ale pacientului cu bronșiectazie.....	60
---	----

II.1.4. Îngrijiri nursing ale pacientului cu cancer pulmonar	63
--	----

II.1.5. Îngrijiri nursing ale pacientului cu pneumonie	69
--	----

II.1.6. Îngrijiri nursing ale pacientului cu abces pulmonar.....	74
--	----

II.1.7. Îngrijiri nursing ale pacientului cu tuberculoză	81
--	----

II.1.8. Îngrijiri nursing ale pacientului cu boli ale pleurei: pneumotorax.....	88
---	----

II.1.9. Îngrijiri nursing ale pacientului cu boli ale pleurei: pleurită.....	92
--	----

II.1.10. Îngrijiri nursing ale pacientului cu boli ale pleurei: pleurezie	95
---	----

II.1.11. Îngrijiri nursing ale pacientului cu insuficiență respiratorie	98
---	----

II.1.12. Îngrijiri nursing ale pacientului cu BPOC	102
--	-----

B. Intervenții, investigații, proceduri și tehnici specifice aparatului respirator, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.1.a. Spirometria	109
II.1.b. Aspirația traheo-bronșică	112
II.1.c. Bronhofibroscopia	115
II.1.d. Radiografia pulmonară standard	116
II.1.e. Recoltarea exsudatului faringian	118
II.1.f. Recoltarea sputei prin expectorație	119
II.1.g. Toracocenteza (puncția pleurală)	121
II.1.h. Testarea IDR la tuberculină	124
II.1.i. Oxigenoterapia.....	125

II.2. NURSING ÎN AFECȚIUNI ALE APARATULUI CARDIOVASCULAR

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni ale aparatului cardiovascular

II.2.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu endocardită	129
II.2.2. Îngrijiri nursing ale pacientului cu boli valvulare.....	135
II.2.3. Îngrijiri nursing ale pacientului cu miocardită.....	140
II.2.4. Îngrijiri nursing ale pacientului cu pericardită.....	144
II.2.5. Îngrijiri nursing ale pacientului cu tulburare de ritm cardiac	148
II.2.6. Îngrijiri nursing ale pacientului cu insuficiență cardiacă	141
II.2.7. Îngrijiri nursing ale pacientului cu hipertensiune	157

B. Tehnici, investigații și proceduri nursing specifice afecțiunilor aparatului cardiovascular, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.2.a. Electrocardiograma (în repaus și la efort)	163
II.2.b. Angiocardiografia	166
II.2.c. Tomografia computerizată toracică	168
II.2.d. Puncția pericardică.....	169

II.3. NURSING ÎN AFECȚIUNI REUMATISMALE

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni reumatismale

II.3.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu artrită reumatoidă	173
---	-----

B. Intervenții, investigații, proceduri și tehnici specifice afecțiunilor reumatismale, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.3.a. Puncția articulară	179
II.3.b. Artroscopia	181

II.4. NURSING ÎN AFECȚIUNI ALE SÂNGELUI ȘI ORGANELOR HEMATOPOETICE

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni ale sângelui și organelor hematopoetice

II.4.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu anemie	185
II.4.2. Îngrijiri nursing ale pacientului cu leucemie	192
II.4.3. Îngrijiri nursing ale pacientului cu hemofilie.....	196

B. Intervenții, investigații, proceduri și tehnici specifice afecțiunilor sângelui și organelor hematopoetice, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.4.a. Puncția medulară (osoasă) 201

II.5. NURSING ÎN AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni ale aparatului digestiv

II.5.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu boala de reflux gastroesofagian și esofagită de reflux 205

II.5.2. Îngrijiri nursing ale pacientului cu hernia hiatală 211

II.5.3. Îngrijiri nursing ale pacientului cu gastrită 216

II.5.4. Îngrijiri nursing ale pacientului cu ulcer gastro-intestinal 220

II.5.5. Îngrijiri nursing ale pacientului cu sindromul de intestin/colon iritabil 226

II.5.6. Îngrijiri nursing ale pacientului cu hepatită 232

II.5.7. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni biliare (litiaza biliară colesterolică, colecistita, litiaza coledociană) 238

II.5.8. Îngrijiri nursing ale pacientului cu pancreatită 243

II.5.9. Îngrijiri nursing ale pacientului cu ciroză hepatică 248

B. Intervenții, investigații, proceduri și tehnici specifice afecțiunilor aparatului digestiv, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.5.a. Puncția peritoneală (paracenteza abdominală) 255

II.5.b. Examinarea radiologică a tubului digestiv 258

II.5.c. Examinarea radiologică a colonului 259

II.5.d. Examinarea radiologică a colecistului și căilor biliare prin opacifiere intravenoasă 260

II.5.e. Examenе endoscopice. Aspecte generale 261

II.5.f. Examenе endoscopice. Esofagogastroduodenoscopia 262

II.5.g. Examenе endoscopice. Colonoscopia 264

II.5.h. Examenе endoscopice. Rectosigmoidoscopia 267

II.5.i. Examenul cu ultrasunete (echografia). Aspecte generale 268

II.5.j. Examenul cu ultrasunete (echografia). Ecografia transesofagiană 270

II.5.k. Examenul cu ultrasunete (echografia). Echografia abdominală 270

II.6. NURSING ÎN AFECȚIUNI ENDOCRINE

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni endocrine

II.6.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale glandei hipofize (I): acromegalia, gigantismul, nanismul hipofizar 273

II.6.2. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale glandei hipofize (II): diabet insipid 280

II.6.3. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale tiroidei (I): hipertiroidism (boala basedow).....	283
II.6.4. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale tiroidei (II): hipotiroidism (mixedem)	288
II.6.5. Îngrijiri nursing ale pacientului cu boli ale glandelor paratiroidiene (I): hiperparatiroidismul.....	293
II.6.6. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale glandelor paratiroidiene (II): hipoparatiroidismul (tetania).....	299
II.6.7. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale glandelor suprarenale (I): boala (sindromul) Cushing	303
II.6.8. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale glandelor suprarenale (II): hiperaldosteronism	309
II.6.9. Îngrijiri nursing ale pacientului cu afecțiuni ale glandelor suprarenale (III): insuficiența suprarenală (boala Addison).....	312

B. Intervenții, investigații, proceduri și tehnici specifice pacienților cu afecțiuni endocrine, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.6.a. Participarea asistenților medicali în îngrijiri nursing ale pacientului cu tiroidectomie (intervenție chirurgicală în cadrul hipertiroidismului)	317
II.6.b. Electromiografia (EMG)	321
II.6.c. Recoltarea sângelui pentru examene de laborator	322

II.7. NURSING ÎN AFECȚIUNI METABOLICE ȘI DE NUTRIȚIE

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni metabolice și de nutriție

II.7.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu diabet zaharat.....	329
II.7.2. Îngrijiri nursing ale pacientului cu obezitate	340
II.7.3. Îngrijiri nursing ale pacientului cu deficit de vitamine și minerale	345
II.7.4. Îngrijiri nursing ale pacientei cu anorexie nervoasă	356
II.7.5. Îngrijiri nursing ale pacientei cu bulimie.....	362

B. Intervenții, investigații, proceduri și tehnici specifice afecțiunilor metabolice și de nutriție, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.7.a. Glicemia capilară	367
II.7.b. Testul toleranței la glucoză - oral (T.T.G.O)	368
II.7.c. Administrarea insulinei	370
II.7.d. Rolul asistentului medical în cetoacidoza diabetică	373
II.7.e. Rolul asistentului medical în hipoglicemie	375

II.8. NURSING ÎN AFECȚIUNI ALE APARATULUI EXCRETOR

A. Planuri de îngrijire pe diagnostice nursing NANDA-I pentru pacienții cu afecțiuni ale aparatului excretor

II.8.1. Îngrijiri nursing ale pacientului cu glomerulonefrită acută.....	381
II.8.2. Îngrijiri nursing ale pacientului cu sindrom nefrotic	385
II.8.3. Îngrijiri nursing ale pacientului cu insuficiență renală cronică.....	388
II.8.4. Îngrijiri nursing ale pacientului cu infecție urinară.....	393
II.8.5. Îngrijiri nursing ale pacientului cu litiază renală	396
II.8.6. Îngrijiri nursing ale pacientului cu cancer de prostată.....	400

B. Intervenții, investigații, proceduri și tehnici specifice afecțiunilor aparatului excretor, efectuate (autonom și/sau în colaborare cu medicul) de către asistenții medicali

II.8.a. Supravegherea pacientului cu sondă permanentă	405
II.8.b. Radiografia renală simplă.....	407
II.8.c. Pielografia (urografie excretorie).....	408
II.8.d. Pielografia retrogradă	409
II.8.e. Cistouretrografia (cistografia)	410
II.8.f. Arteriografia renală	411
II.8.g. Examinarea radiologică prin pneumoperitoneu	412

CAPITOLUL AL TREILEA

III. ANEXE

III.1. Lista diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, cu codurile specifice și denumirile originale în limba engleză.....	415
III.2. Lista „de lucru” (scurtă) a diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, pentru utilizare eficientă în procesul didactic și în practică	425
III.3. Listă cu diagnostice clinice și diagnostice nursing NANDA-I care le pot fi asociate în planurile de îngrijire.....	429
III.4. Lista alfabetică a diagnosticelor nursing NANDA-I utilizate în planurile de îngrijire din această carte	441
III.5. Listă cu obiective nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing	443
III.6. Listă cu intervenții nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing	445
III.7. Foaie de îngrijiri nursing (model orientativ pentru spitale).....	447
III.8. Foaie de îngrijiri nursing pentru elevii școlilor postliceale sanitare (model orientativ).....	448
BIBLIOGRAFIE.....	459

I. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

I.1. Elemente definitorii ale procesului de îngrijire

Procesul de îngrijire (sau procesul de nursing) reprezintă o serie de activități planificate și efectuate de asistenta medicală/ asistentul medical în vederea ameliorării sau eliminării problemelor de îngrijire ale pacientului. Este un proces în care etapele sunt în strânsă legătură.

Conceptul de proces de nursing sau proces de îngrijire (*nursing process*) a fost folosit pentru prima dată la începutul anilor 50 de Lydia Hall¹⁴, expresia fiind utilizată până în zilele noastre pentru a descrie „metoda prin care sunt aplicate îngrijirile nursing”.¹⁵

Scopul principal este de a oferi un cadru specific în care problemele de îngrijire ale pacientului, ale familiei sau ale comunității să fie evaluate și rezolvate.¹⁶

Planurile de îngrijire sunt documentele (electronice și/sau scrise pe hârtie) în care se reflectă procesul de îngrijire și în care asistenta medicală/ asistentul medical își notează datele culese, diagnosticelor de

¹⁴Gordon, M: *Manual of Nursing Diagnoses*. CV Mosby, St. Louis, 2002

¹⁵Utilizarea reperelor procesului de îngrijire în practica îngrijirilor este utilă atât asistentei medicale/ asistentului medical, cât și pacientului, pentru că oferă siguranța că îngrijirile sunt planificate (nu la întâmplare), individualizate și revizuite periodic și asigură o relație profesională între pacienți și asistenții medicali. De altfel, implicarea pacientului în fiecare etapă a procesului de îngrijire este importantă, mai ales în vederea individualizării îngrijirilor. Ca mod de organizare și planificare, procesul de îngrijire aduce îngrijirile nursing în zona profesional-științifică având avantajul utilizării abordărilor dovedite prin studii și al posibilității unei comunicări eficiente în cadrul echipei prin transmiterea datelor.

¹⁶Iyer, PW, Taptich, BJ, and Bernocchi-Losey, D: *Nursing Process and Nursing Diagnosis*, ed. 3. WB Saunders, Philadelphia, 1995

Re îngrijire NANDA-I, PES-urile, obiectivele, intervențiile și evaluările pentru fiecare diagnostic nursing în parte.¹⁷

Elementul central al întregului proces și totodată scopul primei etape, a culegerii de date sau a screening-ului nursing inițial, este **diagnosticul nursing**.

Diagnosticul nursing este o denumire sau judecată clinică a unei manifestări la nivel individual, familial, de grup sau comunitar a unor stări specifice de sănătate/ procese fiziologice/ situații de viață sau a unei situații de risc/vulnerabilitate pentru acea manifestare sau reacție.¹⁸

Pe baza diagnosticelor nursing pot fi alcătuite **planurile de îngrijire**.

O definiție a procesului de îngrijire care pune accentul pe diagnosticul nursing spune că procesul de îngrijire este „o metodă sistematizată care are drept scop principal identificarea și rezolvarea unor răspunsuri (manifestări) specifice la nivel individual sau de grup (diagnostice nursing) cauzate de diverse tipuri de afectare a sănătății, actuale sau potențiale”¹⁹

Pentru facilitarea pașilor de urmat în evaluarea și diagnosticarea nursing a pacientului – în perspectiva nursing specifică în locul celei medicale tradiționale – este utilizată acum pe plan internațional **lista NANDA-I, care grupează diagnosticele nursing în 13 domenii (pe baza celor 11 sisteme funcționale ale modelului Gordon)** și ajută asistenței medicali în adaptarea teoriei la practică. De asemenea, utilizarea terminologiei **NOC (Nursing Outcomes Classification - obiective standard)** și **NIC (Nursing Interventions Classification - intervenții standard)** scoate întregul proces din teritoriul improvizației și asigură îngrijiri de calitate. Taxonomia NNN (NANDA-I, NOC, NIC) menține acest proces în zona științifică („evidence-based”) și oferă pentru toți asistenții din lume un limbaj comun.

¹⁷Planificarea îngrijirilor pe seama scrierii planurilor de îngrijire nu este pierdere de timp, așa cum se poate auzi uneori în mediile profesionale, ci dimpotrivă, prin această abordare se câștigă timp, intervențiile având caracter standardizat. Mai mult, ele sunt transmise în cadrul acestui proces prin care îngrijirile se fac organizat și în care echipa capătă funcționalitate.

¹⁸NANDA International, Inc. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification* 2015–2017, Tenth Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. (*A nursing diagnosis is a clinical judgment concerning a human response to health conditions/life processes, or vulnerability for that response, by an individual, family, group, or community*)

¹⁹Alfaro, R: *Applying Nursing Diagnosis and Nursing Process: A step by step approach*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1988

I.2. Etapele procesului de îngrijire

Respect pentru oameni și cărți

Procesul de nursing are mai multe etape, majoritatea clasificărilor referindu-se la un număr de cinci:

- 1) **culegerea și analiza datelor** sau screening-ul nursing inițial;
- 2) **diagnosticarea nursing** sau identificarea diagnosticelor nursing NANDA-I;
- 3) **planificarea îngrijirilor** sau alcătuirea planurilor de îngrijire aferente diagnosticelor nursing;
- 4) **aplicarea intervențiilor** din cadrul planurilor de îngrijire;
- 5) **evaluarea rezultatelor intervențiilor** nursing, cu modificările necesare.

În multe manuale din Occident este folosită o metodă mnemotehnică, prin configurarea etapelor procesului de îngrijire după acronimul **ADPIE (assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation)**, prin care se evită omisiuni de etape și se asigură legătura dintre ele. În limba română, schema procesului de îngrijire ar putea arăta, conform listei de mai sus, astfel: **CDPAE (culegerea și analiza datelor, diagnosticarea nursing, planificarea îngrijirilor, aplicarea intervențiilor, evaluarea rezultatelor intervențiilor)**.

Parcursul etapelor nu trebuie să respecte obligatoriu o succesiune rigidă. Se începe cu faza culegerii de date și se continuă cu celelalte, însă pe parcurs (de exemplu, în etapa alcătuirii planului de îngrijire sau în aceea a punerii în aplicare a intervențiilor) asistenta medicală/ asistentul medical observă și alte aspecte, semne și simptome, posibile diagnostice nursing, pe care le adaugă celor inițiale.

Cele cinci etape, cuprinse în acronimul CDPAE (culegerea de date, diagnosticarea nursing NANDA-I, planificarea îngrijirilor, aplicarea intervențiilor, evaluarea îngrijirilor) sunt interconectate și ciclice. Se vor lua în considerare și datele clinice elementare menționate mai sus, inclusiv diagnosticul clinic, definiția, semnele și simptomele, iar lista NANDA-I va fi instrumentul de bază prin care datele culese pot fi convertite în probleme/ diagnostice de îngrijire.

I.2.1. Culegerea și analiza datelor sau evaluarea nursing inițială

Culegerea datelor se face cu scopul identificării problemelor de îngrijire/ diagnosticilor de îngrijire actuale sau potențiale ale pacientului, adică a determinării statusului de sănătate al pacientului, familiei, grupului sau comunității din punct de vedere al nursingului.

Identificarea diagnosticilor de îngrijire este de fapt a doua competență specificată în programele școlare la fiecare modul de specialitate,²⁰ inclusiv în cele mai recente,²¹ un argument în plus pentru a urmări în primul rând diagnosticile nursing în culegerea de date. Modelele (al nevoilor, al unității ființei umane, al capacității de auto-îngrijire etc.) sunt doar descrieri generale ale perspectivelor originale asupra nursingului și prin care problemele de îngrijire pot fi grupate.

Este necesară, pentru conectarea sistemului nostru de îngrijiri nursing la standardele internaționale „evidence-based” (îngrijiri bazate pe dovezi științifice), utilizarea diagnosticilor nursing așa cum apar ele ca denumiri în lista NANDA-I (și nu inventate), o taxonomie care asigură limbajul internațional în domeniul nursingului, la fel cum lista de diagnostice clinice²² face acest lucru în domeniul medicinei. „Creativitatea” (inventarea problemelor de nursing) care se întâmplă în procesul de învățământ din școlile noastre de specialitate duce lucrurile în zona amatorismului. De fapt, în practica didactică se face adesea confuzie între diagnosticile de îngrijire și nevoile de îngrijire. De aceea trebuie subliniat că diagnosticarea nursing (cu diagnostice validate de taxonomia NANDA-I) este o etapă obligatorie indiferent de modelul de nursing avut în vedere, în sensul că indiferent dacă este utilizat modelul Henderson, Peplau, Orem, Roy sau oricare altul, clarificarea diagnosticilor nursing conform listei NANDA-I devine o necesitate de ordin practic și de menținere în zona limbajului profesional universal.

²⁰„Standardul de pregătire profesională și curriculum pentru calificare: asistent medical generalist”, Editura CD Press, București, 2007

²¹Curriculum pentru calificarea asistent medical generalist. Domeniul de pregătire profesională: Sănătate și asistență pedagogică, 2018

²²Khoury, Brigitte & Kogan, Cary & Daouk, Sariah. (2017). International Classification of Diseases 11th Edition (ICD-11). 10.1007/978-3-319-28099-8_904-1.

Culegerea de date este un proces continuu în care asistenta medicală/ asistentul medical observă, inițiază un dialog profesional cu pacientul și/sau cu persoanele apropiate acestuia, consultă documentele medicale și notează datele fiecărui pacient în parte.

Clasificarea datelor. Datele pot fi clasificate în **subiective, obiective, istorice și actuale.**²³

Se obțin prin interviuarea pacientului și a membrilor familiei, prin observație, prin evaluarea nursing inițială (în care sunt verificate reperele propuse de modelul Gordon²⁴) și prin consultarea documentelor medicale.

Datele subiective sunt cele descrise de pacient și arată percepția, înțelegerea și interpretarea sa asupra lor. Un exemplu este atunci când pacientul spune: „*Durerea începe în spate și continuă în jos pe tot piciorul.*”

Datele obiective sunt cele care pot fi observate și măsurate de către asistenta medicală/ asistentul medical. Ele sunt culese în timpul evaluării fizice a pacientului, a interviului și a observației și presupune din partea asistenților să vadă, să audă, să miroase și să palpeze. Un exemplu sunt datele privind valorile funcțiilor vitale. De asemenea, aceste tipuri de date pot fi obținute pe seama analizelor, investigațiilor și a altor proceduri de diagnoză.

Datele istorice se referă la antecedentele heredo-colaterale, probleme de sănătate de dinaintea internării sau venirii la consultație, mai vechi sau mai recente. Un exemplu este această mărturie a pacientului: „*Data trecută am fost în spital în 2018, când m-am internat de urgență pentru o operație de apendicită.*”

Datele actuale sunt în legătură cu momentul internării. Un exemplu sunt valorile semnelor vitale: temperatură, puls, respirație, tensiune arterială.

Sursele de culegere a datelor sunt diverse, dar cea mai importantă este **pacientul însuși**. Alte surse includ: a) **familia pacientului și alte persoane apropiate**; b) **foaia de observație și alte documente**

²³Iyer, PW, Taptich, BJ, and Bernocchi-Losey, D: *Nursing Process and Nursing Diagnosis*, ed. 3. WB Saunders, Philadelphia, 1995

²⁴Un model de screening nursing (culegere de date) după Gordon poate fi consultat în volumul III al lucrării („Procesul de îngrijire a pacientului”).

medicale; c) rezultatele de laborator și investigațiile radiologice și de tip RMN; d) alte persoane care au îngrijit pacientul. (Newfield, 2007)

Asistenta medicală/ asistentul medical poate observa rezultate ale analizelor care ies din reperele de normalitate (de exemplu, valori glicemice crescute sau transaminaze peste limite) și, pe baza lor, poate iniția deja lista de diagnostice (“risc de instabilitate a nivelului glicemiei”, „afectarea funcției hepatice”), tot așa cum diverse semne și simptome obiective (igienă precară, mobilitate scăzută) sau subiective (durere) pot constitui repere sigure pentru alte diagnostice nursing, cum ar fi „afectarea capacității de auto-îngrijire”, „afectarea mobilității” sau „durere”. Cum această etapă a culegerii datelor este esențială pentru eficiența și calitatea îngrijirilor, asistenta medicală/ asistentul medical trebuie să acorde o atenție specială surselor de documentare și să aloce timp pentru un screening nursing complet.

Mijloace de culegere a datelor. Culegerea datelor presupune din partea asistenților medicali însușirea și folosirea câtorva abilități: de observare, de interviuare (comunicare), de efectuare a examenului/ screening-ului nursing. Acestea interferă în cadrul activităților de evaluare și îngrijire.

Observația are loc chiar de la intrarea pacientului în spital și are în vedere aspectul general al pacientului, îmbrăcămintea, starea de igienă, comportamentul, vorbirea, paloarea, cianoza, mersul, respirația etc..

Interviul începe cu date care țin de istoricul nursing. Se începe cu nume, adresă, ultima spitalizare, vârstă, alergii, medicația curentă și motivul pentru care pacientul a venit la spital. În funcție de spital și normele specifice, se poate trece la alte întrebări specifice și la examinarea fizică.²⁵

Tehnicile de interviu trebuie să cuprindă câteva condiții de bază: intimitate și mediu liniștit; începerea interviului cu salutul prietenos, prezentarea și explicații scurte privind motivul discuției; asigurarea că pacientul este liniștit, nu se grăbește și nu este suspicios; evitarea oferirii unor asigurări premature că evoluția va fi bună; încercarea de a obține datele necesare într-o singură etapă fără întreruperea interviului.

²⁵A se vedea foaia de îngrijiri nursing (model orientativ) la Anexe

Resp (1) obținerea datelor de identificare (nume, adresă, situația social-profesională etc.);

(2) problema dominantă de care se plânge pacientul (tuse de mai multe săptămâni, durere etc.), pentru care pot fi formulate întrebări precum „Care este motivul principal pentru care ați venit la spital?” sau „De când durează această problemă?”;

(3) istoricul problemei/ problemelor, urmând formula mnemotehnică „OLD CARTS” (onset, location, duration, character/nature, aggravating factors, relieving factors, treatments tried, severity), în română, schimbând ordinea ultimelor două elemente, având o posibilă configurare „ALT NADIT”: apariție (împrejurări), localizare, timp (durată), natura, amplificare (factori), diminuire (factori), intensitate, tratamente încercate.

Evaluarea fizică presupune utilizarea a patru mijloace: **inspecția, palparea, percuția, auscultația**. (Newfield, 2007)

Inspecția înseamnă observarea atentă a pacientului, de exemplu a oricărei leziuni dermice.

Palparea este examinarea prin atingere a diferitelor zone ale corpului în vederea percepției reacțiilor cauzate de durere, a diferențelor de temperatură dintre extremități și zone centrale, a modificărilor anatomice ale unor organe etc..

Percuția implică atingerea, percuția propriu-zisă și auscultarea. Cu ajutorul ei se identifică densitatea, mărimea, localizarea și marginile unui organ. Se face prin lovire cu indexul peste fața dorsală a celeilalte mâini așezate pe zona examinată. Sunetul este fie mat (plin) când zona examinată corespunde unui organ (ficatul), fie gol (de exemplu, în cazul percuției abdominale).

Auscultația presupune utilizarea unui stetoscop pentru evaluări respiratorii, cardiace și abdominale.²⁶

²⁶Utilizarea stetoscopului de către asistenți în practica nursing la noi se lovește de simbolul de putere și prestigiu al acestui instrument la care în mentalitatea profesională românească are dreptul doar medicul. În Occident și în alte părți ale lumii, perspectiva este mai relaxată pe acest subiect. Oricum, necesitatea utilizării lui și de către asistenți derivă din standardele de evaluare și îngrijire ale pacientului.

În evaluarea fizică, asistentul medical poate utiliza mai multe

a) abordarea „din cap până-n picioare” („head-to-toe approach”): se începe cu semnele și simptomele generale vizibile, apoi se trece la examinarea întregului corp, succesiv, de la cap până la extremități: simptomele generale (febră, transpirație, oboseală), aspectul pielii, sistemul osteo-articular (deformări, limite funcționale, dureri), capul (dureri, traumatisme), ochii (durere, diplopie, fotofobie, glaucom, cataractă), urechile (acuitate, istoric al infecțiilor), nasul (mirosul, epistaxis, obstrucții, durere), dinții (sângerări gingivale, abcese, extracții, igienă), gură (aspect, ulcerații), faringe (durere, disfagie), gât (durere, mărire de volum a glandei tiroide, noduli palpabili);

b) abordarea pe sisteme și aparate („body system approach”): la interviu, asistenta/asistentul află care dintre organe sau sisteme sunt afectate și se va concentra pe acelea: *sistemul endocrin* (tremur, toleranță la căldură și frig, schimbarea pigmentației dermice, crampe musculare, poliurie, polidipsie, polifagie, schimbări ale greutateii); *aparatură respirator* (durere, dispnee, tuse, spută, hemoptizie, expunere la TBC); *aparatură cardiovasculară* (durere, palpitații, dispnee, edem, cianoză, intoleranță la efort, TA, electrocardiograma); *sistemul hematologic* (anemie, sângerări, tromboză, tromboflebită, modificări ale analizelor hematologice de laborator); *aparatură gastro-intestinală* (apetit, intoleranță la unele alimente, regurgitații, greață, vomă, hematemeză, constipație, diaree, flatulență, hemoroizi, investigații anterioare precum colonoscopia); *aparatură urinară* (disurie, durere, frecvența urinărilor, hematurie, polidipsie, poliurie, oligurie, edem facial, incontinență de stres); *sistemul genital-sexual-reproducător* (activitate sexuală, boli cu transmitere sexuală, menstruație, sarcini, libido, examinarea sânilor); *sistemul neurologic* (conștiența, confuzie, statusul memoriei, lipsa de coordonare motorie, somnolență, parestezii, tremur, slăbiciune); sistemul psihonoțional (percepția sinelui, concentrare, tristețe, nervozitate, iritabilitate, interacțiune socială, gânduri obsesive, episoade maniacale, gânduri suicidare, halucinații);

c) abordarea după modelul funcțional Gordon: acesta are în vedere 11 domenii cărora le corespund câte o serie de diagnostice