



ACENDIO 2002

SKUPNI JEZIK PRAKSE ZDRAVSTVENE NEGE

NANDA KLASIFIKACIJA II

THE NANDA TAXONOMY II

Marjory Gordon, Ph.D., R.N., F.A.A.N.

Smotri:

- Opisati zgodovino, cilje, vsebino, praktično uporabo in bodoči razvoj klasifikacije NANDA diagnoz.
- Navesti razlike med klasifikacijo NANDA diagnoz in drugimi klasifikacijskimi sistemi.

Ključne besede:

klasifikacija NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) diagnoz; klasifikacijski sistem; negovalna diagnoza; zdravstveni vzorci

Izvleček:

Diagnoze v Klasifikaciji NANDA II so močno razširjene v klinični praksi po vsem svetu. Diagnoze v sistemu izboljšujejo klinično presojo, povečujejo jasnost dokumentacije, zagotavljajo opravičevanje intervencij in so osnova za ovrednotenje rezultatov po intervencijah ter izboljšav kakovosti.

Uvod

Praksa zdravstvene nege se je po vsem svetu dramatično spremenila. Morda bodo zgodovinarji na ta leta gledali kot na obdobje kulturne ali strokovne revolucije ali pa vsaj kot na čas, v katerem je prišlo do premikov. Prišlo je do prehoda v načinu, kako govorimo in razmišljamo o naši praksi. Ključni dejavnik tega prehoda v Severni Ameriki je bila odločitev, da se razvije in klasificira jezik negovalne diagnoze. Medicinske sestre so spoznale, da izrekajo klinična mnenja, ki presegajo tista v zvezi z boleznijo in zapleti, ki jih povzročajo. Ravnajo po svoji presoji in pri tem povečujejo kakovost zdravstvene nege.

Zgodovina klasifikacije NANDA

Pred približno tridesetimi leti je stroka prišla do spoznanja, da potrebujemo jezik, ki bi opisoval presojo zdravstvene nege. Storjenih je bilo več razvojnih premikov, ki so v Severni Ameriki spodbudili zanimanje in pripravljenost, da se razvije terminologija, ki bi opisovala presoje v zdravstveni negi.

Nova faza v razvoju poklica se je sredi preteklega stoletja začela z zamisljivo o procesu zdravstvene nege, z modelom za prepoznavanje problema in z mode-

lom za reševanje problemov. Ko je bil 1950 objavljen Proces zdravstvene nege, je bila zdravstvena nega organizirana okrog bolezni, proces zdravstvene nege pa je bil kot okostnjak brez obleke.

V naslednjih štiridesetih letih so bile objavljene teorije zdravstvene nege. Ta ogrodja so zagotovila konceptualno osrediščenje za proces zdravstvene nege in obleko za okostnjak. Ogrodja so omogočila premik podarka pri ocenjevanju od problemov v zvezi z boleznijo na zdravstveno nego samo. Bolezen je postala dejavnik konteksta. Pomemben dodaten vpliv na razvoj dogodkov je bil ta, da so medicinske sestre dobile določeno poklicno avtonomijo v drugi svetovni vojni in na začetku povojnega obdobja.

Organizacija za klasifikacijo

To je bil družbeni in poklicni kontekst, v katerem sta dva oddelka Univerze v St. Louisu leta 1973 organizirala prvo nacionalno konferenco o klasifikaciji negovalnih diagnoz. Mary Ann Lavin, klinična specialistka za kardialno zdravstveno nego, in Kristine Gebbie, specialistka psihiatrične zdravstvene nege, sta navedli dve vrsti razlogov za organizacijo konference: kompjuterizacija kliničnih evidenc v Univerzitetni bolnišnici ter vloga medicinskih sester v ambulantni zdravstveni negi. Medicinska terminologija (*Mednarodna klasifikacija bolezni*) ter terminologija *Diagnostičnega in statističnega priročnika za duševne motnje* medicinskim sestram nista omogočala, da bi opisale pomembne pojave v zdravstveni negi svojim kolegicam za potrebe kontinuirane zdravstvene nege, upravnikom medicinske sestre niso mogle opisati svojega dela, prav tako ne zdravnikom, s katerimi so sodelovale. To in uvedba kompjuteriziranih kartotek o pacientih sta bili spodbudi za začetek oblikovanja klasifikacije v Severni Ameriki.

Namen prve konference je bil identificirati in klasificirati stanja, ki jih diagnosticirajo in obravnavajo medicinske sestre. Z navodili za identifikacijo diagnoz je bilo vsaki delovni skupini na konferenci dodeljeno eno tematsko področje z biomedicinskih sistemov (npr. renalno, kardiovaskularno, pulmonalno). Rezultati te konference so bili:

1. abecedni seznam 119 diagnoz različnih ravni abstrakcije in natančnosti ter
2. oblikovanje nacionalne skupine za klasifikacijo, ki nadaljuje z organizacijo dela.

V čast mi je bilo, da sem predsedovala tej delovni skupini. Načrtovali smo dvoletne konference, posredovali informacije o klasifikaciji, urejali publikacije, služili kot informacijski vir s pomočjo pisarne, ki nam jo je priskrbelo Univerza iz St. Louisa, ter prosili delodajalce za denar, da smo pokrili stroške naših srečanj. Iz te delovne skupine se je leta 1982 oblikovala Severnoameriška zveza za negovalne diagnoze (NANDA) kot neodvisna skupina ameriških in kanadskih medicinskih sester. Kasneje v osemdesetih letih so se zvezi pridružile naše evropske in azijske kolegice, ki so sodelovale pri delu v zvezi s klasifikacijo. Kot pri vseh neodvisnih organizacijah je bilo zbiranje denarja stalen problem, tako da je delo potekalo počasneje, kot pa smo si želele. Zdaj so klasifikacijske konference organizirane vsake dve leti, štirinajsta konferenca je potekala aprila 2000. Petnajsta konferenca pa bo v Chicagu v državi Illinois od 11. do 13. aprila 2002. Ena od pomembnih nasledkov začetnega dela je prvenstveni poudarek na diagnozah kot konceptih v nastajajoči znanosti zdravstvene nege, ne pa zgolj besedne etikete za sistem kodiranja. Danes se diagnoze razvijajo z definicijami, opredeljujočimi značilnostmi in etiološkimi ali z njimi povezanimi dejavniki.

Klasifikacijski sistem

Klasifikacija se je začela z abecednim seznamom 49. diagnoz leta 1982, trenutno pa je hierarhična ureditev več kot 150 diagnoz (*taksonomija ali klasifikacijski sistem je sistematična, hierarhična ureditev povezanih pojavov v skupine ali razrede, ki temelji na njihovih značilnostih*). Leta 1977 je dr. Callista Roy, članica nacionalne skupine, predlagala srečanje vseh ameriških teoretikov zdravstvene nege, na katerem bi razvili organizacijsko načelo, ki bi bilo zasnovano na diagnozah. Rezultat tega je bila klasifikacija iz leta 1982, ki je odsevala vzorce unitarnega človeka. V tem primeru so vzorci unitarnega človeka predstavljali princip organizacijskega načela. Devet vzorcev za organizacijo diagnoz: izmenjavanje, komuniciranje, poročanje, izbiranje, vrednotenje, premikanje, zaznavanje, védenje in čutenje.

Leta 1984 je bilo organizacijsko načelo preimenovalo v vzorce človeškega odzivanja; diagnoze so se organizirale pod istimi devetimi vzorci ter definirale kot vzorci človeških odzivov. Klasifikacija je ostala enaka šestnajst let, diagnoze pa so se dodajale na konferencah, ki so bile organizirane vsaki dve leti. Veliko medicinskih sester je izrazilo mnenje, da devet vzorcev človeških odzivov klinično ni uporabil. Leta 2000 je Komite za klasifikacijo predstavil nov okvir klasifikacije, ki je bil v nekaterih vidikih podoben Funkci-

onalnim zdravstvenim vzorcem (Gordon, 2000), ki se uporabljajo v številnih kliničnih in izobraževalnih okoljih, odkar so bili objavljeni leta 1982. Zdajšnje diagnoze so bile klasificirane v nov klasifikacijski sistem in si jih lahko ogledate v Dodatku 1.

Čeprav veliko izrazov zveni enako, obstajajo jasne razlike med strukturo Klasifikacije II in topologijo Funkcionalnih zdravstvenih vzorcev. Klasifikacija se uporablja za razvoj in klasifikacijo negovalnih diagnoz. Funkcionalni zdravstveni vzorci so bili oblikovani kot okvir za klinično ocenjevanje s skupinami negovalnih diagnoz, ki bi olajšale diagnostično presojo. NANDA ne uporablja besede vzorci; to je pomemben konceptualni vidik Funkcionalnih zdravstvenih vzorcev (FZV). Vseh enajst FZV predstavljajo človeški funkcionalni vzorci; vse razsežnosti in diagnoze posameznega vzorca pa so podvrste tega vzorca. Termini so navidez podobni, vendar so definicije različne, tako so tudi klasifikacije diagnoz različne. Spanje in dejavnost sta kombinirani, tako da predstavljata največji skuppek diagnoz v klasifikaciji. Udobje in varnost sta področji v klasifikaciji; prvo predstavlja podvrsto kognitivnega – zaznavnega vzorca, drugo pa vzorca zaznavanja zdravja–upravljanja z zdravjem. Rast in razvoj je področje v klasifikaciji in povezava vseh Funkcionalnih zdravstvenih vzorcev. Vzorci so pojavi, za katere se zanima zdravstvena nega in ki se razvijajo skozi vse življenje, na vsakega pa vplivata kultura in okolje (narava in vzgoja).

Razvoj diagnoz

V zadnjih osemindvajsetih letih ni prišlo do spremembe v načinu sprejemanja diagnoz, vendar pa so bila pojasnjena merila za predložitev. Diagnoze predložijo posamezne medicinske sestre ali skupine razvijalcev, na primer skupina NDEC (Nursing Diagnosis Extension and Classification). Komponente diagnoz se preveri glede konsistentnosti z definicijo diagnoze NANDA, pregleda se tudi jasnost in veljavnost. Komponente vključujejo naslov, definicijo, opredeljujoče lastnosti, povezane dejavnike in novo komponento, ki prej ni bila vključena, skupine z visokim tveganjem.

Zgodovinsko gledano, se je metoda potrjevanja diagnoz, ki se dodajo klasifikaciji, spremenila. Kot smo že opisali, so prve diagnoze, ki so bile oblikovane na prvi konferenci, opisovale stanja, za katera so udeleženske povedale, da so jih diagnosticirale in obravnavale v svoji praksi. Več kot polovica udeleženk je delovala v klinični praksi. Na kasnejših konferencah se je predložilo in razdelilo diagnoze; udeleženske pa so o njih glasovale.

Za NAND-o je bilo pomembno, da so imele udeleženske, ki so glasovale, zelo različne ravni strokovnega znanja o posamezni diagnozi. V devetdesetih letih je bil postopek spremenjen in je diagnoze najprej obravnaval Komite za pregledovanje diagnoz (Diagnosis Review Committee – DRC), ki jih je nato predstavljal na

Sl. 1-1. Področja in razredi Klasifikacije II.

Promocija zdravja	Prehranjevanje	Izločanje počitek	Aktivnosti / razumevanje	Zaznavanje	Samozaznavanje	
Zavedanje zdravja	Zaužitje hrane	Sečni sistem	Spanje/ počitek	Pozornost	Samopojmovanje	
Upravljanje z zdravjem	Prebava	Gastrointestinalni sistem	Dejavnost/ vadba	Orientacija	Samozavest	
	Absorbicija	Kožni sistem	Energetsko ravnotežje	Občutja/ zaznava	Podoba telesa	
	Presnova	Pulmonalni Sistem	Kardiovaskularni – pulmonalni odzivi	Razumevanje		
	Hidracija			Komunikacija		
Odnosi med vlogami	Spolnost	Obvladovanje/ odpornost na stres	Življenjska	Varnost/ načela	Udobje zaščita	Rast/ razvoj
Vloge negovanja	Spolna identiteta	Potravmatski odzivi	Vrednote	Okužba	Fizično udobje	Rast
Družinski odnosi	Spolna funkcija	Odzivi obvladovanja	Prepričanja	Telesna poškodba	Okoljsko udobje	Razvoj
Uspešnost v vlogah	Reprodukcija	Nevro-vedenjski stres	Skladnost vrednot/prepričan/ dejanj	Nasilje	Socialno udobje	
				Okoljska tveganja		
				Obrambni procesi		
				Termoregulacija		

forumih v času konferenc. DRC je sodeloval s specializiranimi organizacijami (npr. AACN, RNF, AORN) pri pregledovanju diagnoz, preden so predane na forum. Ocenijo se predloge različnih pregledovalnih skupin, končno recenzijo pa opravi svet direktorjev NANDA. NANDA meni, da je pregled diagnoz bistvenega pomena; poudarja jasnost, jedrnatost in veljavnost komponent.

Cilji klasifikacije

Splošni cilj klasifikacije NANDA je zagotoviti celosten klasifikacijski sistem negovalnih diagnoz za prakso zdravstvene nege (Avant, 2000). To medicinskim sestram zagotavlja standardiziran jezik za mišljenje, dokumentiranje in kompjuterizacijo. Klasifikacija NANDA je v praksi uporabna z Mednarodno klasifikacijo bolezni ali z Diagnostičnim in statističnim priročnikom za duševne motnje. Razmeroma nov cilj je razviti sodelovalno zvezo NNN (NANDA, NIC, NOC). Konferenca aprila 2002 bo prikazala to skupno delo, ki pa bo tudi ločeno po konferencah o diagnozah, intervencijah in rezultatih. Evropa pa se je lotila združevanja teh treh sistemov, kar je, če pogledamo nazaj, najboljši način.

Pred kratkim je prišlo do prizadevanj, da bi se olajšala uporaba diagnostične klasifikacije s pomočjo razvijalcev informacijskih sistemov. V ta namen se objavlja strukturo kod (ki je v skladu s priporočili Nacionalne medicinske knjižnice glede kod terminologije zdravstvenega varstva), diagnostični termini pa so bili spremenjeni zaradi pojasnitve konceptov za kompu-

terizacijo (NANDA, 2000). Drug trenutni smoter je sodelovati pri združevanju medicinskih in negovalnih diagnoz v okviru Standardizirane nomenklature v medicini (SNOMED – Standard Nomenclature of Medicine).

Diagnostični klasifikacijski sistem NANDA

Struktura in organizacija

Trenutna klasifikacijska struktura (2000) je večinski okvir, ki razvijalcem omogoča identificirati vrzeli v diagnozah. Kot je navedeno v NANDA: »Znanstveniki, informatiki in upravljalci podatkovnih zbirk so prvenstveni uporabniki dejanskih klasifikacijskih struktur. Kliniki le redko uporabljajo klasifikacijsko strukturo, razen ko navajajo vire« (NANDA, 2000, str. 212).

Potrebno je nadaljnje delo, da se razvije OS 4, starost, v večinskem okviru (gl. Tab. 1-1). Lahko domnevamo, da se veliko diagnoz manifestira različno pri odraslih, otrocih in ostarelih.

Kot je razvidno na naslednji tabeli, obstaja trinajst področij in šestinštirideset razredov. Razredi se uporabljajo za grupiranje obstoječih diagnoz.

Konceptualni elementi

Pri oblikovanju Klasifikacije II je bila pozornost posvečena zahtevam glede standardizacije in doslednosti z najnovejšim delom v informatiki in razvoju jezika zdravstvenega varstva. Veliko komentarjev v na-

Tab. 1-1. *Osi klasifikacije Nanda.*

Os Dimenzija	
1	Diagnostični koncept
2	Čas (od akutno do kronično, kratkoročno, dolgoročno)
3	Enota obravnave (posameznik, družina, lokalna skupnost, ciljna skupina)
4	Starost (od zarodka so ostarelosti)
5	Zdravstveno stanje (dejansko, tveganja, priložnosti ali možnosti za rast/izboljšanje)
6	Deskriptor (omejuje ali specifikira pomen diagnostičnega koncepta)
7	Topologija (deli/področja telesa)

(Vir: North American Nursing Diagnosis Association [2000]; NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications, 2001–2002. Philadelphia: Avtorica, str. 213)

daljevanju se nanaša na konceptualno vprašanja razvoja klasifikacije z določenim poudarkom na strukturi in obliki.

Pregled, ki ga je opravila Blockendova, odkriva, da je večina področij in razredov v Klasifikaciji II manj abstraktnih od prejšnjih devetih Vzorcev človeškega odzivanja. Zaradi tega bo klasifikacijo lažje preizkusiti v kliničnih okoljih. Dodatna splošna značilnost je ta, da so področja in razredi definirani v pozitivnih terminih – definirani so kot zdravstvena stanja ali procesi. Izjema so vloge in odnosi.

Področja

Klasifikacija II je bila predstavljena leta 2000 na štirinajsti konferenci NANDA. Razvil jo je Komite za klasifikacijo NANDA v zadnjih šestih letih (NANDA, 2000, str. 214–15).

Najprej se lotimo prve in najbolj abstraktne ravni klasifikacije – področij. Trinajst področij so osnovni organizatorji v Klasifikaciji II. Definicije področij so naslednje:

1. **Promocija zdravja.** Zavedanje dobrega stanja ali normalnosti funkcije in strategije za vzdrževanje nadzora ter omogočanje dobrega stanja ali normalnosti funkcije.
2. **Prehranjevanje.** Dejavnosti zaužitja, asimiliranja in uporabe hranil z namenom vzdrževanja tkiva, obnavljanja tkiva in proizvodnje energije.
3. **Izločanje.** Izločanje in iztrebljanje odpadnih snovi iz telesa.
4. **Aktivnost/počitek.** Proizvodnja, shranjevanje, poraba ali uravnoteženje energetskih virov.
5. **Zaznavanje/razumevanje.** Človeški sistem za obdelavo informacij, ki vključuje pozornost, orientacijo, občutja, zaznavo, spoznavo in komunikacijo.
6. **Samozaznavanje.** Zavedanje samega sebe.
7. **Odnosi med vlogami.** Pozitivni in negativni stiki ali povezanost med osebami ali skupinami oseb ter sredstva, prek katerih se kažejo ti stiki.

8. **Spolnost.** Spolna identiteta, spolna funkcija in razmnoževanje.
9. **Obvladovanje/odpornost na stres.** Soočanje z dogodki/procesi v življenju.
10. **Življenjska načela.** Načela, ki določajo odločitve, mišljenje in vedenje v zvezi z dejanji, običaji ali institucijami, če jih dojemamo kot resnične ali jim pripisujemo inherentno vrednost.
11. **Varnost/zaščita.** Odsotnost nevarnosti, fizične poškodbe ali poškodbe imunskega sistema, obvarovanje pred izgubo in varovanje varnosti in brezskrbnosti.
12. **Udobje.** Občutje duševne, telesne ali družbene blaginje ali brezskrbnosti.
13. **Rast/razvoj.** Starosti primerno povečanje fizičnih dimenzij, sistema organov, in/ali doseganje razvojnih mejnikov v določenih letih.
(NANDA, 2000, str. 221–232).

V klasifikacijah je običajno abstrakten koncept, ki določa, kaj je v sistemu. Ta abstraktni koncept je tisto, kar povezuje vse razrede in diagnoze. Karkoli se vnese v klasifikacijo, postane »vrsta« tega koncepta. Pomaranče, hruške in banane na primer spadajo v skupino sadje, ker gre za različne vrste sadja. Skupna jim je vsaj ena značilnost – so sadeži. Diagnostični in statistični priročnik vsebuje več psihiatričnih stanj. Stanja povezuje abstraktni koncept – duševna motnja. Če se vprašamo, kaj klasificira sistem, dobimo odgovor »duševne motnje«. Dodatni primer klasifikacije so medicinske sestre, zdravniki, socialni delavci in drugi terapevti kot primeri ali vrste izvajalcev zdravstvenega varstva.

Kaj klasificira klasifikacija NANDA? Nima konceptualnega fokusa, kot so vzorci *človeškega odzivanja*, ki so se uporabljali v prejšnji klasifikaciji. Če rečemo samo to, da gre za negovalne diagnoze, je to v nasprotju z dejstvom, da gre za koncepte, ki opisujejo pacientova stanja in ne zdravstvene nege.

V razpravi o oseh v priročniku NANDA se izraz človeški odziv nanaša na diagnostični koncept in na negovalne diagnoze (NANDA, 2000, str. 220). Tako so človeški odzivi lahko navedeni organizacijski princip. To bi se skladalo z ubeseditvijo, ki se uporablja na večini področij. Definicije napeljujejo na misel, da nekatera področja opisujejo procese, pri drugih pa gre za koncepte v zvezi s stanjem osebe (gl. zgoraj). V večini primerov definicije opisujejo področje, vendar vodijo do več osrediščenj – procesov, sistemov, odzivov, funkcij itn. Področji 1 in 12 lahko ponovno pregledamo. Področje 1, promocija zdravja, je definirana kot »Zavedanje dobrega stanja ali normalnosti funkcije...«; področje 12, udobje, pa kot »Občutje blaginje ali brezskrbnosti« (NANDA, 2000, str. 221 in 231). »Občutenje« in »zavedanje« sta si podobna. Diagnoze iz področja 12, udobje (bolečina, slabost in socialna izoliranost), so lahko klasificirane na drugih področjih.

Če na trinajst področij gledamo kot na človeške odzive (ali bolje – vzorce človeškega odzivanja), potem

bi lahko rekli, da je vsak človeški odziv izraz kulture in rasti/razvoja. Primer: prehranjevanje, področje 2, in odnosi med vlogami, področje 7, sta izraza teh dejavnikov. Zakaj sta rast in razvoj ločeni področji? Podobno je varnost/zaščita, področje 11, vidik upravljanja z zdravjem, ki je pod promocijo zdravja, področjem 1; ali obstaja potreba po tem področju? Vključuje nasilje, razred 3, pa gre v tem primeru vrsto vloge/odnosa, področje 7? Poleg tega se ime življenjskih načel, področje 10, navidez ne ujema s termini drugih področij ali z nekaterimi drugimi diagnozami. O tem in o nekaterih drugih diagnozah v razredu 3 na področju 7 je prav tako treba začeti razpravo.

Ti problemi so navedeni za ponazoritev vprašanj, ki jih lahko postavite ob konceptualnem pregledu Klasifikacije II. To je namen objave gradiva na tej stopnji razvoja. Kot pri večini gradiva NANDA, se medicinske sestre spodbujajo, da pošljejo svoje komentarje in kritike v urad NANDA.

Razredi

Šestindvajset razredov predstavlja nižjo raven abstrakcije in niz konceptov za grupiranje potrjenih negovalnih diagnoz. Definicije vseh razredov si lahko ogledate v Dodatku 1.

Definicije razredov so, tako kot področja, podane s pozitivnimi izrazi (izjeme so razredi na področju 11). Vendar se večina diagnoz izraža kot problemi, ne pa kot pripravljenost na izboljšanje. Na ta način se definicije na prvi pogled ne ujemajo z diagnostičnimi naslovi. Ko pregledujemo skladnost med razredom in diagnozo, moramo v mislih storiti premik od zdravstvenega stanja do problema. Običajno na diagnoze gledamo kot na »vrste« razredov. Definicija klasifikacije, ki jo uporablja NANDA, je »Klasifikacija glede na domnevno naravno zvezo med vrstami in njihovimi podvrstami« (Ameriška zveza medicinskih sester, 1999); (NANDA, 2000, str. 246). Pomaranče so na primer »vrsta« sadja. Definiciji sadja in pomaranče se skladata, ni nam potrebno storiti miselnega premika. Primer v Klasifikaciji II je področje 10, skladnost vrednot/prepričanj/dejanj, področje deset, razred 3. Definicija je »ustreznost ali ravnotežje, doseženo med vrednotami, prepričanji in dejanji«. Diagnoze morajo biti »vrste« razreda in njegova definicija, podobno kot v primeru pomaranče in sadja. Dejanska duhovna stiska in možnost takšne stiske, pripravljenost za večjo duhovno blaginjo, konflikt odločitev in zavračanje so diagnoze v razredu 3. Morda je rešitev ta, da se *doda* stavek k definicijam področij in razredov, tako da se bodo skladale diagnoze, ki so osredičene na probleme in definicije.

Negovalne diagnoze

Medtem ko informatike in statistike/administratorje morda zanimajo bolj abstraktne ravni klasifikacije, pa so za klinike najpomembnejše diagnoze, jezik, ki

se uporablja v praksi. Klasifikacija II je bila predstavljena leta 2000, od takrat je bilo storjenih več sprememb (1) za prilagajanje novim mednarodnim/nacionalnim standardom, ki so povezani s kompjuterizacijo, in (2) za jezikovne izboljšave (NANDA, 2000).

Kot je razvidno iz Priloge 1, so diagnostični koncepti navedeni pod vsakim razredom, levo od potrjenih diagnoz. To so nevtralni koncepti, ki se uporabljajo v večosnem sistemu (Razprava o uporabi večosnega okvira je v dokumentu *NANDA 2001-2002*, NANDA, 2000, str. 220).

Pomanjkanje znanja je diagnoza, ki je bila spremenjena v pomanjkljivo znanje. Znanje je koncept; pomanjkanje je spremenjeno v pridevnik, ki zaznamuje vrsto ali obliko znanja. Čeprav mnogi ne marajo besede pomanjkanje (*deficit*), je v angleščini težko najti besedo, ki bi zaznamovala isto idejo. Druga sprememba za izboljšanje jasnosti je bila opustitev besede »spremenjen«. Spremenjen ne specificira smeri. Uporaba besede »poslabšan« namesto spremenjen predstavlja izboljšavo. Beseda spremenjen je postala preveč pogosto uporabljena na ravni diagnoze.

Treba pa je povedati, da potrebujemo raziskovanje, s katerim se bo izboljšala natančnost nekaterih diagnoz, ki vsebujejo besede »spremenjen/poslabšan« ter »moten«. Primeri so moteni miselni procesi, poslabšano starševstvo ter poslabšana celost kože. Te diagnoze so preveč široke, da bi dovoljevale premislek o posegih. Za kakšno motnjo ali poslabšanje gre? To je vprašanje.

Zanimiva bi bila razprava o mišljenju, ki stoji za odnosi med diagnozo, razredom in področjem. Neučinkovito čiščenje dihalnih poti je na primer klasificirano kot (1) vrsta telesne poškodbe ali rane (telesna poškodba, razred 2) in kot (2) vrsta varnosti/zaščite (varnost/zaščita, področje 11) (gl. Dodatek 1).

NANDA je od svojega nastanka poudarjala razvijanje konceptov, ne samo besedno naslavljanje. Predlagatelji diagnoz za klasifikacijo morajo predložiti dopolnilno recenzijo in diagnostično poimenovanje, definicijo, opredeljujoče značilnosti in povezane dejavnike. Pred kratkim je odbor NANDA k temu nizu komponent dodal skupine prebivalstva z visokim tveganjem, vendar to delo še ni dokončano. Diagnoze so lahko več kot samo kodirni sistem; lahko so osredičene razvoja teorije srednjega dosega ter predstavljajo temelje znanosti zdravstvene nege. Veliko je še treba narediti – zaradi tega je delo z diagnozami tako zanimivo.

Praktična uporaba

Klasifikacija je uporabna v praksi, izobraževanju, raziskovanju in pri informacijskih sistemih.

Razvoj klinične znanosti

Nastajajoče klasifikacije diagnoz, intervencij in rezultatov zagotavljajo temelje klinične znanosti zdravstvene nege. Zdaj je potrebno raziskovanje in razvoj

teorije srednjega dosega o teh treh nizih konceptov in njihovih povezavah.

Raziskovanje

Koncepti diagnoz, intervencij in rezultatov zagotavljajo usmerjanje v klinično raziskovanje. Če so negovalne diagnoze temelji znanosti zdravstvene nege, morajo potem predstavljati osrednje področje zanimanja kliničnih študij, kot so kritične lastnosti diagnoze, skupni prispevajoči dejavniki in obravnava ter rezultati pogostih prioritarnih diagnoz.

Velik del problemov pri klasifikaciji, ki smo jih obravnavali v prejšnjem razdelku, se pojavlja zaradi pomanjkanja raziskav o diagnostičnih konceptih. Vse od leta 1973 je na primer poslabšano starševstvo širok, neprecizen koncept, ki v klinični praksi ni uporaben. Trenutna popularnost teorije srednjega dosega in razvijanja konceptov je mogoče uporabiti za preučevanje negovalnih diagnoz. Delo Lucasa Jana Tiesinga o utrujenosti je primer dela, ki ga je treba opraviti z vsako diagnozo (Tiesinga, 1999).

Pri raziskovanju je prišlo do resnega zaostanka. Izobraževalci bi lažje pripravili diagnostike, če bi obstajali raziskovalni programi za vsako diagnostično kategorijo, diagnostično sodbo in intervencije ter rezultati, ki so specifični za posamezne diagnoze. Ko bo zbrano znanje o vsakem diagnostičnem konceptu (kot tudi o zdravljenju in preventivi), bodo imele medicinske sestre na razpolago bolj veljavne, zanesljive in natančne diagnostične kategorije, s katerimi bodo usmerjale svoje posege. Zaenkrat je prezgodaj, da bi komentirali veljavnost klasifikacijske strukture.

Izobraževanje

Pri izobraževanju je diagnostična raven klasifikacije NANDA uporabna pri odgovorih na vprašanja, kot je: Katere so bistvene diagnoze, ki jih morajo biti sposobni določiti in v skladu z njimi obravnavati vsi študentje pred diplomom? Z drugimi besedami: Kaj so pogosti problemi in kje v učnem načrtu se poučujejo? V knjigi z definicijami in klasifikacijami NANDA so navedeni 104 koncepti (NANDA, 2000, str. 216–217). Nekateri izrazi na ravni 1 in 2 klasifikacije NANDA so znani, zato ker so podobni popularnemu organizacijskemu okviru, funkcionalnim zdravstvenim vzorcem, ki se pogosto uporabljajo kot okvir.

Praksa

V praksi se raven diagnoze uporablja za identificiranje pacientovih problemov in kot osredotočenje za odločitve o negovalnih intervencijah/načrtovanih rezultatih/ovrednotenju. V diagnostični izjavi je problem, ki ga opisuje negovalna diagnoza, osnovno osredotočenje za načrtovanje rezultatov, etiološki ali povezan dejavnik pa je osnova za intervencijo. K sekundarnim

dejavnikom spadajo posamezni specifični kontekst pacientove situacije. Pri diagnostični presoji so ključnega pomena opredeljujoče značilnosti, ki zagotavljajo točnost in zanesljivost.

Veljavnost negovalnih diagnoz se povečuje s procesom pregledovanja, ki ga uporablja NANDA. To je opisano v razdelku o razvoju diagnoz v knjigi z definicijami in klasifikacijami NANDA (NANDA, 2000, str. 239).

Zanesljivost diagnoz zahteva klinične študije specifičnosti in senzitivnosti. Trenutno je treba uporabiti strokovno mnenje, če hočemo identificirati dve ali tri lastnosti, ki so diagnostične za vsako stanje. V večini primerov so diagnoze s tridesetimi ali več značilnosti (npr. neučinkovito izvajanje vlog [30], str. 149; poslabšano starševstvo [33], str. 131; neučinkoviti družinski procesi: alkoholizem [94], str. 75–77) tako obsežne zaradi preveč zagnanih predlagateljev ali neustrežne analize koncepta. Nujno je identificirati vnesene kategorije, ki lahko sprožijo intervencije (NANDA, 2000). Za prakso in izobraževanje je identifikacija kritičnih opredeljujočih lastnosti trenutno najbrž najvišja prioriteta pri raziskovanju in razvoju.

Zdravstvena statistika in politika zdravstvenega varstva

Klasifikacija NANDA je uporabna za zdravstvene statistike. Preiskovalci so jo uporabljali v ta namen (npr. Rantz in Miller, 1987). Statistike o problemih, ki jih obravnavajo medicinske sestre, bi lahko dobili brez težav, če bi nam uspelo prepričati medicinske sestre v praksi, da dokumentirajo diagnoze, s katerimi se ukvarjajo. Ker se v skoraj vseh državah prebivalstvo stara, bo treba imeti bolj natančne statistike, ki bodo v pomoč pri zdravstvenem načrtovanju. Negovalne diagnoze na primer zagotavljajo informacije o funkcionalnih problemih, ki dajo bolj natančno sliko kot pa statistični podatki o artritisu. Koliko od 10.000 primerov artritisa ima raven 3 poslabšane mobilnosti in pomanjkanja samooskrbe? Odgovor bi pomagal pri nacionalnem in lokalnem načrtovanju materialnih in človeških virov v zdravstvenem varstvu. Seveda bi imeli več zupanja v statistična dognanja, če bi diagnoze imele raziskovalno osnovo in če bi ocenjevanje uspešnosti medicinskih sester zagotavljalo diagnostične veščine.

Ena od vladnih politik, na katero želi vplivati Ameriška zveza medicinskih sester, je plačevanje medicinskih sester za zdravstveno nego. Vendar do tega ne bo nikoli prišlo, če se ne bo zagotovilo kakovostnih rezultatov. Klasifikacija NANDA zagotavlja diagnoze, ki so potrebne, da se opraviči intervencije in podpre sodbo o spremembah v zdravstvenem stanju po intervenciji (rezultati). Povezana uporaba diagnoz v klasifikaciji bi bila politika klasifikacije pacientov na temelju diagnoz za zdravstveno nego kot stroškovno mesto ter za namene zaposlovanja. Večkrat je bilo rečeno, da bi negovalne diagnoze, medicinske diagnoze

ter dejavnik jasnosti dali najboljšo oceno stroškov. Če bi v celoti uvedli negovalno diagnozo in uspeli opravičiti potrebe po zaposlovanju na takšnem temelju, bi v zadnjih letih morda ne utrpeli takšnih padcev v številu zaposlenih in zmanjšanja proračunskih sredstev. *Intervencije so osnova za vrednotenje učinkov zdravstvene nege po stroških, vendar pa diagnoze opravičujejo stroške.*

Razlike: Klasifikacija NANDA II in drugi sistemi

V nadaljevanju navajamo razlike med Klasifikacijo NANDA II in drugimi diagnostičnimi sistemi:

1. Doseg sistema je večji zaradi večjega števila negovalnih diagnoz. Ker so bile diagnoze NANDA razvite prve, morda tudi drugi sistemi vsebujejo veliko diagnoz NANDA. Celo pri sistemih, ki so zasnovani na kliničnih študijah, je težko najti strokovnjake, ki še niso slišali za izraze NANDA, tako da se prekrivajo.
2. Diagnoze v sistemu NANDA so diagnostični koncepti z definicijami, opredeljujočimi značilnostmi in povezanimi dejavniki. Gre za kodirni sistem, vendar tudi za razvijajoč se konceptualni sistem. Obstajajo natančne smernice za potrjevanje diagnoz, ki vključujejo dopolnilne preglede strokovne literature. Štiri povsem različne skupine pregledujejo predloge za diagnoze (komite za pregledovanje diagnoz, specialistična skupina, odbor NANDA, forumi članstva). Poleg tega diagnoze, ki so predložene, razvijajo in pregledujejo medicinske sestre v Združenih državah, Kanadi in Evropi. Drugi sistemi nimajo tako dovršenega ali reprezentativnega sistema za potrjevanje diagnoz. Obstaja tudi proces za brisanje/opuščanje diagnoze.
3. NANDA je organizacija s članstvom, ki voli predstavnike in svet direktorjev. Člani imajo besedo pri organizaciji in procesu potrjevanja. Po opisu v strokovni literaturi so drugi sistemi, ki klasificirajo diagnoze, proizvod nekaj posameznikov in raziskovalne študije.
4. Hierarhični klasifikacijski sistem v Klasifikaciji NANDA II je bolj dovršen kot drugi diagnostični sistemi. Konceptualnega sistema se loteva z nadaljnjim razvojem.
5. NANDA sodeluje z različnimi skupinami informatikov, posebej z razvijalci referenčne terminologije SNOMED v zvezi s celostnim sistemom, ki je združljiv z razvijajočimi se standardi HL-7.

Usmeritve in pričakovanja za prihodnost

Za naslednje štiri usmeritve menim, da so pomembne:

1. **Spremembe v sistemu zdravstvenega varstva.** Prišlo je na primer do premika od bolnišnične do

ambulantne in patronažne zdravstvene nege. Te spremembe vključujejo enodnevne kirurške posege in zgodnji odpust. Pomembno je, da se razvije diagnoze, ki se pogosto pojavljajo v okoljih skupnosti, na primer diagnoze, ki so osnovnega pomena za zdravstveno poučevanje, kot so znanje, razumevanje in uporaba znanja o zdravstvenem varstvu.

2. **Demografske spremembe v populacijah pacientov.** V večini držav se prebivalstvo stara. Bodoča prizadevanja se bodo morala lotiti uporabnosti naših diagnostičnih kategorij za to populacijo. Kaj so stanja z visokim tveganjem? So identificirana? Kateri so problemi pacientov, ki so značilni za to populacijo? Morda je NANDA nekatere od njih že prepoznala.
3. **Razvoj znanosti zdravstvene nege s poudarkom na teoriji srednjega dosega.** Po pričakovanjih bo znanost zdravstvene nege proizvedla znanje za reševanje problemov – znanje, ki se ga lahko uporabi za reševanje problemov, s katerimi se srečujemo v praksi. Veljavne in zanesljive povezave med diagnozo, intervencijami in rezultatom so temelji znanosti zdravstvene nege.
4. **Kompjuterizacija kliničnih evidenc.** Kompjuterizacija kliničnih evidenc je nedvomno stvar, ki bo oblikovala prakso v tem stoletju in v naslednjem. Pomembno je, da smo razvili diagnoze, s katerimi bomo posodobili naslednjo generacijo računalnikov. Prav tako bodo pomembne zadostno razvite diagnoze, ki se lahko vključijo v mednarodno klasifikacijo SZO.

Potem, ko sem sodelovala na prvi delavnici, pričakujem, da bomo na konferenci NNN leta 2002 dobili abstraktni organizacijski okvir za klasifikacije NANDA, NIC in NOC. V ta namen je bila oblikovana spletna stran NANDA LINKS, kjer se sproti analizira koncepte in izvaja raziskave. Cilj je povečati doseg in razumljivost jezika zdravstvene nege, obenem pa povečujejo kulturno specifičnost (Lavin, 2001).

Klasifikacija se je razvila iz abecednega seznama iz leta 1973 v konceptualni klasifikacijski sistem. Ker je bila objavljena šele pred kratkim, še ni bilo priložnosti za povratne informacije ali raziskave v zvezi s strukturo klasifikacije. Natančnost diagnoz se nenehno izboljšuje, vendar je treba opraviti še veliko dela. Pričakujemo, da bo zdajšnje zanimanje za teorijo srednjega dosega in razvoj konceptov povečalo obseg kliničnih študij o negovalnih diagnozah. V bistvu moramo priznati, da je v zadnjih tridesetih letih prišlo do ogromnega napredka v razvoju jezika zdravstvene nege.

Primerjava: Klasifikacija NANDA II in razredi ter funkcionalni zdravstveni vzorci in dimenzije

Področje 1: Promocija zdravja: Zavedanje dobrega stanja ali normalnosti funkcije in strategije za vzdrže-

vanje nadzora ter omogočanje dobrega stanja ali normalnosti funkcije.

Razred 1. Zavedanje zdravja

Razred 2. Upravljanje z zdravjem

Vzorec 1: Vzorec zaznavanja zdravja – upravljanja z zdravjem

Razsežnosti: zaznavanje zdravja, upravljanje z zdravjem

Področje 2: Prehranjevanje: Dejavnosti zaužitja, asimiliranja in uporabe hranil z namenom vzdrževanja tkiva, obnavljanja tkiva in proizvodnje energije.

Razred 1. Zaužitje

Razred 2. Prebava

Razred 3. Absorpcija

Razred 4. Presnova

Razred 5. Hidracija

Vzorec 2: Vzorec prehranjevanja in presnavljanja

Razsežnosti: prehrana, presnova

Področje 3 – Izločanje: Izločanje odpadnih snovi iz telesa.

Razred 1. Urinski sistem

Razred 2. Gastrointestinalni sistem

Razred 3. Kožni sistem

Razred 4. Pulmonalni sistem

Vzorec 3: Vzorec izločanja

Razsežnosti: črevesje, mehur, koža

Področje 4 – Aktivnost/počitek: Proizvodnja, shranjevanje, poraba ali uravnoteženje energetskih virov.

Razred 1. Spanje/počitek

Razred 2. Dejavnost/vadba

Razred 3. Energetsko ravnotežje

Razred 4. Kardiovaskularni/ pulmonalni odzivi

Vzorec 4: Vzorec Spanja-počitka

Dimenzije: spanje, počitek

Področje 5 – Zaznavanje/razumevanje: Človeški sistem za obdelavo informacij, ki vključuje pozornost, orientacijo, občutja, zaznavo, spoznavo in komunikacijo.

Razred 1. Pozornost

Razred 2: Orientacija

Razred 3. Občutje/zaznava

Razred 4. Razumevanje

Razred 5. Komunikacija

Vzorec 5: Kognitivni – zaznavni vzorec

Razsežnosti: senzorična – zaznavna, zavedanje – koncentracija, odločanje, spomin, presoja

Področje 6 – Samozaznavanje. Zavedanje sebe.

Razred 1. Samopojmovanje

Razred 2. Samozavest

Razred 3. Podoba telesa

Vzorec 6: Zaznavanje in koncept o samem sebi

Razsežnosti: Samozaznava (podoba, razpoloženje, identiteta), samopojmovanje (družbeni jaz, občutje lastne kompetentnosti, samospoštovanje)

Področje 7 – Odnosi med vlogami: Pozitivni in negativni stiki ali povezanosti med osebami ali skupinami oseb ter sredstva, preko katerih se kažejo ti stiki.

Razred 1. Vloge zagotavljanja zdravstvene nege

Razred 2. Družinski odnosi

Razred 3. Uspešnost v vlogah

Vzorec 7: Vzorec vlog-odnosov

Razsežnosti: vloge (družba, delo, družina), odnosi

Področje 8 – Spolnost. Spolna identiteta, spolna funkcija in razmnoževanje.

Razred 1. Spolna identiteta

Razred 2. Spolna funkcija

Razred 3. Reprodukcijska

Vzorec 8: Vzorec spolnosti – razmnoževanja

Razsežnosti: spolnost, razmnoževanje

Področje 9 – Obvladovanje/odpornost na stres. Soočanje z dogodki/procesi v življenju.

Razred 1. Potravmatski odzivi

Razred 2. Odzivi obvladovanja

Razred 3. Nevro-vedenjski stres

Vzorec 9: Vzorec obvladovanja – odpornosti na stres

Razsežnosti: obvladovanje, omrežje za pomoč, odpornost na stres

Področje 10 – Življenjska načela: Načela, ki določajo odločitve, mišljenje in vedenje v zvezi dejanji, običaji ali institucijami, če jih dojemamo kot resnične ali jim pripisujemo inherentno vrednost.

Razred 1. Vrednote

Razred 2. Prepričanja

Razred 3. skladnost vrednot/prepričanj/dejanj

Vzorec 10: Vzorec vrednot – prepričanj

Razsežnosti: vrednote (pripisana vrednost), prepričanja (vodilne odločitve in dejanja v zvezi z zdravjem)

Področje 11 – Varnost/zaščita. Odsotnost nevarnosti, fizične poškodbe ali poškodbe imunskega sistema, obvarovanje pred izgubo in varovanje varnosti in brezskrbnosti.

Razred 1. Okužba

Razred 2. Telesna poškodba

Razred 3. Nasilje

Razred 4. Okoljska tveganja

Razred 5. Obrambni procesi

Razred 6. Termoregulacija

Vključeno v dojemanje zdravja – upravljanje z zdravjem:**Področje 12 – Udobje.** Občutje duševne, telesne ali družbene dobrobiti ali lagodnosti.

Razred 1. Fizično udobje

Razred 2. Okoljsko udobje

Razred 3. Socialno udobje

Vključeno v kognitivni – zaznavni vzorec:**Področje 13 – Rast/razvoj.** Starosti primerno povečanje fizičnih dimenzij, sistema organov, in/ali doseganje razvojnih mejnikov v določenih letih

Razred 1. Rast

Razred 2. Razvoj

Enajst zdravstvenih vzorcev se razvije prek interakcije med pacientom in okoljem. Ločen vzorec ni po-

treben. Bistveni element zdravstvenih vzorcev je tudi kultura.

Viri

1. Avant, K. (2000). Uvod. V North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2001–2002. Philadelphia: Avtor.
2. Gordon, M. (2000). Manual of Nursing Diagnoses. St. Louis: Mosby.
3. Lavin, M. A. (2000). NANDA LINKS. V tisku. Naslov avtorja: lavinma@slu.edu
4. North American Nursing Diagnosis Association (2000). NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2001–2002. Philadelphia: Avtor.
5. Rantz, M., Miller, T. V. (1987). How diagnoses are changing in long term care. Am J Nursing 87: 360–361.
6. Tiesinga, L. J. (1999). Fatigue and Exertion fatigue. Groningen, Nizozemska: Doktorska disertacija, Univerza Groningem (ISBN 90-72156-70-6).

Prevedel Primož Trobevšek