



NANDA INTERNATIONAL



Leseprobe

Begleitband

PFLEGE- DIAGNOSEN

Definitionen und Klassifikation

2018–2020

Profiwissen und Praxisbeispiele

 RECOM

Inhalt

Vorwort	7
1. Was ist neu?	9
Änderung der allgemeinen Definition der Gesundheitsförderungsdiagnosen	9
Änderungen der Definitionen für Risikodiagnosen	10
Neue Kategorien für Daten, die Pflegediagnosen unterstützen	10
<i>Risikopopulationen</i>	12
<i>Assoziierte Bedingungen</i>	13
Angleichung der diagnostischen Indikatoren: beeinflussende Faktoren und Risikofaktoren.....	14
17 neue Pflegediagnosen	15
Überarbeitung von elf Pflegediagnosentiteln	16
Überarbeitung von 72 Pflegediagnosen	18
Entfernung von acht Pflegediagnosen.....	18
Standardisierung der diagnostischen Indikatoren	19
Hat NANDA-I die Taxonomie III angenommen?	20
2. Aktuelle Debatten und zukünftige Aktivitäten	21
Was ist die Evidenzbasis für die aktuellen Pflegediagnosen?	21
Kann ein Symptom eine Pflegediagnose sein?	22
Was ist der richtige Granulationsgrad einer Pflegediagnose?	23
Wodurch kann die Übersetzung verbessert werden?	24
Wie sollte eine Pflegediagnose definiert werden?	25
Syndrompflegediagnosen als spezifische Gruppierungen von Pflegediagnosen.....	26
Einheitliche Anwendung der Gesundheitsförderungsdiagnosen.....	26
Gibt es Übereinstimmungen von Pflegediagnosen, die denselben Fokus haben?	28
Konsistente Verwendung von NANDA-I-Begriffen in anderen Werken.....	29
3. Modelle der klinischen Entscheidungsfindung	31
Pflegediagnosen steuern den Pflegeprozess	31
Das Modell I der klinischen Entscheidungsfindung: problemfokussierte Pflegediagnosen	33
<i>Problemfokussierte Pflegediagnosen: diagnostisches Argumentieren</i>	33
<i>Problemfokussierte Pflegediagnosen: Entscheidungsfindung für Ziele und Outcomes</i>	35
<i>Problemfokussierte Pflegediagnosen: Entscheidungsfindung für Pflegeinterventionen</i>	36
<i>Problemfokussierte Pflegediagnosen: Entscheidungsfindung für die Evaluation</i>	37
<i>Problemfokussierte Pflegediagnosen: Zusammenführung</i>	38

Das Modell II der klinischen Entscheidungsfindung: Risikopflegediagnosen	39
<i>Risikopflegediagnosen: diagnostisches Argumentieren</i>	<i>40</i>
<i>Risikopflegediagnosen: Entscheidungsfindung für Ziele und Outcomes.....</i>	<i>41</i>
<i>Risikopflegediagnosen: Entscheidungsfindung für Pflegeinterventionen.....</i>	<i>41</i>
<i>Risikopflegediagnosen: Entscheidungsfindung für die Evaluation</i>	<i>42</i>
<i>Risikopflegediagnosen: Zusammenführung</i>	<i>43</i>
Das Modell III der klinischen Entscheidungsfindung: Gesundheitsförerungsdiagnosen.....	44
<i>Gesundheitsförerungsdiagnosen: diagnostisches Argumentieren.....</i>	<i>45</i>
<i>Gesundheitsförerungsdiagnosen: Entscheidungsfindung für Ziele und Outcomes</i>	<i>46</i>
<i>Gesundheitsförerungsdiagnosen: Entscheidungsfindung für Pflegeinterventionen.....</i>	<i>47</i>
<i>Gesundheitsförerungsdiagnose: Entscheidungsfindung für die Evaluation</i>	<i>47</i>
<i>Gesundheitsförerungsdiagnosen: Zusammenführung.....</i>	<i>48</i>

4. Kurzdarstellung und Erläuterung der 17 neuen Pflegediagnosen 51

Bereitschaft für eine verbesserte Gesundheitskompetenz	52
Ineffektive Ernährungsweise von Jugendlichen.....	54
Ineffektive Ernährungsweise von Kindern	56
Ineffektive Ernährungsweise von Säuglingen	58
Risiko eines metabolischen Syndroms	60
Unausgeglichenes Energiefeld.....	63
Risiko eines instabilen Blutdrucks.....	65
Risiko einer komplizierten Immigrationstransition	67
Akutes Substanzentzug-Syndrom.....	69
Risiko eines akuten Substanzentzug-Syndroms	72
Neonatales Entzugssyndrom	74
Risiko einer Infektion der chirurgischen Eingriffsstelle.....	77
Risiko einer Mundtrockenheit	79
Risiko einer venösen Thromboembolie.....	81
Risiko einer weiblichen Genitalverstümmelung.....	83
Risiko für eine berufsbedingte Verletzung.....	86
Risiko einer ineffektiven Thermoregulation.....	88

Literaturhinweise 90

Vorwort

In der Ausgabe 2018-2020 des Hauptwerks von *NANDA International Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation* gab es zahlreiche Ergänzungen, Überarbeitungen und Verfeinerungen. Das Ausmaß dieser Änderungen zeugt sowohl der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Pflegewissens als auch von der verbesserten Darstellung dieses Wissens in der Terminologie der Pflegediagnosen von NANDA-I.

Bitte beachten Sie, dass dieses Begleitbuch das Hauptwerk nicht ersetzt und ungeeignet ist als erste Annäherung an das Thema Pflegediagnosen. *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020* bietet Ihnen eine gute Einführung in die NANDA-I-Taxonomie, außerdem erfahren Sie dort mehr über die Grundlagen der Pflegediagnosen, das Assessment und die klinische Entscheidungsfindung. Dieses Begleitbuch wendet sich an Leser des Hauptwerks und bietet einen schnellen Überblick über die Neuerungen der Ausgabe 2018-2020, Hintergrundinformationen zu einigen Änderungen sowie eine Darstellung der neuen Pflegediagnosen. Außerdem werden konzeptuelle Fragen vorgestellt, die bis zur nächsten Ausgabe 2021-2023 zu klären sind. Dazu werden Empfehlungen im Rahmen der Weiterentwicklung der Terminologie ausgesprochen.

Wir hoffen, dass Ihnen dieses Buch eine gute Unterstützung bei Ihrer täglichen Arbeit mit Pflegediagnosen leistet.

1. Was ist neu?

In diesem Kapitel finden Sie Informationen über die neuen und die überarbeiteten Pflegediagnosen sowie über die Diagnosen, die mangels ausreichendem Evidenzlevel entfernt wurden. Außerdem erläutern wir die beiden neuen Kategorien der Assessmentdaten: **Risikopopulationen** und **assoziierte Bedingungen**. Dargestellt werden all diese Änderungen im Hauptwerk *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020*.

Dieses Begleitbuch möchte Ihnen hingegen ein vertieftes Verständnis ermöglichen, um die Lehre zu unterstützen und die Umsetzung dieser Änderungen in der Praxis zu erleichtern.

Änderung der allgemeinen Definition der Gesundheitsförderungsdiagnosen

Siehe *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020*, S. 27

Während der letzten Bearbeitungsphase überprüfte das Diagnosenentwicklungskomitee die Gesundheitsförderungsdiagnosen für Neugeborene. Dies führte zu einer Diskussion über die Definition der Gesundheitsförderungsdiagnosen, in der es hieß, dass der Patient seine „Bereitschaft für die Gesundheitsförderung ausdrücken“ muss.

Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass die Gesundheitsförderung durchaus auch für Patienten relevant sein kann, die nicht in der Lage sind, sich auszudrücken (z. B. Neugeborene, bewusstlose oder komatöse Personen). In diesem Fall kann die Pflegefachperson als Handelnde für diese

► **Tab. 1.1:** Änderung der Definition der Gesundheitsförderungsdiagnosen

Ausgabe 2015-2017	Ausgabe 2018-2020
Eine klinische Beurteilung der Motivation und des Wunsches, das Wohlbefinden zu steigern und das menschliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Diese Reaktionen werden durch die Bereitschaft ausgedrückt, spezielle Gesundheitsverhaltensweisen zu verbessern und können bei jedem Gesundheitszustand angewendet werden. Gesundheitsfördernde Reaktionen können bei einem Individuum, einer Familie, Gruppe oder Gemeinschaft vorliegen.	Eine klinische Beurteilung der Motivation und des Wunsches, das Wohlbefinden zu steigern und das menschliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Diese Reaktionen werden durch die Bereitschaft ausgedrückt, spezielle Gesundheitsverhaltensweisen zu verbessern und können bei jedem Gesundheitszustand angewendet werden. <i>Die Pflegefachperson kann bei Personen, die nicht in der Lage sind, ihre Bereitschaft zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens selbst auszudrücken, bestimmen, dass eine Situation zur Gesundheitsförderung vorliegt und im Namen des Klienten handeln.</i> Gesundheitsfördernde Reaktionen können bei einem Individuum, einer Familie, Gruppe oder Gemeinschaft vorliegen.

2. Aktuelle Debatten und zukünftige Aktivitäten

In den vergangenen Jahren haben wir etliche Fragen rund um die NANDA-I-Taxonomie diskutiert. Während einige von diesen während des letzten Überarbeitungszyklus beantwortet werden konnten, sind andere noch offen und werden uns wohl noch einige Jahre begleiten.

Die Entwicklung unserer wissenschaftlichen Sprache ist ein kontinuierlicher Prozess, es gibt keinen „Endpunkt“, an dem die Terminologie „fertig“ sein wird. Stattdessen wird die Terminologie ständig überarbeitet, im Licht neuer Erkenntnisse wird Veraltetes entfernt und Neues kommt hinzu. Zudem lässt sich die NANDA-I-Terminologie noch wesentlich besser als die am stärksten evidenzbasierte und standardisierte Pflegefachsprache positionieren. Einige der durchgeführten Veränderungen sind eher redaktioneller Art, wie zum Beispiel die Entwicklung eines spezifischen Schemas für Definitionen und die Struktur der diagnostischen Indikatorenbegriffe. Andere Schritte sind komplexer und werden im Folgenden näher beleuchtet.

Was ist die Evidenzbasis für die aktuellen Pflegediagnosen?

Wenn Pflege eine evidenzbasierte Wissenschaft sein will, benötigen unsere Diagnosen Evidenz. Wir müssen die Pflegediagnosen über Populationen, Kulturen und Settings hinweg durch klinische Studien validieren. Wenn sich Unterschiede zwischen der aktuellen Taxonomie und den gefundenen klinischen Studien herausstellen, müssen diese in der Taxonomie kenntlich gemacht werden, um die Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung zu gewährleisten.

Viele unserer aktuellen Diagnosen haben das niedrigst mögliche Evidenzlevel (LOE), das den Eintritt in unsere Taxonomie ermöglicht (2.1). Es ist davon auszugehen, dass es zu vielen Diagnosen wichtige Forschungsergebnisse gibt, die ein höheres Evidenzlevel ermöglichen würden. Da diese aber nicht zusammengetragen und eingereicht wurden, finden die neuen Erkenntnisse bei den entsprechenden Diagnosen keinen Niederschlag. Wir begrüßen jede Anstrengung von Pflegefachpersonen, die Interesse an dieser Forschung haben.

Zahlreiche Diagnosen wurden bereits vor Einführung der Evidenzlevelkriterien in die Taxonomie aufgenommen. In diesen Fällen ist eine Überprüfung ihres Evidenzlevelstatus erforderlich. Sie haben vielleicht auch die folgende Fußnote bei manchen Diagnosen registriert: „Diese Diagnose wird

3. Modelle der klinischen Entscheidungsfindung

Die Modelle der klinischen Entscheidungsfindung verorten die Pflegediagnosen als die treibende Kraft im Pflegeprozess, da sie die logischen Beziehungen zwischen Pflegediagnosen, Outcomes und Pflegeinterventionen darstellen. Wenn Sie erst einmal eine Pflegediagnose basierend auf richtigen diagnostischen Indikatoren korrekt bestimmt haben, werden Sie erstaunt sein, wie einfach es ist, Outcomes zu bestimmen und Interventionen auszuwählen. In Kapitel 4 wenden wir diese Modelle an, um allgemeine Ziele, Outcomes und Pflegeinterventionen für die Fallbeispiele der 17 neuen Pflegediagnosen zu bestimmen.

Pflegediagnosen steuern den Pflegeprozess

Ohne korrekte Pflegediagnose ist es unmöglich, richtige Pflegeoutcomes zu bestimmen, wirksame Interventionen zu planen und durchzuführen, oder den Fortschritt in Richtung der festgelegten Outcomes einzuschätzen. Mit anderen Worten, korrekte Pflegediagnosen sind die unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass der Pflegeprozess reibungslos funktioniert. Das führt uns zu verschiedenen Fragen. Wie können wir eine genaue Pflegediagnose stellen? Wie legen wir die erwarteten Outcomes fest? Wie wählen wir geeignete Interventionen für den konkreten Patienten aus?

Verschiedene Buchveröffentlichungen zeigen allgemeine Verbindungen zwischen den Begriffen der NANDA International (NANDA-I), der Pflegeergebnisklassifikation (Nursing Outcomes Classification, NOC) und der Pflegeinterventionsklassifikation (Nursing Intervention Classification, NIC) (Johnson, et al., 2006) auf. Es ist jedoch nicht besonders praktisch, jedes Mal beim Erstellen eines Pflegeplans für eine bestimmte Pflegediagnose in diesen Büchern nach geeigneten Pflegeoutcomes und Pflegeinterventionen zu suchen. Außerdem kann es nach Erscheinen einer neuen Ausgabe der NANDA-I-Terminologie monate- wenn nicht jahrelang dauern, bis diese Inhalte in den entsprechenden Büchern veröffentlicht werden. Dennoch denken manche Pflegefachpersonen, dass die neuen NANDA-I-Pflegediagnosen erst verwendet werden können, wenn die vordefinierten Beziehungen verfügbar sind. Was natürlich nicht stimmt. Wenn keine standardisierte Sprache für Outcomes oder Interventionen existiert oder in der Einrichtung angewendet wird, müssen Pflegefachpersonen klar dokumentieren, welche Outcomes sie erreichen möchten und welche Interventionen sie dazu verwenden. Darüber hinaus ist jeder Patient einzigartig, und was für einen Patienten auf der Hand liegt, ist nicht unbedingt auch für den nächsten sinnvoll.

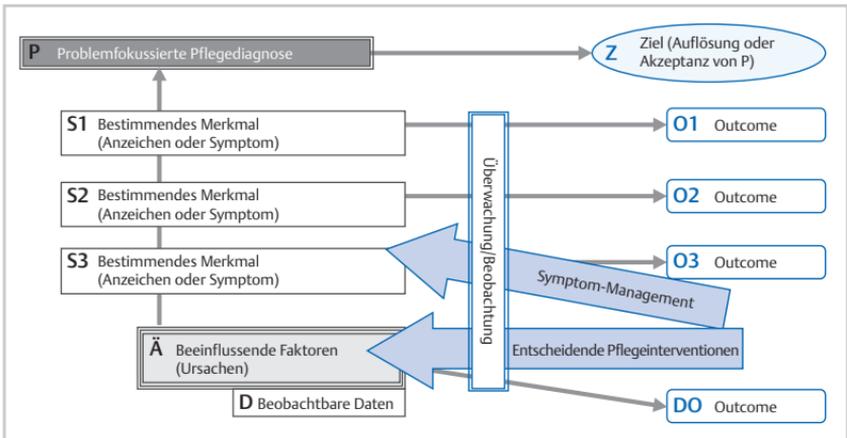


Abb. 3.1: Modell I der klinischen Entscheidungsfindung: problemfokussierte Pflegediagnosen

Zwischen Pflegediagnosen, Outcomes und Pflegeinterventionen bestehen einfache und logische Zusammenhänge. Das Modell der klinischen Entscheidungsfindung (Kamitsuru, 2009) zeigt diese Beziehungen deutlich. Die Pflegediagnose ist die treibende Kraft im Pflegeprozess. Sobald die Pflegediagnose festgelegt ist, müssen wir einfach die Grundregeln anwenden, um auch den Rest festzulegen.

Das Modell der klinischen Entscheidungsfindung wurde mithilfe einer Methode der Theorieentwicklung erstellt. Dabei wurden die Sichtweisen verschiedener Autoren auf die Beziehungen zwischen Pflegediagnose, Pflegeoutcomes und Pflegeinterventionen geprüft und deduktiv zusammengeführt. Das Modell wurde in verschiedenen Pflegediagnosen-Workshops getestet und seine Validität wurde bestätigt.

Das Modell der klinischen Entscheidungsfindung besteht aus drei unterschiedlichen Submodellen:

1. Das Modell I der klinischen Entscheidungsfindung: problemfokussierte Pflegediagnosen
2. Das Modell II der klinischen Entscheidungsfindung: Risikopflegediagnosen
3. Das Modell III der klinischen Entscheidungsfindung: Gesundheitsförderungsdiagnosen

Jedes Modell enthält vier wesentliche Komponenten der klinischen Entscheidungsfindung im Pflegeprozess: diagnostisches Argumentieren, Entscheidungsfindung zu Zielen und Outcomes, Entscheidungsfindung zu Pflegeinterventionen und Entscheidungsfindung zur Evaluation.

4. Kurzdarstellung und Erläuterung der 17 neuen Pflegediagnosen

Die NANDA-I-Mitglieder haben 17 neue Pflegediagnosen genehmigt (Herdman & Kamitsuru, 2018, S. 27–29, ► **Tab. 3.1**). Auf den folgenden Seiten finden Sie zu diese Diagnosen Fallbeispiele, die wichtigsten Ziele und Outcomes und allgemeine Interventionen für Ausbildung, Forschung und Praxis. Da die Pflegediagnosen noch neu sind, müssen evidenzbasierte Outcomes und Interventionen erst noch ermittelt werden. Daher bieten wir in diesem Buch nur allgemeine Richtlinien für die Outcomes und Interventionen.

Im Hauptwerk NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020 finden Sie die entsprechenden diagnostischen Indikatoren (bestimmende Merkmale, beeinflussende Faktoren und Risikofaktoren) und die Einreichenden.

Sämtliche Literaturverweise, die bei der Einreichung dieser Diagnosen verwendet wurden, finden Sie unter: www.recom.eu/nanda-2018-2020-literatur

Bereitschaft für eine verbesserte Gesundheitskompetenz

Siehe NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020, S. 183

Definition

Ein Muster der Verwendung und Entwicklung von Fertigkeiten und Kompetenzen (Bildung, Wissen, Motivation, Kultur und Sprache) zum Auffinden, Verstehen, Evaluieren und Anwenden von Gesundheitsinformationen und -Konzepten, um tägliche Gesundheitsentscheidungen zum Fördern und Erhalten der Gesundheit, zum Reduzieren von Gesundheitsrisiken und zum Verbessern der allgemeinen Lebensqualität treffen zu können, welches gestärkt werden kann.

Fallbeispiel

Frau A., 48 Jahre alt, ist Kindergärtnerin und leidet seit mehreren Monaten unter Fatigue, Hitzewallungen und Völlegefühl. Sie wacht nachts mehrmals auf und hat Schwierigkeiten, sich beim Lesen zu konzentrieren. Frau A. hat seit zwei Monaten keine Menstruation. In einer Frauenklinik ließ sie eine Blutuntersuchung machen, um ihren Hormonspiegel zu überprüfen. Der Arzt sagte ihr, dass ihre aktuellen Symptome wahrscheinlich mit den Wechseljahren zusammenhängen und erklärte ihr die Hormonersatztherapie (HET) und ihre möglichen Nebenwirkungen, wie z. B. ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs, Herzerkrankung und Schlaganfall.

Diese Informationen machten ihr Angst. Frau A. brauchte etwas Bedenkzeit für die Entscheidung und verließ die Klinik daher am selben Tag wieder. Zurück zu Hause recherchierte sie im Internet zum Thema Wechseljahre und HET und stieß dabei auf eine Krankenschwester vor Ort, die eine Beratung zu den Wechseljahren anbietet. Sie kontaktierte die Krankenschwester und erklärte, dass sie sich gerne über die Wechseljahre und HET informieren möchte, um die Thematik besser zu verstehen und eine Entscheidung zu ihrer Gesundheitsvorsorge treffen zu können. Einige Tage später traf Frau A. die Krankenschwester, um mehr über die Behandlungsmöglichkeiten zu den Wechseljahren zu erfahren.

