

TEORIA ȘI PRACTICA NURSING

Volumul II

PLANURI DE ÎNGRIJIRE ASOCIATE DIAGNOSTICELOR NURSING NANDA-I

EDIȚIE REVIZUITĂ

- 50 de planuri de îngrijire pe diagnostice NANDA-I
- Diagnostice nursing frecvent utilizate
- Importanța utilizării diagnosticelor nursing



EDITURA UNIVERSITARĂ
București

CUPRINS

PREFAȚĂ LA EDIȚIA REVIZUITĂ	11
DESPRE STRUCTURA ȘI CONȚINUTUL CĂRȚII.....	13
PREGĂTIREA ASISTENȚILOR MEDICALI ÎN ROMÂNIA: PUNCTE NEVRALGICE ȘI PERSPECTIVA UNOR SOLUȚII....	17
CAPITOLUL I. DIAGNOSTICUL NURSING NANDA-I – ELEMENT CENTRAL AL ÎNGRIJIRILOR NURSING DE CALITATE.....	21
I.1. Diagnostic nursing NANDA-I și diagnostice clinice	22
I.2. Diagnostic nursing NANDA-I și nevoi de îngrijire	23
I.3. Utilizarea listei NANDA-I în identificarea diagnosticelor nursing .	23
I.4. Calitatea serviciilor de nursing, obiectivele sistemelor de sănătate și siguranța pacientului	24
CAPITOLUL II. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE (NURSING). ASPECTE TEORETICE ȘI PRACTICE	27
II.1. Elemente definitorii ale procesului de îngrijire	28
II.2. Etapele procesului de îngrijire (CDPAE)	29
II.2.1. Culegerea și analiza datelor sau evaluarea nursing inițială	30
II.2.2. Diagnosticarea nursing pe baza culegerii și analizei datelor	37
II.2.3. Planificarea îngrijirilor sau alcătuirea planurilor de îngrijire.....	41
II.2.4. Aplicarea intervențiilor	46
II.2.5. Evaluarea îngrijirilor (rezultate așteptate)	49
CAPITOLUL III. PLANURI DE ÎNGRIJIRE (ALCĂTUITE DUPĂ CRITERIUL DIAGNOSTICELOR NURSING GRUPATE PE DOMENIILE NANDA-I, CU DENUMIRILE ORIGINALE ȘI CODURILE SPECIFICE)	51
III.1. Promovarea sănătății	52

III.1.1.	Stil de viață sedentar (NANDA-I: Sedentary lifestyle, Cod 00168).....	53
III.1.2.	Afectarea diversificării activităților (NANDA-I: Deficient diversional activity, Cod 00097)	56
III.1.3.	Ineficiență în menținerea sănătății (NANDA-I: Ineffective health maintenance, Cod 00099)	57
III.1.4.	Lipsă de cooperare (NANDA-I : Noncompliance, Cod 00079).....	59
III.2.	Nutriție	62
III.2.1.	Dezechilibru nutrițional: în exces (NANDA-I: Imbalanced nutrition: more than body requirements – Obesity, Overweight, Risk for overweight – Coduri: 00232, 00233, 00234).....	63
III.2.2.	Dezechilibru nutrițional: în deficit (NANDA-I: Imbalanced nutrition: less than body requirements, Cod 00002).....	64
III.2.3.	Dezechilibru al volumului fluidelor: în exces (NANDA-I: Excess fluid Volume, Cod 00026).....	66
III.2.4.	Dezechilibru al volumului fluidelor: în deficit (NANDA-I: Deficient fluid volume, Cod 00026).....	68
III.2.5.	Risc de instabilitate a nivelului glicemiei (NANDA-I: Risk for unstable blood glucose level, Cod 00179).....	70
III.2.6.	Afectarea deglutiției (NANDA-I: Impaired swallowing, Cod 00103).....	73
III.3.	Eliminare și schimb	75
III.3.1.	Constipație (NANDA-I: Constipation, Cod 00011)	76
III.3.2.	Incontinență fecală (NANDA-I: Bowel incontinence, Cod 00014).....	77
III.3.3.	Diaree (NANDA-I: Diarrhea, Cod 00013).....	79
III.3.4.	Afectarea schimbului de gaze (NANDA-I: Impaired gas exchange, Cod 00030).....	81
III.3.5.	Retenție urinară (NANDA-I: Urinary retention, Cod 00023).....	83
III.4.	Activitate/ odihnă	85
III.4.1.	Afectarea mobilității fizice (NANDA-I: Impaired physical mobility, Cod 00085)	86
III.4.2.	Insomnie (NANDA-I: Insomnia, Cod 00095).....	87

III.4.3. Afectarea capacității de auto-îngrijire: spălatul, îmbrăcatul și dezbrăcatul, hrănirea, folosirea toaletei (NANDA-I: Selfcare deficit: bathing, dressing, feeding, toileting; Coduri: 00108, 00109, 00102, 00110)	89
III.4.4. Afectarea capacității de auto-îngrijire : îmbrăcatul și dezbrăcatul (NANDA-I : Self-care deficit; dressing, Cod 00109).....	91
III.4.5. Afectarea capacității de menținere a locuinței în condiții normale (NANDA-I: Impaired home maintenance, Cod 00098).....	93
III.4.6. Intoleranță la activitate (NANDA-I: Activity intolerance, Cod 00092)	95
III.4.7. Scăderea capacității sistolice a inimii (NANDA-I: Decreased cardiac output, Cod 00029).....	97
III.4.8. Respirație inefficientă (NANDA-I: Innefective breathing pattern, Cod 00032).....	99
III.4.9. Plan de îngrijire. Respirație inefficientă (NANDA-I: Innefective breathing pattern, Cod 00032).....	100
III.4.10. Plan de îngrijire. Ineficiență a circulației sanguine în țesuturile periferice NANDA-I: Innefective peripheral tissue perfusion, Cod 00204)	102
III.5. Percepție / cogniție	104
III.5.1. Lipsă de cunoștințe (NANDA-I: Deficient knowledge, Cod 00126).....	105
III.5.2. Confuzie cronică (NANDA-I: Chronic confusion, Cod 00129).....	107
III.5.3. Afectarea comunicării verbale (NANDA-I: Impaired verbal communication, Cod 00051)	109
III.5.4. Plan de îngrijire. Afectarea memoriei	111
III.6. Auto-percepție	114
III.6.1. Afectarea stimei de sine: situațional (NANDA-I: Situational low self-esteem , Cod 00120).....	115
III.6.2. Afectarea imaginii propriului corp (Disturbed body image, Cod 00118)	117
III.6.3. Lipsă de speranță (00124: Hopelessness).....	118
III.7. Relații de rol	121
III.7.1. Afectarea interacțiunii sociale (NANDA-I = Impaired social interaction)	122

III.8. Sexualitate	124
III.8.1. Afectarea sexualității (NANDA-I: Ineffective sexuality pattern, Cod 00065)	125
III.9. Adaptare / toleranță la stres	127
III.9.1. Anxietate (NANDA-I: Anxiety, Cod 00146)	128
III.9.2. Frică (NANDA-I: Fear, Cod 00148)	130
III.9.3. Stare sufletească de pierdere sau doliu (NANDA-I: Grieving, Cod 00136)	131
III.9.4. Sindrom post-traumă (NANDA-I: Post-trauma syndrome, Cod 00141)	133
III.10. Principii de viață	136
III.10.1. Stres de natură spirituală (NANDA-I: Spiritual stress, Cod 00066)	137
III.11. Siguranță/ protecție	139
III.11.1. Risc de infecție (NANDA-I: Risk for infection, Cod 00004)	140
III.11.2. Afectarea integrității pielii (NANDA-I: Impaired skin integrity, Cod 00046)	141
III.11.3. Risc de violență: împotriva altor persoane/ împotriva propriei persoane (NANDA-I: Risk for other-directed/self-directed violence, Coduri 00140, 00138)	143
III.11.4. Risc de sinucidere (NANDA-I: Risk for suicide, 00150)	144
III.11.5. Hipertermia (NANDA-I: Hyperthermia, Cod 00007)	146
III.11.6. Hipotermia (NANDA-I: Hypothermia, Cod 00006)	148
III.11.7. Eliberare inefficientă a căilor respiratorii (NANDA-I: Innefective airway clearance Cod 00031)	149
III.12. Confort	151
III.12.1. Durere: acută sau cronică (NANDA-I: Acute/chronic pain, Coduri 00132, 00133)	152
III.12.2. Greață (NANDA-I: Nausea, Cod)	153
III.12.3. Izolare socială (NANDA-I: Social isolation, Cod 00053)	155
III.13. Creștere/ dezvoltare	157
III.13.1. Risc de întârziere în dezvoltare (NANDA-I: Risk for delayed development, Cod 00112)	158

CAPITOLUL IV. ANEXE	159
IV.1. Lista diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, cu codurile specifice și denumirile originale în limba engleză	160
IV.2. Lista „de lucru” (scurtă) a diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, pentru utilizare eficientă în procesul didactic și în practică.....	171
IV.3. Listă cu obiective nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing	175
IV.4. Listă cu intervenții nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing.....	177
IV.5. Listă cu diagnostice clinice și diagnostice nursing NANDA-I asociate acestora	179
IV.6. Foaie de îngrijiri nursing pentru spitale (model orientativ).....	194
IV.7. Foaie de îngrijiri nursing / plan de îngrijire pentru elevi studenți și profesori (model orientativ)	200
BIBLIOGRAFIE	207

CAPITOLUL I

DIAGNOSTICUL NURSING NANDA-I – ELEMENT CENTRAL AL ÎNGRIJIRILOR NURSING DE CALITATE

- I.1. Diagnostice nursing NANDA-I și diagnostice clinice
- I.2. Diagnostice nursing NANDA-I și nevoi de îngrijire
- I.3. Utilizarea listei NANDA-I în identificarea diagnosticelor nursing
- I.4. Calitatea serviciilor de nursing, obiectivele sistemelor de sănătate și siguranța pacientului

Planurile de îngrijire prezentate în lucrarea *Teoria și practica nursing*, în toate volumele, se bazează pe identificarea diagnosticilor de nursing conform clasificării NANDA-I. Pentru a clarifica rolul acestui instrument în procesul de îngrijire, reamintim pe scurt câteva repere privind diferența dintre diagnosticile clinice și cele de nursing, precum și modul de utilizare a listei NANDA-I în identificarea problemelor de îngrijire.

I.1. DIAGNOSTICE NURSING ȘI DIAGNOSTICE CLINICE

În procesul de îngrijire, medicul stabilește diagnosticul clinic, iar asistenta sau asistentul medical identifică diagnosticile nursing. Ambele demersuri se bazează pe cunoașterea semnelor și simptomelor bolii, dar reprezintă competențe profesionale distincte. Diagnosticul clinic are ca finalitate stabilirea tratamentului și ameliorarea sau vindecarea bolii, în timp ce diagnosticul nursing stă la baza stabilirii obiectivelor și intervențiilor de îngrijire din planul nursing.

O diferență importantă este dinamica lor. Diagnosticul clinic rămâne, de regulă, constant pe durata internării, în timp ce diagnosticile nursing se pot modifica în funcție de evoluția stării pacientului și de efectele intervențiilor aplicate. De exemplu, diagnosticul „lipsă de cunoștințe” poate dispărea după intervenții de educație pentru sănătate, în timp ce diagnosticul clinic „diabet zaharat” rămâne neschimbat.

Cunoașterea diagnosticului clinic ajută asistenta medicală să identifice mai ușor domeniile din clasificarea NANDA-I în care pot fi găsite problemele de îngrijire relevante. Astfel, în cazul obezității, diagnosticile nursing pot fi căutate în domeniile „nutriție” sau „promovarea sănătății”, iar în cazul bolilor respiratorii cronice pot apărea diagnostice precum „afectarea schimbului de gaze” sau „respirație inefficientă”.

Potrivit NANDA-I, diagnosticul nursing este definit ca o judecată clinică privind răspunsurile persoanei, familiei sau comunității la probleme de sănătate actuale sau potențiale. Diagnosticile nursing constituie baza pentru alegerea intervențiilor adecvate în vederea atingerii obiectivelor de îngrijire.

Aceste diagnostice pot fi:

- **actuale**, când problema este prezentă și observabilă (de exemplu: dezechilibru nutrițional în deficit, insomnie, afectarea comunicării verbale);
- **potențiale**, când există risc de apariție a unei probleme (de exemplu: risc de infecție, risc de instabilitate a nivelului glicemiei, risc de afectare a integrității pielii) sau când se urmărește îmbunătățirea unei

stări de bine (de exemplu: potențial pentru îmbunătățirea cunoștințelor sau a relațiilor sociale).

I.2. DIAGNOSTICE NURSING ȘI NEVOI DE ÎNGRIJIRE

Diagnosticile nursing reprezintă instrumente universale ale practicii profesionale. Modelele de îngrijire pot avea rol orientativ sau explicativ, punând accent pe anumite dimensiuni ale experienței pacientului – psihologice, sociale sau culturale –, însă identificarea problemelor concrete de îngrijire rămâne esențială pentru elaborarea planului nursing.

În practică, asistentele medicale trebuie să identifice cu precizie problemele de îngrijire observabile, cum ar fi durerea, insomnia, riscul de infecție, frica sau lipsa de cunoștințe. Stabilirea acestor diagnostice permite alegerea obiectivelor și intervențiilor standardizate corespunzătoare.

De aceea, în locul unor formulări generale despre nevoi afectate, este mai utilă identificarea unor diagnostice nursing concrete, precum „risc de instabilitate a nivelului glicemiei”. Acesta poate orienta direct planul de îngrijire către obiective și intervenții specifice, conform clasificărilor profesionale utilizate în nursing.

Identificarea diagnosticilor de îngrijire pe baza semnelor, simptomelor și a diagnosticului clinic reprezintă, de altfel, una dintre competențele fundamentale prevăzute în formarea asistenților medicali.

I.3. UTILIZAREA LISTEI NANDA-I ÎN IDENTIFICAREA DIAGNOSTICELOR NURSING

Lista NANDA-I, care cuprinde peste două sute de diagnostice nursing (inclusă la finalul fiecărui volum din lucrarea *Teoria și practica nursing*), oferă o imagine clară asupra problemelor de îngrijire cu care se confruntă asistenții medicali în practica profesională. Familiarizarea cu această clasificare încă din perioada formării facilitează înțelegerea rolului nursingului și dezvoltarea unei gândiri clinice specifice domeniului.

Identificarea diagnosticilor nursing se bazează pe etapa de **culegere a datelor**, realizată prin observația stării pacientului, consultarea documentelor medicale, interviul profesional cu pacientul și comunicarea în cadrul echipei medicale.

Pe baza acestor informații și a diagnosticului clinic, asistenta medicală poate orienta căutarea către domeniul corespunzător din clasificarea NANDA-I. De exemplu, în cazul unei litiaze renale însoțite de durere, diagnosticul nursing poate fi identificat în domeniul „confort”, sub

forma diagnosticului „durere”. În cazul diabetului zaharat, pot fi identificate diagnostice precum „risc de instabilitate a nivelului glicemiei”, „dezechilibru nutrițional” sau „lipsă de cunoștințe”.

Astfel, se identifică mai întâi domeniul corespunzător din clasificarea NANDA-I, apoi diagnosticele nursing relevante pentru situația clinică și pentru particularitățile pacientului. Acestea devin punctul de plecare pentru stabilirea obiectivelor și intervențiilor și pentru elaborarea planului de îngrijire.

Utilizarea constantă a listei NANDA-I contribuie la standardizarea limbajului profesional și la apropierea practicii nursing de criteriile științifice ale domeniului.

În practica nursing contemporană, identificarea diagnosticelor de îngrijire conform clasificării NANDA-I este integrată frecvent cu alte două sisteme complementare de standardizare: **NOC (Nursing Outcomes Classification)**, care definește rezultatele urmărite în îngrijire, și **NIC (Nursing Interventions Classification)**, care descrie intervențiile nursing corespunzătoare. Utilizarea integrată a acestor clasificări contribuie la structurarea planului de îngrijire pe baze profesionale și *evidence-based*, facilitând evaluarea rezultatelor îngrijirilor și comunicarea în cadrul echipei medicale. Prin această standardizare a limbajului și a practicii profesionale, **sistemul NANDA–NOC–NIC** devine un instrument important pentru creșterea calității serviciilor de nursing și pentru consolidarea siguranței pacientului.

Identificarea diagnosticelor nursing constituie etapa centrală a procesului de îngrijire și baza elaborării planului nursing. Utilizarea clasificării NANDA-I facilitează recunoașterea problemelor de îngrijire și alegerea obiectivelor și intervențiilor adecvate, contribuind astfel la creșterea calității îngrijirilor acordate pacientului.

I.4. CALITATEA SERVICIILOR DE NURSING, OBIECTIVELE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI

Conform manualului *Quality of Care* elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, există șase dimensiuni ale calității asupra cărora programele de asigurare a calității ar trebui să se concentreze, inclusiv în îngrijirile nursing:

1. **eficacitatea**, care presupune oferirea de îngrijiri medicale bazate pe principiul *evidence-based*, cu rezultate demonstrabile în îmbunătățirea sănătății persoanelor și a comunității;

2. **eficiența**, care se referă la utilizarea judicioasă a resurselor în condițiile menținerii sau creșterii eficienței din punct de vedere medical;
3. **accesibilitatea**, adică posibilitatea pacienților de a obține îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie, fără bariere geografice, sociale, culturale sau economice;
4. **acceptabilitatea**, în raport cu valorile, aspirațiile, cultura și nevoile pacientului;
5. **echitabilitatea**, care presupune furnizarea de îngrijiri de aceeași calitate indiferent de gen, rasă, etnie, proveniență geografică sau statut economic;
6. **siguranța**, care urmărește minimizarea riscurilor pentru pacienții care beneficiază de îngrijiri medicale.

Aceste dimensiuni ale calității sunt strâns legate de **obiectivele generale ale sistemelor de sănătate**, printre care:

- reducerea mortalității;
- reducerea morbidității;
- reducerea inechităților în sănătate;
- îmbunătățirea rezultatelor îngrijirilor pentru pacienți cu anumite afecțiuni;
- creșterea siguranței îngrijirilor de sănătate.

Fiecare unitate sanitară trebuie să aibă un program de asigurare a calității care să respecte legislația în domeniu, iar feed-back-ul din partea pacienților este un element important în evaluarea calității serviciilor oferite.

În domeniul nursingului, cele mai frecvente plângeri referitoare la activitatea asistenților medicali (conform *Lippincott Manual of Nursing Practice*) sunt:

- evaluarea deficitară a pacientului sau întârzierea realizării acestei etape a procesului de îngrijire;
- neefectuarea recomandărilor medicului;
- neefectuarea intervențiilor specifice de îngrijire;
- necomunicarea informațiilor relevante despre pacient;
- neaderarea la standardele de îngrijire;
- înregistrarea greșită sau neînregistrarea datelor despre pacient;
- neadministrarea medicației prescrise.

Siguranța pacientului este, de asemenea, reglementată prin standarde internaționale, precum cele formulate de **Joint Commission**, care includ măsuri precum:

- utilizarea a cel puțin două elemente de identificare pentru pacient;
- prevenirea erorilor de transfuzie;
- raportarea la timp a rezultatelor critice de laborator;
- etichetarea corectă a medicamentelor și a soluțiilor utilizate;
- reducerea riscurilor asociate terapiei anticoagulante;
- actualizarea și comunicarea corectă a medicației pacientului;
- respectarea normelor de igienă a mâinilor;
- prevenirea infecțiilor asociate îngrijirilor medicale;
- identificarea pacienților cu risc de sinucidere;
- verificarea etapelor și a materialelor înaintea efectuării procedurilor.

CAPITOLUL II

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

II.1. Elemente definitorii ale procesului de îngrijire

II.2. Etapele procesului de îngrijire (CDPAE)

II.2.1. **Culegerea și analiza datelor sau evaluarea nursing inițială**

II.2.2. **Diagnosticarea nursing pe baza culegerii și analizei datelor**

II.2.3. **Planificarea îngrijirilor sau alcătuirea planurilor de îngrijire**

II.2.4. **Aplicarea intervențiilor**

II.2.5. **Evaluarea îngrijirilor (rezultate așteptate)**

II.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 Hall⁷, expresia fiind utilizată până în zilele noastre pentru a descrie „metoda prin care sunt aplicate îngrijirile nursing”.⁸

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.⁹

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 îngrijire NANDA-I, PES-urile, obiectivele, intervențiile și evaluările pentru fiecare diagnostic nursing în parte.¹⁰

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

⁷ Gordon, M: *Manual of Nursing Diagnoses*. CV Mosby, St. Louis, 2002

⁸ Utilizarea 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.

⁹ Iyer, PW, Taptich, BJ, and Bernocchi-Losey, D: *Nursing Process and Nursing Diagnosis*, ed. 3. WB Saunders, Philadelphia, 1995

¹⁰ Planificarea 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.

specifice de sănătate/ procese fiziologice/ situații de viață sau a unei situații de risc/vulnerabilitate pentru acea manifestare sau reacție.¹¹

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**”¹²

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 diagnosticalele nursing în 13 domenii (pe baza celor 11 sisteme funcționale ale modelului Gordon)** și ajută asistenții 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.

II.2. Etapele procesului de îngrijire

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.

¹¹ NANDA 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*)

¹² Alfaro, R: *Applying Nursing Diagnosis and Nursing Process: A step by step approach*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1988

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.

II.2.1. CULEGEREA ȘI ANALIZA DATELOR SAU EVALUAREA NURSING ÎNIIȚIALĂ

Culegerea datelor se face cu scopul identificării problemelor de îngrijire/ diagnosticelor 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 diagnosticelor de îngrijire este de fapt a doua competență specificată în programele școlare la fiecare modul de specialitate,¹³ inclusiv în cele mai recente,¹⁴ un argument în plus pentru a urmări în primul rând diagnosticele 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.

¹³ "Standardul de pregătire profesională și curriculum pentru calificare: asistent medical generalist", Editura CD Press, București, 2007

¹⁴ Curriculum pentru calificarea asistent medical generalist. Domeniul de pregătire profesională: Sănătate și asistență pedagogică, 2018

Este necesară, pentru conectarea sistemului nostru de îngrijiri nursing la standardele internaționale „evidence-based” (îngrijiri bazate pe dovezi științifice), utilizarea diagnosticelor 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 clinice¹⁵ 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 diagnosticele 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 diagnosticelor nursing conform listei NANDA-I devine o necesitate de ordin practic și de menținere în zona limbajului profesional universal.

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**.¹⁶

Se obțin prin interviuarea pacientului și a membrilor familiei, prin observație, prin evaluarea nursing inițială (în care sunt verificate reperele propuse de modelul Gordon¹⁷) 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

¹⁵ Khoury, Brigitte & Kogan, Cary & Daouk, Sariah. (2017). International Classification of Diseases 11th Edition (ICD-11). 10.1007/978-3-319-28099-8_904-1.

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

¹⁷ Un model de screening nursing (culegere de date) după Gordon poate fi consultat în volumul „Procesul de îngrijire a pacientului”.

pot fi obținute pe seama analizelor, investigațiilor și a altor proceduri de diagnostică.

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 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 intervievare (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.¹⁸

¹⁸ A se vedea foaia de îngrijiri nursing (model orientativ) la Anexe

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.

În interviu se urmăresc, așadar:

(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), diminuare (factori), intensitate, tratamente încercate.

Evaluarea fizică presupune utilizarea a patru mijloace: **inspecția, palparea, percuția, ascultația**. (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 ascultarea. 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).

Ascultația presupune utilizarea unui stetoscop pentru evaluări respiratorii, cardiace și abdominale.¹⁹

¹⁹ Utilizarea 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.