

TEORIA ȘI PRACTICA NURSING

Volumul I

**PLANURI DE ÎNGRIJIRE
ASOCIAȚE DIAGNOSTICELOR NURSING NANDA-I**

**50 de planuri de îngrijire alcătuite pe baza
diagnosticelor NANDA-I frecvent întâlnite
în practica asistenților medicali**



Editura VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

TEORIA ȘI PRACTICA NURSING Volumul I

PLANURI DE ÎNGRIJIRE ASOCIAȚE DIAGNOSTICELOR NURSING NANDA-I

**50 de planuri de îngrijire
alcătuite pe baza diagnosticelor NANDA-I
frecvent întâlnite în practica asistenților medicali**



Editura VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

Cuprins

PREFATĂ	11
---------------	----

CAPITOLUL ÎNTÂI

I. INTRODUCERE/ ARGUMENT/ CLARIFICĂRI

I.1. Pregătirea asistenților medicali în România. Puncte nevralgice și perspectiva unor soluții	17
I.1.1. Pornind de la observații din practica didactică	17
I.1.2. Contribuții importante în domeniu, manuale, perspective de îmbunătățire	17
I.1.3. Autonomia profesiei de asistent medical, prinsă în cutumele vechi	18
I.1.4. Înstrăînați de învățarea pe baze științifice	20
I.1.5. Modelele de nursing asigură doar un cadru teoretic, nu și instrumente de lucru concrete în practica medicală.....	22
I.1.6. Unilateralitatea ineficientă a modelului „nevoilor” în îngrijirile nursing din România	23
I.1.7. Diagnosticele nursing, taxonomizate de NANDA-I, încă supuse inventării” în școlile sanitare de la noi	25
I.1.8. Confuzii prin amestecarea conceptelor în procesul didactic.....	26
I.1.9. Ruptura dintre teoria din școală și practica îngrijirilor din spital	27

CAPITOLUL AL DOILEA

II. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE/ NURSING. ASPECTE TEORETICE ȘI PRACTICE

II.1. Procesul de îngrijire. Aspecte definitorii. Clarificări	31
II.2. Culegerea de date	31

II.3. Identificarea diagnosticelor nursing/problemelor de îngrijire	32
II.4. Alcătuirea planului de îngrijire	35
II.5. Evaluarea îngrijirilor.....	38

CAPITOLUL AL TREILEA

PLANURI DE ÎNGRIJIRE ASOCIAȚE DIAGNOSTICELOR NURSING NANDA-I

50 DE PLANURI DE ÎNGRIJIRE ALCĂTUITE DUPĂ CRITERIUL DIAGNOSTICELOR/ PROBLEMELOR NURSING, GRUPATE PE DOMENIILE NANDA-I, CU DENUMIRILE ORIGINALE ȘI CODURILE SPECIFICE

III.1. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII.....	42
III.1.1. Stil de viață sedentar (NANDA-I: Sedentary lifestyle, Cod 00168).....	43
III.1.2. Afectarea diversificării activităților (NANDA-I: Deficient diversional activity, Cod 00097)	47
III.1.3. Ineficiență în menținerea sănătății (NANDA-I: Ineffective health maintenance, Cod 00099).....	49
III.1.4. Lipsă de cooperare (NANDA-I : Noncompliance, Cod 00079).....	52
III.2. NUTRIȚIE	55
III.2.1. Dezechilibru nutrițional: în exces – obezitate, supraponderalitate, risc de supraponderalitate (NANDA-I: Imbalanced nutrition: more than body requirements – Obesity, Overweight, Risk for overweight – Coduri: 00002, 00232, 00233, 00234).....	56
III.2.2. Dezechilibru nutrițional: în deficit (NANDA-I: Imbalanced nutrition: less than body requirements, Cod 00002)	59
III.2.3. Dezechilibru al volumului fluidelor: în exces (NANDA-I: Excess fluid Volume, Cod 00026)	62
III.2.4. Dezechilibru al volumului fluidelor: în deficit (NANDA-I: Deficient fluid volume, Cod 00026).....	64
III.2.5. Risc de instabilitate a nivelului glicemiei (NANDA-I: Risk for unstable blood glucose level, Cod 00179).....	67
III.2.6. Afectarea deglutiției (NANDA-I: Impaired swallowing, Cod 00103)....	71

III.3. ELIMINARE ȘI SCHIMB	74
III.3.1. Constipație (NANDA-I: Constipation, Cod 00011)	75
Respe III.3.2. Incontinență fecală (NANDA-I: Bowel incontinence, Cod 00014)	78
III.3.3. Diaree (NANDA-I: Diarrhea, Cod 00013)	81
III.3.4. Afectarea schimbului de gaze (NANDA-I: Impaired gas exchange, Cod 00030)	84
III.3.5. Retenție urinară (NANDA-I: Urinary retention, Cod 00023)	87
III.4. ACTIVITATE/ ODIHNĂ	90
III.4.1. Afectarea mobilității fizice (NANDA-I: Impaired physical mobility, Cod 00085)	91
III.4.2. Insomnie (NANDA-I: Insomnia, Cod 00095)	93
III.4.3. Potențial pentru îmbunătățirea somnului (NANDA-I): Readiness for enhanced sleep, Cod 00165)	95
III.4.4. Afectarea capacitatei de auto-îngrijire: spălatul, îmbrăcatul și dezbrăcatul, hrănirea, folosirea toaletei (NANDA-I: Selfcare deficit: bathing, dressing, feeding, toileting; Coduri: 00108, 00109, 00102, 00110)	97
III.4.5. Afectarea capacitatei de auto-îngrijire: îmbrăcatul și dezbrăcatul (NANDA-I: Self-care deficit; dressing, Cod 00109)	101
III.4.6. Afectarea capacitatii de menținere a locuinței în condiții normale (NANDA-I: Impaired home maintenance, Cod 00098)	103
III.4.7. Intoleranță la activitate (NANDA-I: Activity intolerance, Cod 00092)	106
III.4.8. Scăderea capacitatei sistolice a inimii (NANDA-I: Decreased cardiac output, Cod 00029)	109
III.4.9. Respirație ineficientă (NANDA-I: Innefective breathing pattern, Cod 00032)	111
III.4.10. Ineficiență a circulației sanguine în țesuturile periferice (00204: Ineffective peripheral tissue perfusion)	113
III.5. PERCEPȚIE/ CUNOAȘTERE	116
III.5.1. Lipsă de cunoștințe (NANDA-I: Deficient knowledge, Cod 00126)	117
III.5.2. Confuzie cronică (NANDA-I: Chronic confusion, Cod 00129)	120
III.5.3. Afectarea comunicării verbale (NANDA-I: Impaired verbal communication, Cod 00051)	123
III.5.4. Afectarea memoriei (NANDA-I): Impaired memory, Cod 00131)	126

III.6. AUTO-PERCEPTIE	129
III.6.1. Afectarea stimei de sine: situational (NANDA-I: Situational low self-esteem, Cod 00120).....	130
III.6.2. Afectarea imaginii propriului corp (Disturbed body image, Cod 00118).....	133
III.6.3. Lipsă de speranță (00124: Hopelessness, Cod 00124).....	135
III.7. RELAȚII DE ROL.....	138
III.7.1. Afectarea interacțiunii sociale (NANDA-I: Impaired social interaction, Cod 00052).....	139
III.8. SEXUALITATE	141
III.8.1. Afectarea sexualității (NANDA-I: Ineffective sexuality pattern, Cod 00065).....	142
III.9. ADAPTARE/ TOLERANȚĂ LA STRES.....	144
III.9.1. Anxietate (NANDA-I: Anxiety, Cod 00146).....	145
III.9.2. Frică (NANDA-I: Fear, Cod 00148)	148
III.9.3. Stare sufletească de pierdere sau doliu (NANDA-I: Grieving, Cod 00136).....	151
III.9.4. Sindrom post-traumă (NANDA-I: Post-trauma syndrome, Cod 00141).....	154
III.10. PRINCIPII DE VIAȚĂ	157
III.10.1. Stres de natură spirituală (NANDA-I: Spiritual distress, Cod 00066).....	158
III.11. SIGURANȚĂ/ PROTECȚIE	161
III.11.1. Risc de infecție (NANDA-I: Risk for infection, Cod 00004)	162
III.11.2. Risc de afectare a integrității pielii (NANDA-I: Impaired skin integrity, Cod 00047).....	165
III.11.3. Risc de violență: împotriva altor persoane/ împotriva propriei persoane (NANDA-I: Risk for other-directed/ self-directed violence, Coduri 00140, 00138)	167
III.11.4. Risc de sinucidere (NANDA-I: Risk for suicide, 00150)	169
III. 11.5. Hipertermie (NANDA-I: Hyperthermia, Cod 00007).....	172
III.11.6. Hipotermie (NANDA-I: Hypothermia, Cod 00006)	174

III.11.7. Eliberare ineficientă a căilor respiratorii (NANDA-I: Inneffective airway clearance Cod 00031).....	176
Re III.12. CONFORT ni si.cărți.....	178
III.12.1. Durere: acută sau cronică (NANDA-I: Acute/chronic pain, Coduri 00132, 00133)	179
III.12.2. Greață (NANDA-I: Nausea, Cod 00134).....	182
III.12.3. Izolare socială (NANDA-I: Social isolation, Cod 00053)	185
III.13. CREȘTERE/ DEZVOLTARE	187
III.13.1. Risc de întârziere în dezvoltare (NANDA-I: Risk for delayed development, Cod 00112)	188
Bibliografie (selectiv)	190

CAPITOLUL AL PATRULEA ANEXĂ

IV.1. Lista diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, cu denumirile originale în limba engleză și codurile specifice.....	195
---	-----

I.1. Pregătirea asistenților medicali în România.

Puncte nevralgice și perspectiva unor soluții

I.1.1. Pornind de la observații din practica didactică

Ideea scrierii acestei cărți a venit de la observațiile pe care am reușit să le adun în munca didactică în calitate de profesor de instruire practică (nursing) la Școala Postliceală Sanitară Piatra-Neamț.

Astfel, am avut surpriza să constat, la începutul acestei activități, în 2014, că un instrument altfel utilizat în lume în practica îngrijirilor, lista de diagnostică de îngrijire elaborată de NANDA-I,¹ nu era cunoscut de elevi.

Investigând mai departe acest aspect, am observat că avem de a face cu o problemă generalizată, că manualele și ghidurile nursing de la noi atunci când nu ignoră cu desăvârșire această listă în structurarea planurilor de îngrijire doar o pomenesc în trecere, fără să o folosească efectiv ca instrument de lucru. Nici profesorii nu o utilizează.

Cum mi se pare o deficiență reală a sistemului de învățămînt în nursing și a îngrijirilor nursing în România, am considerat că aducerea în discuție a temei mai generale a tiparelor după care sunt pregătiți asistenții medicali la noi ar avea menirea să clarifice, poate, chestiuni lăsate în amortire sau preluate la începutul anilor nouăzeci fără spirit critic și fără documentare în acest domeniu. Este chiar unul dintre scopurile acestei lucrări.

I.1.2. Contribuții importante în domeniu, manuale, perspective de îmbunătățire

Doresc să fiu bine înțeles. Este un merit deosebit al autorilor pe care îi consider cei mai influenți în domeniul îngrijirilor nursing din România în ultimele decenii, Carol Mózes și Lucreția Titircă, de a fi

¹North American Nursing Diagnosis Association – International.

oferit reperele de bază ale acestui domeniu. Mai sunt și alții, firește, dar sper să am ocazia să mă refer la ei cu altă ocazie. Este departe de mine, aşadar, să contest sau să neg în vreun fel contribuția lor. Consider, dimpotrivă, că mai înainte de orice discuție, se cuvin cuvinte de recunoștință pentru munca lor.

Carol Mozes a structurat pe criteriul aparatelor și sistemelor tehnică îngrijirii bolnavului, iar manualele și ghidurile sale au funcționat ca un reper esențial în liceele sanitare și chiar și acum, cu unele actualizări ale conținuturilor, rămân valabile.

Se poate spune că Lucreția Titircă a introdus după 1990 conceptul de nursing în România, cu abordările hendersoniene care țin de reabilitarea bolnavului ca persoană umană, cu nevoile ei de bază, iar manualele și ghidurile sale, cu toate dezavantajele abordării unilaterale a sistemului nevoilor (la care mă voi referi și mai jos în această introducere), sunt încă printre cele mai căutate resurse bibliografice în școlile postliceale sanitare.

Problema pe care doresc să o aduc în discuție – și, pe această cale, să deschid, poate, o cale de îmbunătățire a lucrurilor – este alta. Mă refer la defazarea conținuturilor și abordărilor noastre în raport cu contribuțiile și abordările internaționale din domeniu. Convingerea mea este că fără conectarea la criteriile „evidence-based” însăși profesia de asistent medical va avea de suferit în România, și nu numai în privința autonomiei, dar și în ceea ce privește prestigiul ei.

I.1.3. Autonomia profesiei de asistent medical, prinsă în cutumele vechi

Prestigiul profesiei de asistent medical este în legătură, firește, cu gradul de autonomie profesională pe care îl permite în practică. Deși în țări din Vest autonomia are tot mai clar valențe legate de criteriul „evidence-based” (validări științifice) al intervențiilor însotite de așa-numitele „rationals” (argumente) din cadrul planurilor de îngrijire nursing și al taxonomiilor tot mai bine puse la punct de organizația NANDA-I, în România asistenții medicali au încă adesea un rol de subordonare față de medici, iar imaginea lor este aceea de personal care execută indicațiile. Ideea de lucru în echipă și de specializări (și profesii) diferite care să depășească imaginea tradițională² apare rar în astfel de contexte de muncă.

²Gjerberg, Elisabeth; Kjølsrød, Lise K., „The doctor-nurse relationship...”, în „Social Science & Medicine”, nr. 52, 2001

Problema are conexiuni și cu felul în care învățământul din domeniul nursingului (inertial în multe aspecte și lipsit de elementele motivationale necesare)³ și realitățile din practica medicală (rupte de modelele educaționale/curriculare din școli, la rândul lor neaduse la zi) întârzie realizarea coereneței dintre teorie și practică și mențin unele situații care pun semne de întrebare chiar asupra profesionalismului abordărilor în acest domeniu.⁴

Chiar dacă din motive care țin de cultura locală este greu de acceptat că medicina și nursingul sunt totuși profesii diferite, cu background-uri științifice, abordări și instrumente diferite, o reconectare la practicile îngrijirilor medicale din Vest încă este posibilă pe seamă învățământului postliceal sanitar și, mai nou, al celui universitar în domeniu.

Astfel, dacă elevii și studenții ar învăța să lucreze sistematic în școală cu diagnosticele de îngrijire, obiectivele și intervențiile specifice fiecărui obiectiv al planurilor de îngrijire, aşa cum sunt ele taxonomizate de NANDA-I, autonomia ar avea de câștigat. Si nu este vorba despre învățarea „pe de rost”, ci de o familiarizare în timp cu acest instrument. Din păcate, există multă improvizație în această zonă, ceea ce face ca nesiguranța și ezitările în exercitarea profesiei de asistent medical să fie o trăsătură caracteristică a activității de îngrijire de fiecare zi a pacienților.

De fapt, numai cunoașterea obiectivelor și intervențiilor standard specifice fiecărui diagnostic de îngrijire (NOC și NIC)⁵ poate crește autonomia profesională. Si chiar dacă autonomia profesională în nursing suscită discuții și controverse, evidențiate prin numeroase articole pe acest subiect publicate în ultimii zece ani în reviste de specialitate în toată lumea, cel puțin patru elemente sunt acceptate ca fiind condițiile de bază ale conceptului, rezultate și din experiențele împărtășite ale asistentelor medicale și asistenților medicali: a avea o perspectivă holistică, a cunoaște pacientul, a ști că știi ce ai de făcut și a îndrăzni să iei

³Iorga, Cristina, „Cine alege să fie asistent medical?”, în Viața medicală, nr. 36 (1338), 14 septembrie 2015: „Peste 15% din respondenți nu sunt motivați să învețe, restul având diferite motive să studieze în cadrul unei școli postliceale sanitare. Principalul motiv pentru care elevii nu lipsesc de la anumite ore de curs este reprezentat de nevoia acestora de a-și finaliza cursurile, și nu de dorința de cunoaștere aprofundată a domeniului medical.”

⁴Atasiei, Andreea, „Cât de serioase sunt școlile postliceale sanitare?”, în ziarul „Vremea nouă”, 16 ianuarie 2015

⁵NOC sunt inițialele de la Nursing Outcomes Classification (Clasificarea obiectivelor nursing), iar NIC de la Nursing Interventions Classification (Clasificarea intervențiilor nursing), în acord cu nomenclatorul NANDA-I.

I.1.4. Înstrăinați de învățarea pe baze științifice

Este evident că având ca obiect atât omul bolnav cât și omul sănătos⁷ această profesie este una dintre cele mai pline de responsabilitate. De aici și necesitatea unei pregătiri în acord cu standardele științifice internaționale.

Școlile de profil ar trebui să asigure cadrul necesar obținerii competenței specifice asistenților medicali, urmând cele câteva atribute definitorii recunoscute: instruire care să aibă în vedere la final dobândirea unor abilități specifice, dezvoltare personală, experiențe de învățare individualizate, aplicarea abilităților însușite în toate rolurile practice ale domeniului.⁸

Din păcate, suntem încă înstrăinați de învățarea pe baze științifice, de standardele internaționale și de abordările pe care țări din Vest le promovează în manualele de specialitate și în practică.

Astfel, unul dintre cele mai importante tratate de nursing din lume, „Lippincott Manual of Nursing Practice”⁹, ajuns la a zecea ediție și utilizat în multe țări, pune în conexiune, în manieră simplă și logică, diagnosticele clinice și diagnosticele nursing. În paginile lui nu sunt menționate nevoile de îngrijire, prezente la tot pasul în ghidurile noastre, ci diagnosticele de îngrijire aşa cum sunt ele taxonomizate în lista NANDA-I. Se pare însă că nu a existat la noi până acum curiozitatea explorării în amănunt a acestui aspect și motivele diferențelor, ale defazajului.

La fel, cu unele excepții, tratatele de planuri de îngrijire din Occident urmează același criteriu al nomenclatorului clinic pe aparate și sisteme, nu pe acela al nevoilor. În acest fel, studenții și elevii au oca-

⁶Skår, R., „The meaning of autonomy in nursing practice”, în „Journal of Clinical Nursing”, 19, 2226-2234, 2010

⁷ Pagina web „International Council of Nurses”, www.icn.ch , 22.04.2017: „Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, **sick or well** and in all settings.”

⁸Scott Tillei DD, *Competency in nursing: a concept analysis*, în Journal of continuing education in nursing, 2008, februarie;39(2):58-64; quiz 65-6, 94.

⁹Nettina, Sandra N., Lippincott manual of Nursing Practice, 10th edition, Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2014

zia să vadă mai concret reperele de îngrijire pe filiera clinică a semnelor și simptomelor.

Chiar standardul de pregătire profesională/ curriculumul pentru asistent medical generalist¹⁰ de la noi este structurat nu după vreun model de nursing, ci după acel criteriu mai vechi (utilizat corect și în fostele licee sanitare) al aparatelor și sistemelor anatomo-fiziologice și al diagnosticelor clinice¹¹.

Astfel, găsim aici module de studiu precum „Pneumologie și nursing în pneumologie” sau „Cardiologie și nursing în cardiologie” și nu „Nevoia de a avea o bună respirație și o bună circulație”, „Dermato-venerologie și nursing specific” și nu „Nevoia de a-și păstra tegumentele și mucoasele curate”. La fel, aflăm despre competențe precum „Identificarea diagnosticelor de îngrijire la pacienții cu afecțiuni...” și nu „Identificarea nevoilor de îngrijire ale pacienților cu afecțiuni...”. De asemenea, un document legislativ important¹² completează, la articolul 3, pentru titlul unității 14, „Ființa umană și nursingul”, la condiții de aplicabilitate, expresia „diagnostic NANDA-I, NIC & NOC”.

Așa stând lucrurile, se pune întrebarea de ce elevii și studenții de la specializarea asistent medical generalist de la noi încă sunt îndrumați, pe de o parte, să învețe îngrijirile specifice ale pacienților cu diferite tipuri de afecțiuni, cu boli pulmonare, boli cardiovasculare, boli metabolice, boli neurologice, boli psihiatrice etc., iar, pe de altă parte, li se recomandă să lucreze cu un instrument al verificării satisfacerii nevoilor de îngrijire, care are valențe mai mult teoretice și ține mai curând de domeniile psihologiei, sociologiei și antropologiei decât de nursing.¹³

Răspunsul îl găsim în inerția sistemului, în lipsa de interes a celor mai mulți profesori pentru documentare „la zi”, în accesul limitat la sursele bibliografice valide la nivel internațional, în delăsarea generală care se răsfrânge și asupra acestui domeniu.

¹⁰“Standardul de pregătire profesională și curriculum pentru calificare: asistent medical generalist”, Editura CD Press, București, 2007

¹¹Mozes, Carol: „Tehnica îngrijirii bolnavului”, Ed. Medicală, ediție revizuită după ediția din anii 80, 1997

¹²Ordinul pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului educației, cercetării și tineretului nr. 2.713/2007 referitor la aprobarea standardului de pregătire profesională, a planului de învățământ și a programei școlare pentru calificarea asistent medical generalist pentru care se asigură pregătirea prin învățământul preuniversitar postliceal

¹³Colley, Sarah: „It has been argued that applying knowledge from different disciplines only serves to dilute nursing practice”, în articolul „Nursing theory: its importance to practice”, în „Art & Science”, nr. 9, 2003.

I.1.5. Modelele de nursing asigură doar un cadru teoretic, nu și instrumente de lucru concrete în practica medicală

Se știe, de altfel, că nursing-ul nici nu se bazează pe un singur model de îngrijire, fie el și acela al nevoilor, preluat autarhic la noi în anii nouăzeci. Dincolo de primele contribuții din secolul al XIX-lea ale pionierei în domeniu, Florence Nightingale¹⁴, o rapidă trecere în revistă a modelelor din secolul XX pe firul unei sintetice perspective propuse relativ recent de Niall McCrae într-un articol¹⁵ poate oferi o imagine a diversității abordărilor în acest domeniu și încă un argument pentru necesitatea realizării unității și coerentei în practica nursing.

Astfel, teoria lui Hildegard Peplau din 1948 (publicată în 1952)¹⁶, bazată pe trecerea de la intervenții concrete pentru îmbunătățirea stării de sănătate a pacientului la relația terapeutică, pune accentul pe asistentă medicală, mai curând decât pe tratament, ca agent al schimbării.

Mai departe, urmând și necesitatea elaborării unei definiții a nursingului, Virginia Henderson prezintă nursingul ca un răspuns la nevoile de îngrijire ale pacientului, cele 14 nevoi având la bază și piramida nevoilor elaborată de Maslow.¹⁷

În 1980, Callista Roy descrie o tendință naturală a ființei umane către echilibru biologic, psihologic, și social, cu aplicabilitate în nursing, iar Martha Rogers aduce ideea ființei umane ca un tot unitar energetic aflat în interacțiuni cu mediul.¹⁸ Este interesant cum sănătatea și boala sunt văzute aici ca expresii ale fluctuațiilor ritmice ale vieții, diferit deci de carteziana separare dintre somatic și mental, iar rolul asistentei medicale este de a promova conectarea permanentă a pacientului la mediu.

Literatura de specialitate citează foarte mult, de asemenea, modelul inițiat de Dorothea Orem (1991), care accentuează posibilitatea pentru pacient, cu ajutorul esențial al asistentei, de a trece gradual de

¹⁴Nightingale, Florence, „Notes on Nursing...”, Philadelphia, London, Montreal: J.B.

Lippincott Co. 1946 reprint (First published London, 1859: Harrison & Sons). Retrieved 6 July 2010.

¹⁵McCrae, Nial, *Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of „evidence-based” practice and multidisciplinary health care*, în *Journal of Advanced Nursing* 68 (1), 222-229, 2011

¹⁶Peplau, H.E., *Interpersonal Relations in Nursing*, Putnam's Son, New York, 1962.

¹⁷Henderson, Virginia, *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education*. New York: Macmillan Publishing, 1966.

¹⁸Rogers, M. E., *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis, 1989

la deficitul de auto-îngrijire la descoperirea și îmbunătățirea abilităților pentru autonomia în viață de zi cu zi.

Deși reușesc să creeze un oarecare cadru științific, necesar practicilor nursing, modelele au limitele lor, derivate tocmai din lipsa unor prescripții concrete pentru practică, ariditatea intelectuală și limbajul complex, irelevanța pentru îngrijirile actuale/moderne și incompatibilitatea cu sistemul „evidence-based”. Chiar și utilizate ca tipare de lucru, aşadar, modelele nursing în sine nu pot satisface necesitatea raportării permanente la sarcinile de natură practică ale asistentei medicale.

Doar o abordare integrativă – în care diferențele modele ar fi utilizate în funcție de situație și pacient, iar diagnosticele de îngrijire ar fi elementele de bază – ar fi mai eficientă, conform unor studii,¹⁹ dar inerțiile moștenite își spun și ele un cuvânt greu aici.

I.1.6. Unilateralitatea ineficientă a modelului „nevoilor”

în îngrijirile nursing din România

Cum perspectiva integralității modelelor nu este avută în vedere, se merge în continuare pe un singur model, cu limitele lui, altfel observate și de elevi și studenți, care se plâng de lipsa de pragmatism a învățirii în gol a roții nevoilor hendersoniene.

Sentimentul în timpul utilizării modelului Henderson, în etapa trecerii în revistă a fiecărei nevoi de îngrijire, este de scop în sine, de îndepărțare de la cerințele practice, de deviere de la problemele concrete pentru care pacientul a venit în spital. Pentru că este limpede că pentru a ști ce are de făcut concret în procesul de îngrijire asistentei medicale îi este mai de folos să identifice, de exemplu, diagnosticul nursing „Afectarea deglutitionei” decât faptul că „Nevoia de a se alimenta și a se hidrata” ar fi afectată. Tot așa cum diagnosticul nursing „Intoleranță la activitate” este mai legat de situația clinică concretă decât „Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură”.

Practic, se pierde mult timp și se consumă multă energie și multă cerneală fără rost atunci când elevii și studenții trec în revistă pentru fiecare caz și plan de îngrijire în parte, fiecare din cele 14 nevoi de îngrijire pentru a identifica problemele de îngrijire ale pacientului. Problemele pacientului pot fi identificate și pe această cale, e adevărat, dar numai învățând pur și simplu problemele de îngrijire conexe fiecărei nevoi, numai prin familiarizarea cu aceste asociere.

¹⁹ Kreitzer, Mary Jo, *Integrative Nursing: Application of Principles Across Clinical Settings*, în Rambam Maimonides Medical Journal, nr. 2, aprilie 2015

Apare însă în acest caz, din nou, întrebarea legitimă de ce studenții nu s-ar familiariza mai curând cu asocierea problemelor/diagnosticelor de îngrijire direct cu afecțiunile clinice pe care deja le studiază la orele de medicină generală. Însușirea teoretică a tehnicilor de nursing și dobândirea abilităților practice în execuția lor sunt o parte importantă a activității asistenților medicali, dar identificarea problemelor de îngrijire ale pacientului, formularea diagnosticelor de îngrijire, alcătuirea planurilor de îngrijire și efectuarea intervențiilor cu evaluările permanente necesare constituie sensul îngrijirilor nursing, care, toate, au legătură cu diagnosticele clinice și abia în planul al doilea cu modelele nursing.

De fapt, stabilirea diagnosticului de îngrijire ar trebui să urmeze mai multe căi simultane, între care legătura cu diagnosticul medical, analiza datelor culese și gândirea critică sau capacitatea de observație a asistentei medicale/ asistentului medical sunt esențiale.²⁰

Dacă până la punerea de către medic a diagnosticului clinic asistentă/ asistentul trebuie să identifice câteva probleme ale pacientului doar pe baza observației, a interviului și a unor minime date clinice și de laborator, odată cu stabilirea diagnosticului clinic se deschide și perspectiva clarificării diagnosticelor de îngrijire, pe baza semnelor și simptomelor bolii, conform celor mai avansate manuale din lume și pe baza familiarizării cu lista NANDA-I.

Astfel dacă pacientului i s-a pus diagnosticul clinic de depresie, asistentă ar trebui să știe că între posibilele diagnostice de îngrijire se pot lua în considerare „Lipsa de speranță”, „Riscul de rănire”, „Deficitul de auto-îngrijire” și „Insomnia”. Tot așa cum în cadrul hipotiroïdismului ar trebui să aibă în vedere probleme/diagnostice de îngrijire precum „Constipația”, „Intoleranța la activitate” și „Lipsa de cunoștințe privind boala și tratamentul”.

Dacă se știe, aşadar, ce tipuri de probleme de îngrijire pot apărea la fiecare diagnostic clinic, de ce elevii/studenții nu sunt învățați pur și simplu aceste legături și sunt puși să umple caietul de planuri de îngrijire cu „Nevoia de a se recrea”, „Nevoia de a-și menține tegumentele și mucoasele curate și intace” și așa mai departe? Avem de a face de fapt cu un fel de întreprindere a muncii în zadar.

Poate fi, cred, în regulă, până la urmă, ca acest model al nevoilor să fie studiat în detaliu în școlile sanitare doar la un singur modul, anume la „Ființa umană și nursingul”, cum se și întâmplă, deși nici

²⁰Heather Herdman, T, PhD, RN, Executive Director NANDA International, Inc., in the article „What is Nursing Diagnosis - And Why Should I Care?”, pe website-ul www.nanda.org

această paradigmă nu poate ocoli, aşa cum programa de la acest modul o face, clasificarea internațională NANDA-I, la care toată lumea civilizată se raportează, cum nici nu poate ignora cercetarea în nursing, cu principiile și exemplele ei. Extinderea însă a folosirii lui în alcătuirea planurilor de îngrijire este „time consuming” și nepotrivită situațiilor concrete din practica nursing.

Se pare că în cazul acestui model al nevoilor de îngrijire, fără nicio intenție de nerecunoaștere a importanței lui istorice sau a unor merite ale instituirii lor în practicile de îngrijire²¹, s-ar impune o discuție mai aplicată, în conexiune cu aspectele practice concrete și cu referire la experiențele occidentale în materie.

I.1.7. Diagnosticele nursing, taxonomizate de NANDA-I, încă supuse „inventării” în școlile sanitare de la noi

Chestiunea are aşadar aparențe absurde. Diagnosticele nursing există, sunt omologate științific, dar sunt „inventate” în continuare cu îndărjire în școlile de pregătire a asistenților medicali.

Câtă vreme NANDA-I pune la dispoziție o listă cu peste 200 de diagnostice nursing, împărțite pe 13 domenii (promovarea sănătății, nutriție, eliminare și schimb, sexualitate, activitate/odihnă, percepție/cunoaștere, autopercepție, relațiile de rol, adaptare/toleranță la stres, creștere/dezvoltare, principii de viață, siguranță/protecție, confort), însătoare de obiective și intervenții argumentate (NIC & NOC), stabilite peste tot – trebuie să-o repetăm – în manualele din Vest pe criteriul „evidence-based” al unor studii și cercetări și asociate afecțiunilor/diagnosticelor clinice, devine de neînțeles de ce elevii și studenții de la noi încă sunt învățați să „descopere” diagnostice, să „facă” PES-uri²², ca și cum acestea ar putea fi scoase dintr-o pălărie magică.

De fapt, lista NANDA-I, un instrument de lucru obligatoriu pentru asistenții medicali din toată lumea, abia dacă este pomenită în curriculă, în programe și în ghidurile de nursing. Drept consecință, elevii și studenții nu știu să o folosească, în cazul fericit în care au auzit sau li s-a spus la cursuri despre ea.

Este de mirare cum o profesie cu un asemenea impact asupra vieții oamenilor a fost lăsată pe seama unor abordări pe care le-aș numi,

²¹Halloran, Edward J., „Virginia Henderson and her timeless writings”, în „Journal of Advanced Nursing”, nr. 23, 1996

²²Inițialele corespunzătoare elementelor care alcătuiesc un diagnostic de îngrijire: problema, etiologia, semnele și simptomele.

fără ezitări, amatoriste („să facem PES-urile!”), iar elevii și studenții (în general, așa cum reiese din ghidurile și lucrările în domeniu, altfel apărute din abundență) sunt puși să învârtă în gol morișca nevoilor de îngrijire.

I.1.8. Confuzii prin amestecarea conceptelor în procesul didactic

Argumentele pentru aceste observații vin din realitatea care pune în legătură pacientul și personalul medical. Pacientul, cu excepția situației în care urmează un program personal periodic de verificare a propriei stări de sănătate, vine la medic din cauza unor probleme de sănătate (boli) reflectate în mai multe probleme de îngrijire și nu datorită conștientizării afectării vreunei dintre cele 14 nevoi.

Abia după consultația clinică și evaluarea de tip nursing, care configerează un diagnostic clinic și respectiv câteva probleme/diagnosticice de îngrijire, se poate vorbi, în timp și numai dacă este util cu adevărat, despre nevoi de îngrijire afectate. Evident că ele sunt identificate chiar în faza culegerii de date, dar ceea ce ne interesează în primul rând pentru practica nursing este clarificarea problemelor/diagnosticelor de îngrijire, singurele care ne pot spune ceva despre planul de îngrijire, despre intervențiile care ar trebui făcute.

Prin amestecarea în procesul didactic a nevoilor de îngrijire cu problemele de îngrijire se încalcă principiul unității abordării, ceea ce produce confuzie, așa cum am și putut observa în practica didactică. Elevii confundă adesea problemele de îngrijire cu nevoie de îngrijire, iar confuzia nu se petrece pe seama vreunei lipse de aprofundare a conținuturilor, ci tocmai din cauza utilizării simultane a unor instrumente diferite. Câtă vreme aceste inadecvări nu vor fi corectate (ceea ce este o urgență !), vom avea mereu sentimentul aflării în treabă, cum se spune, altfel dominant în multe zone ale vieții noastre sociale, în educație, în sănătate, în cultură.

Urmând acest fir al legăturilor, se poate spune că neutilizarea surSELOR bibliografice internaționale credibile (din motive care ar merita, la rândul lor, o discuție aparte), încă și acum la trei decenii de la Revoluție, și de fapt lipsa oamenilor specializați care să facă efortul de pionierat de căutare și utilizare a acestor surse determină direct starea de neașezare în această zonă a pregătirii asistenților medicali.