

**LBRIS**

We know

**AUTORI:**

**LUCREȚIA TITIRCĂ**

**GHERGHINICA GAL**

**MONICA SEUCHEA**

**ELENA DOROBANȚU**

**GEORGETA BALTĂ**

**MARIA ZAMFIR**

**MĂRIUCA IVAN**

**MARIANA ARDELEANU**

**MARIA PESEK**

# **TEHNICI DE EVALUARE ȘI ÎNGRIJIRI ACORDATE DE ASISTENȚII MEDICALI**

## **GHID DE NURSING**

Coordonator lucrare

**LUCREȚIA TITIRCĂ**



**EDITURA MEDICALĂ**

București, 2024

## **Partea I**

# **ACTUALIZAREA PROCESULUI DE NURSING**

# Procesul de nursing

- EVOLUȚIA PROCESULUI DE NURSING
- DEFINIȚIE – CARACTERISTICI
- AVANTAJELE PROCESULUI DE NURSING
- ABILITĂȚI NECESARE UTILIZĂRII PROCESULUI DE NURSING
- CUNOȘTINȚE NECESARE PENTRU PROCESUL DE NURSING
- ACTIVITĂȚI DESFĂȘURATE DE ASISTENTĂ ÎN CADRUL PROCESULUI DE NURSING

## Evoluția procesului de nursing

De-a lungul anilor, procesul de nursing a evoluat sub influența schimbărilor sociale, ajungând să devină, în prezent, o metodă științifică de lucru a asistentei medicale.

Dacă la început asistenta desfășura activități care se bazau numai pe prescrierile medicului, ulterior, practica nursingului s-a dezvoltat independent, devenind mai complexă.

Procesul de nursing constituie cadrul pentru practica acestuia, activitatea fiind orientată spre îngrijiri individualizate de rezolvare a problemelor pacientului. Această activitate presupune luarea deciziilor, asumarea responsabilității intervențiilor efectuate și controlul acțiunilor.

Termenul de proces de nursing a fost utilizat pentru prima dată de Hall, în 1955. Hall definește trei etape ale procesului și anume: observarea, acordarea ajutorului și validarea; stabilește că pacientul, familia și asistenta analizează și rezolvă împreună problemele pacientului.

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

■ **F. R. Kreuer**, 1957 – definește trei etape ale procesului: coordonarea, planificarea și evaluarea îngrijirilor; consideră necesară implicarea familiei și a personalului auxiliar în acordarea îngrijirilor pentru creșterea calitativă a acestora.

■ **D. Johnson**, 1959 – consideră că procesul de nursing constă în aprecierea situației, luarea deciziilor, implementarea acțiunilor menite să rezolve problemele de evaluare.

■ **Wiedenbach**, 1963 – descrie și el trei etape în nursing: observarea, acordarea ajutorului, validarea; face referiri la obligația profesională a asistentei, la natura demersului ei, la scopul principal al acțiunilor întreprinse și la necesitatea luării în considerare a tuturor factorilor implicați într-o situație.

■ **D. Bloch**, 1974 – identifică cinci etape ale procesului de nursing: colectarea datelor, definirea problemei, planificarea și implementarea intervențiilor, evaluarea acestora.

■ **K. Gebbie și M. A. Levin, 1975** – inițiază o conferință națională în vederea clasificării diagnosticului de nursing; identifică cinci etape ale procesului de nursing și anume: aprecierea, diagnosticul, planificarea, intervențiile, evaluarea.

■ **S. C. Roy, 1976** – propune șase etape: aprecierea comportamentului pacientului și a influenței factorilor, identificarea problemei, obiective, intervenții și evaluare; pledează pentru utilizarea termenului de diagnostic de nursing.

În anul 1982, National Council of State Boards of Nursing, la propunerea făcută de Yura și Walsh, Mundinger și Jauron, Little și Carnevali, Bloch și Roy (Carlson, Craft & Mc Guire, 1982); definește și descrie cinci etape ale procesului de nursing. Acestea sunt: aprecierea, analiza, planificarea, implementarea și evaluarea. În acest context, analiza este utilizată pentru a descrie o activitate de elaborare a diagnosticului de nursing.

## Definiție – caracteristici

Procesul de nursing este un **proces organizat și planificat**, o metodă rațională de planificare și promovare a intervențiilor individualizate în scopul obținerii unei mai bune stări de sănătate pentru individ, familie, comunitate.

Fiind centrat pe pacient, el reprezintă o metodă științifică de rezolvare a problemelor actuale și potențiale ale acestuia în funcție de nevoile sale fiziologice, psihologice, socio-culturale și spirituale.

Deoarece pacientul este o entitate bine definită, aflat în situații variate, iar acțiunile asistentei sunt multiple, procesul de nursing este un **proces dinamic**, în fiecare etapă putând obține noi date despre pacient.

Toate etapele procesului de nursing sunt în inter-relație ceea ce-l face să fie un sistem ciclic. **Asistenta are responsabilitatea fiecărei etape.**

Procesul de nursing este transformat în acțiune prin utilizarea **planului de nursing**. Acesta este un document scris, ce sumarizează etapele procesului de nursing și cu ajutorul căruia se transmit fiecărei asistente date referitoare la pacient și la intervențiile efectuate. Indiferent de terminologia utilizată pentru planul de nursing, acesta trebuie să cuprindă: diagnostic de nursing, obiective, intervenții și evaluare. **Planul de nursing constituie un mijloc de comunicare a informațiilor pentru toate persoanele implicate în îngrijirea pacientului, o documentație referitoare la intervențiile planificate pentru pacient.**

## Avantajele procesului de nursing

### **Pentru asistentă:**

- permite luarea deciziilor pentru rezolvarea problemelor pacientului;
- evidențiază legalitatea acțiunilor;
- crește profesionalismul;
- crește responsabilitatea;
- dă 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 problemă;
- determină pacientul să participe la îngrijiri și să se preocupe de obținerea unei mai bune stări de sănătate.

**Abilități necesare utilizării 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;
- competență și profesionalism în efectuarea intervențiilor;
- cunoașterea principiilor de bază pentru fiecare intervenție planificată.

**Cunoștințe 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 – aparatură și instrumentar utilizat, mod de efectuare, accidente;
- criteriile de evaluare;
- drepturile pacientului.

**Activități desfășurate de asistentă 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.

## Etapele procesului de nursing

- I. APRECIERE
- II. DIAGNOSTIC
- III. PLANIFICARE
- IV. IMPLEMENTARE
- V. EVALUARE

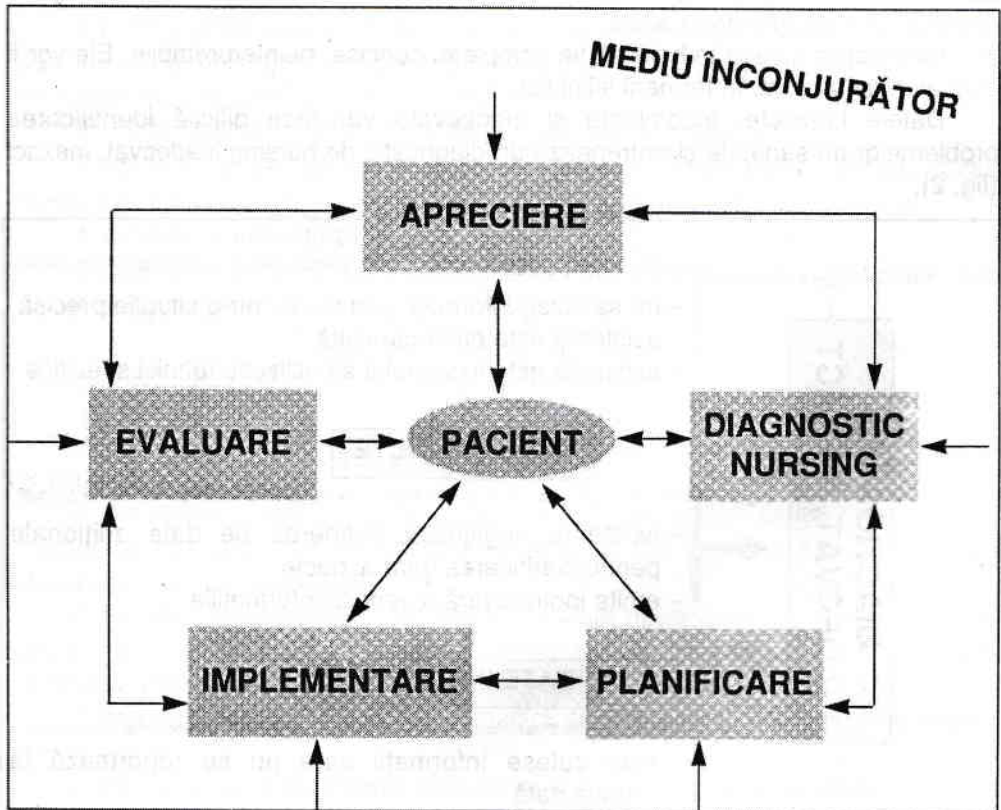


Fig. 1 : Pacientul și procesul de nursing

# I. Aprecierea

- ◆ COLECTAREA DATELOR
- ◆ VALIDAREA DATELOR
- ◆ ORGANIZAREA DATELOR
- ◆ STABILIREA PROFILULUI DE SĂNĂTATE

Aprecierea este prima etapă a procesului de nursing și constă în colectarea, validarea și organizarea datelor.

Toate deciziile și intervențiile de nursing se bazează pe informațiile obținute în această etapă, motiv pentru care este considerată foarte importantă.

**Colectarea datelor** începe o dată cu primul contact al pacientului cu un serviciu de sănătate și se continuă pe toată perioada acordării îngrijirilor. Scopul obținerii de date este stabilirea unui profil de sănătate al pacientului, care va constitui baza planului de nursing individualizat.

Informațiile culese trebuie să fie complete, concise, neinterpretabile. Ele vor fi consemnate succint, în termeni științifici.

Datele inexacte, incomplete și inadecvate vor face dificilă identificarea problemelor de sănătate și antrenează un diagnostic de nursing inadecvat, inexact (fig. 2).

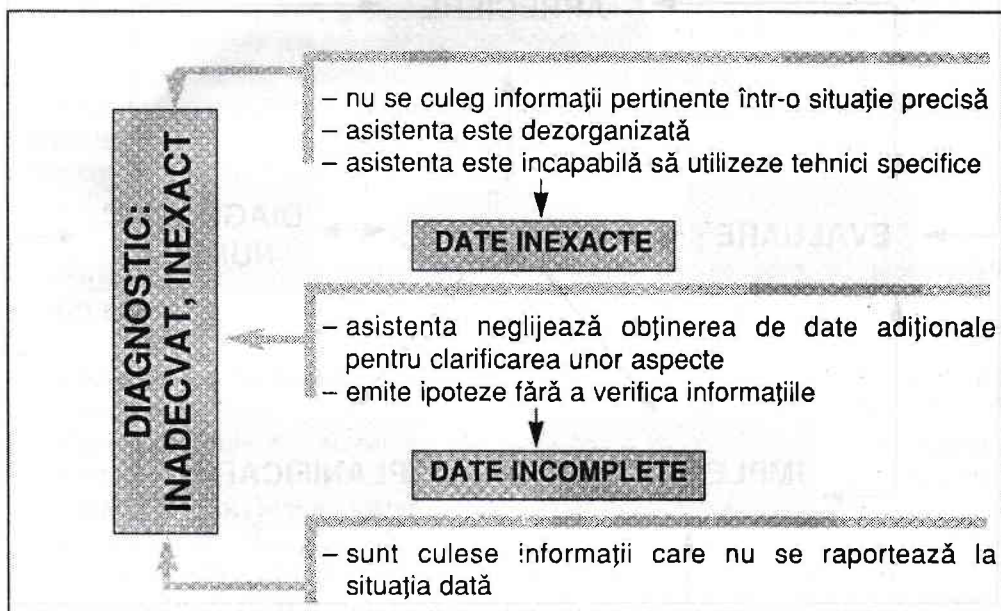


Fig. 2: Schema datelor care pot determina erori în enunțul diagnosticului de nursing

Profilul pacientului se conturează din informațiile culese referitoare la nivelul lui de sănătate, la schimbările în obiceiurile de viață, rolul său socio-cultural, reacțiile emoționale față de boală. Deși sunt numeroase propuneri pentru precizarea profilului pacientului, toate formulele cuprind aceleași elemente de bază, și anume:

- ◆ **informații generale:** nume, prenume, vârstă, sex, stare matrimonială, copii, ocupație, nivel de școlarizare;

- ◆ **probleme de sănătate anterioare:** bolile copilăriei, imunizări, traumatisme, intervenții chirurgicale, spitalizări, alergii medicamentoase;

- ◆ **starea de sănătate a familiei:** afecțiuni cardiace, diabet, HTA, afecțiuni neuropsihice;

- ◆ **comportamente față de starea de sănătate:** încrederea în serviciile de sănătate, obiectivele îngrijirilor de sănătate, obișnuințe igienice, alimentare, de somn, consum de alcool, tutun, droguri, automedicație;

- ◆ **profilul mediului ambiental:** caracteristici, asigurarea securității fizice și psihice;

- ◆ **profilul psiho-social și cultural:** concept de sine, stare de spirit, interacțiuni sociale, grup cultural, influențe culturale, mod de comunicare, capacitate de concentrare, memorie de scurtă și lungă durată;

- ◆ **profil spiritual:** valori, credințe, morală, practici religioase;

- ◆ **probleme de sănătate actuală:** apariția simptomelor, durată, factori declanșatori, favorizanți, agravanți, măsuri luate pentru ameliorare;

- ◆ **examenul aparatelor și sistemelor;**

- ◆ **examinări paraclinice:** radiologice, endoscopice, explorări funcționale, examene de laborator.

## Surse de date

Pentru obținerea informațiilor este necesar să se utilizeze toate sursele posibile, și anume:

- ✓ **pacientul** – este considerat sursa principală; uneori datele furnizate sunt neconcludente dacă luăm în considerare faptul că unii indivizi suportă cu stoicism **durerea**, iar alții o exagerează;

- ✓ **familia și persoanele importante** în viața pacientului – în special în cazul copiilor și a pacienților inconștienți, aceștia pot suplimenta informațiile cu date despre reacția pacientului la boală și modul de adaptare la stres;

- ✓ **membrii echipei de sănătate:** medici, asistente medicale, asistente sociale, fizioterapeuți;

- ✓ **documentația medicală:** foaie de observație, carnet de sănătate;

- ✓ **literatura de specialitate:** pentru obținerea informațiilor despre diagnosticul medical.

Datele obținute pot fi: **obiective** și **subiective**. **Datele subiective** sunt cele percepute și descrise de pacient: durerea, emoțiile, oboseala. **Datele obiective** sunt cele decelate de asistentă cu ajutorul simțurilor – schimbări fizice sau de comportament, funcțiile vitale, greutatea, înălțimea.

Toate informațiile culese mai pot fi descrise ca date **constante** sau **variabile**. De exemplu: temperatura corpului se poate modifica de la o zi la alta, în timp ce data nașterii, grupul sanguin rămân constante pe toată viața.

## Metode de culegere a datelor

### a) Interviuul

Reprezintă dialogul dintre asistentă și pacient. Obiectivele interviului vizează:

- obținerea de informații referitoare la dimensiunea bio-fiziologică, psihologică, socio-culturală și spirituală a pacientului, reacțiile pacientului, punctele sale forte, resurse;

- începerea relației terapeutice între asistentă și pacient;

- observarea interacțiunilor pacientului cu familia și membrii echipei de sănătate;

- observarea evoluției pacientului în mediul spitalicesc;

- oferirea de informații pacientului referitoare la intervenții, tratament, examinări, pentru a-l determina să participe la stabilirea obiectivelor și planificarea intervențiilor.

Încă de la prima întâlnire cu pacientul, asistenta va începe relația printr-o convorbire liberă care constă în exprimarea formelor convenționale de politețe, pentru a se crea un climat de apropiere cu bolnavul și de încredere din partea acestuia, pentru a răspunde corect întrebărilor. În continuare, succesul relației depinde de atitudinea, competența și profesionalismul asistentei.

### b) Tipuri de interviu

Un interviu poate fi condus în scopul culegerii de informații pentru identificarea unei probleme sau pentru a ajuta pacientul în rezolvarea problemelor.

Tipul de interviu ce urmează a fi ales este mult influențat de personalitatea individului, de nevoile sale de sănătate, de mediu.

**Interviul direct** este un interviu structurat, care urmează un plan stabilit pentru obținerea informațiilor precise. În acest scop sunt utilizate întrebările închise, la care pacientul răspunde prin „da”, „nu” sau în câteva cuvinte. Exemplu: în acest moment durerea este prezentă? ați dormit bine? Răspunsurile la aceste întrebări sunt limitate, dar ele pot fi utilizate cu succes în cazul pacienților cu dificultăți de comunicare sau cu un nivel ridicat de stres.

**Interviul indirect** este condus pe baza unor obiective dinainte stabilite și urmărește clarificarea unor elemente importante. Asistenta folosește, în acest tip de interviu, întrebările deschise, care permit obținerea unui răspuns mai amplu și antrenarea pacientului în această comunicare. Exemplu: cum se manifestă durerea? cum ați dormit? Astfel de întrebări oferă pacientului libertatea de a divulga informațiile pe care le dorește. Răspunsurile detaliate pot scoate în evidență atitudinile și credințele pacientului. Au însă dezavantajul că pacientul acordă uneori mult timp pentru probleme irelevante.

Indiferent de tipul de interviu, asistenta trebuie să respecte câteva reguli în formularea și punerea întrebărilor, și anume:

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

### c) Principii pentru un interviu eficient

Este foarte important să se planifice interviul înainte de începerea lui. Asistenta trebuie să revadă dacă informațiile pe care dorește să le obțină îi vor servi în atingerea scopului propus. Ea poate concepe un plan al interviului care să cuprindă întrebările ce urmează a le pune pacientului.

**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 ce urmează a-i fi puse.

În timpul desfășurării interviului asistenta va apela la **strategii de comunicare** eficiente, dintre care amintim:

◆ **liniștea** în timpul interviului permite asistentei să observe mai atent pacientul, permite pacientului să-și organizeze gândurile, să răspundă complet la întrebări;

◆ **ascultarea atentă** va ajuta pacientul să înțeleagă că asistenta 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.