

jest już prosta droga do świadczenia jej podmiotowi opieki oraz dokonania oceny uzyskanych wyników. To zaś jest związane bezpośrednio z założeniami procesu pielęgnowania i z jego realizacją.

Podsumowując należy podkreślić, że bez racjonalnego inwestowania w zdrowie zawodowe pielęgniarstwo nie mogłoby istnieć, tym samym rozwijać się. Co więcej – pytanie o istotę pielęgniarstwa zawsze było i jest związane z pytaniem o zdrowie. Pielęgniarstwo niemal od samego początku definiowało i wartościowało zdrowie, na równi z takimi pojęciami, jak pielęgniarstwo (pielęgowanie), pielęgniarka, podmiot opieki.

6.4

Struktura procesu pielęgnowania – etapy i fazy

Jak zasygnalizowano wcześniej, proces pielęgnowania składa się z czterech następujących etapów. Każdy z nich ma nazwę oraz numer (numeracja rzymska). W obrębie etapów znajdują się 2–3 fazy (numeracja arabska) (ryc. 6.3).

Etap I. Rozpoznanie stanu podmiotu opieki. W wyniku jego realizacji powinno dojść do ustalenia rozpoznania pielęgniarstwa, inaczej – diagnozy. Etap ten rozpoczyna się od zgromadzenia takich danych dotyczących podmiotu opieki (pacjent i jego środowisko), które mogą mieć wartość dla pielęgnowania. Będą one podstawą do sformułowania rozpoznania (diagnozy), wyznaczającego zakres (ile) i charakter (jaka) przyszłej pracy z podmiotem opieki.

Etap II. Planowanie pielęgnowania. W tym etapie powinno dojść do ustalenia, jaka opieka będzie świadczona pacjentowi (i/lub rodzinie). Charakterystyczne dla tego etapu jest decydowanie co i jak (w jaki sposób, a często i przez kogo) powinno być zrobione.

Etap III. Realizowanie planu pielęgnowania. Jest tym etapem, w ramach którego dojdzie do wprowadzenia do praktyki tego, co zostało wcześniej zaplanowane i odzwierciedlone w planie pielęgnowania (najczęściej udokumentowanym).

Etap IV. Ocenianie wyników pielęgnowania. Ocena formułowana w etapie IV stanowi wynik porównania stanu rozpoznanego w etapie I, z uzyskanym dzięki podjęciu celowych i planowych działań.

Stosowanie procesu pielęgnowania wymaga całościowego podejścia do pielęgnowanego. Jest to związane z przyjęciem przez pielęgniarstwo prawdy o złożoności istoty ludzkiej, której funkcjonowanie przebiega w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. To zaś wymaga przyznania jednakowej ważności każdej z nich, tak w rozpoznaniu stanu, jak i dalszych etapach procesu pielęgnowania.

Wzajemna relacja, czyli oddziaływanie przy wykorzystaniu komunikatów werbalnych i pozawerbalnych jest integralnie związane z procesem pielęgnowania. Nie można mówić o nim bez właściwego artykułowania konieczności świadomego i celowego przekazywania i odbierania informacji, najpierw istotnych dla nawiązania kontaktu w relacji pielęgniarka ↔ pacjent, pacjent ↔ pielęgniarka, a następnie dla świadczenia i odbierania opieki, przy czym na zasadach aktywnego współuczestniczenia ze strony pacjenta (i/lub rodziny).

6.4.1 Etap I.

Na etap

1. G
2. A
3. Fc

6.3).

Poniżej rozpoczyna się „lokacja”.

Porównanie bez lokalnego składu kilkanaście celów

Rozpoznanie bliżej – Oznacza stan, z jakim

Pielęgniarka rozpoznaje określony celów pie

6.4.1.1 Faza 1.

Współczesna wiedza biopsychologiczna

• Źródła

W prośbie te osoby (danych)⁴.

Metody wianu kłóczy

Źródła wany jako nowa infundacja, i go samop

⁴ W roz

nia oceny
i procesu

o zdrowie
o więcej
zdrowie.
zdrowie,
rka, pod-

ch nastę-
zowska).

powinno
ten roz-
(pacjent
: podsta-
e) i cha-

stalenia,
czne dla
powinno

ch które-
nowane
)
apie IV
n dzięki

o pielę-
żozono-
ej, psy-
i każdej
nia.
ów wer-
nia. Nie
go i ce-
wiązania
nie dla
czestni-

6.4.1

Etap I. Rozpoznanie stanu podmiotu opieki i jego środowiska

Na etap ten składają się trzy fazy:

1. Gromadzenie danych o podmiocie opieki.
2. Analizowanie i syntetyzowanie danych zgromadzonych.
3. Formułowanie diagnozy pielęgniarskiej (rozpoznania pielęgniarskiego) (ryc. 6.3).

Ponieważ rozpoznanie stanu podmiotu opieki i jego środowiska jest tym, co rozpoczyna proces, jego wartość jest szczególna. To swego rodzaju „kółko zamachowe”, lokomotywa, która nadaje ruch, a tym samym wartość procesowi pielęgnowania.

Porównanie całego procesu pielęgnowania do pociągu wydaje się dość trafne. Bez lokomotywy (a w procesie bez etapu I), będzie to statyczny, pozbawiony ruchu skład kilku wagonów. Stąd można mówić o szczególnej wartości rozpoznania, do którego dochodzi w wyniku podjęcia przez pielęgniarkę procedury racjonalnego, bo celowego i planowego rozpoznawania stanu podmiotu opieki.

Rozpoznanie nie jest czymś, do czego sięga tylko pielęgniarstwo. Szukając najbliższej – medycyna inwestuje w rozpoznanie stanu (zdrowia/choroby) pacjenta. Oznacza to, że dla potrzeb rozpoczęcia leczenia lekarz musi najpierw rozpoznać stan, z jakim ma do czynienia u danego pacjenta. Dopiero to gwarantuje „dopasowanie” leczenia do istniejących potrzeb.

Pielęgniarka, lekarz, przedstawiciele innych zawodów wykorzystujący w pracy rozpoznanie stanu funkcjonowania człowieka czynią to dla dość jednoznacznie określonych potrzeb. Tak więc pielęgniarka będzie formułowała rozpoznanie dla celów pielęgnowania, lekarz dla celów leczenia.

6.4.1.1

Faza 1. Gromadzenie danych

Współcześnie rozumiane i praktykowane pielęgnowanie nie może istnieć bez oparcia na wiarygodnym zbiorze danych mogących przyczynić się do rozpoznania stanu biopsychospołecznego podmiotu opieki.

• Źródła i metody gromadzenia danych

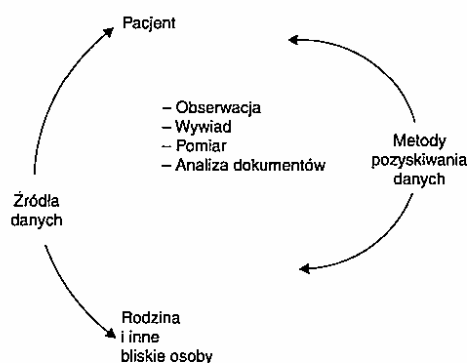
W procesie pielęgnowania jako źródła danych mogą być wykorzystane wszystkie te osoby (na czele z pacjentem), które mogą dostarczyć niezbędnych informacji (danych)⁴.

Metody gromadzenia danych to inaczej sposoby postępowania, dzięki zastosowaniu których pielęgniarka powinna dotrzeć do poszukiwanych danych.

Źródła danych. W procesie pielęgnowania każdy pacjent (rodzina) jest traktowany jako nośnik danych mówiących o nim samym. Tylko on jest w stanie dysponować informacjami o własnych, czyli subiektywnych odczuciach, takich jak np. nudności, szum w uszach, rozpieranie w nadbrzuszu, ból, uczucie dobrego lub złego samopoczucia.

⁴ W rozdziale tym pojęcia „dane” i „informacje” używane są zamiennie.

Bardzo wiele można wnioskować obserwując zachowanie człowieka, jego wygląd oraz stan otoczenia, w którym przebywa (uczy się, pracuje). Człowiek może komunikować (niekoniecznie wyłącznie w sposób werbalny) swoje przyzwyczajenia, upodobania, nawyki, odczucia, nastawienia (do ludzi, zdarzeń, zadań). Na podstawie analizy tego, co sygnalizuje pielęgniarz może przewidywać sposoby reagowania w określonych stanach i sytuacjach opiekuńczych.



Ryc. 6.8. Źródła danych i metody ich pozyskiwania.

Istotnym źródłem danych (poza pacjentem) jest rodzina i/lub osoby bliskie. Mogą oni dysponować takimi informacjami, które są potrzebne do potwierdzenia niektórych informacji pozyskanych od samego pacjenta, np. czy rzeczywiście odżywia się zgodnie z zaleceniami lub wnosić nowe, np. źle czuje się w nowym, nie znanym mu otoczeniu.

Pomimo że dane pozyskane od rodziny mogą w pewnych przypadkach pozwolić na przyjęcie lub odrzucenie tego, co podał sam pacjent, najczęściej mają one wartość uzupełniającą. Nie mogą zastąpić tego, co zgłasza pacjent, czy też wyraża swoim zachowaniem i wyglądem.

Metody pozyskiwania danych. W celu uzyskania informacji niezbędnych do sformułowania rozpoznania stanu pacjenta i środowiska można wykorzystać:

- obserwację pielęgniarzską,
- wywiad,
- pomiar,
- analizę dokumentów, z jakimi człowiek wchodzi w system opieki zdrowotnej.

Obserwacja pielęgniarzka. To najstarsza metoda celowo i planowo wykorzystywana w pielęgniarstwie (w tym w pielęgnowaniu), polegająca na świadomym, systematycznym gromadzeniu danych o podmiocie opieki przez spostrzeganie tego co robi, jak się zachowuje w określonej sytuacji zdrowotnej, opiekuńczej, jak reaguje na ludzi czy zdarzenia.

Może być stosowana w celu uzupełnienia posiadanych już informacji, potwierdzenia tego, co wiadomo o podmiocie opieki, sprawdzenia wiarygodności danych

zgrupowania pacjentem.

Podkreślono, że było wcześniej pielęgniarzka w działaniu.

Wywiad - rozmowa z pacjentem, w której pielęgniarz dowodzi, że jest wiarygodny, wadzonej je na rozmow i opinii, kto

Pośredniczeniu: tera

W trakcie o fakty odnawny zawoła na dotarcie nie rozmaw kilka dni do

Prowadzi: łowe pytania odpowiedzi padkach wy i/tub osobar

Dane utrwalone w s podaje pacj zanej z kon cjenta. Nat utrwalanie c na osiągnię wiedzy. Dzi co mówi, je

Pomiar: o pacjencie w celu dost temperatur sowaniu odj

Wiele ze miarów dok

Polega c tość wielko ciowego, ci nywany jest populacji cz

Prawie w stały dla po

o wy-
może
czaje-
i pod-
eago-

e. Mo-
ia nie-
lżywia
nany

rozwo-
ją one
wyraża

ych do
:

wotnej.
rzysty-
m, sys-
tego co
reaguje

otwier-
danych

zgrupowanych wcześniej, pochodzących np. z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem.

Podkreślenia wymaga to, że błędem jest pytanie podopiecznego o to, co można było wcześniej zaobserwować, np. czy może pan samodzielnie chodzić?, kiedy pielęgniarka widziała, że pacjent na własnych nogach przyszedł z izby przyjęć do oddziału.

Wywiad pielęgniarski. To zaplanowana, ukierunkowana rozmowa z pojedynczym pacjentem lub grupą osób np. rodziną, mająca doprowadzić do zgromadzenia wiarygodnych danych (obiektywnych i subiektywnych). Nawet jeśli wywiad prowadzony jest w takiej formie, która pacjentowi pozwala traktować go jako swobodną rozmowę, to prawdą jest, że pielęgniarka dąży do tego, aby dotrzeć do faktów i opinii, które są ważne dla zawodowca, odpowiedzialnego za pielęgnowanie.

Pośredni cel wywiadu stanowi doprowadzenie do nawiązania dobrego (w znaczeniu: terapeutycznego) kontaktu pomiędzy dawcą a biorcą opieki.

W trakcie przeprowadzania wywiadu pielęgniarka pyta o fakty i opinie. Pytania o fakty odnoszą się do tego, co jest obiektywnie sprawdzalne, np.: wiek, wykonywany zawód, liczba osób zamieszkujących z pacjentem. Pytania o opinie pozwalają na dotarcie do subiektywnych nastawień, odczuć, postaw człowieka, np.: dlaczego nie rozmawia z pacjentem leżącym obok, co sądzi o możliwości wypisania go na kilka dni do domu.

Prowadząc wywiad pielęgniarka może zadawać dodatkowe i bardziej szczegółowe pytania. Czyni to np. w celu upewnienia się co do wiarygodności uprzedniej odpowiedzi pacjenta, czy też jakiegoś pojedynczego stwierdzenia. W wielu przypadkach wywiad przeprowadzony z pacjentem jest uzupełniany rozmową z rodziną i/lub osobami bliskimi.

Dane uzyskane w wyniku obserwacji i wywiadu pielęgniarskiego mogą być notowane w sposób jawny lub ukryty. Jawność oznacza bieżące notowanie tego, co podaje pacjent. Jest to forma wygodna, nie dopuszcza do powstania pomyłki związanej z koniecznością przechowywania w pamięci informacji pochodzącej od pacjenta. Natomiast wadą jest to, że może kępować pytanego. Notowanie, czyli utrwalanie danych dopiero po przeprowadzeniu obserwacji i/lub wywiadu pozwala na osiągnięcie większej otwartości pacjenta, a niejednokrotnie i płynności wypowiedzi. Dzieje się tak, gdyż podmiot opieki nie jest zniechęcony tym, że wszystko co mówi, jest skrzętnie odnotowywane przez pielęgniarkę.

Pomiar. To kolejna metoda pozwalająca na gromadzenie danych mówiących o pacjencie i/lub środowisku. Polega na wykonywaniu konkretnych czynności w celu dostarczenia danych do ilościowego opisu pewnej cechy – wartości, np.: temperatura ciała, ciśnienie tętnicze krwi, aktywność pacjenta mierzona przy zastosowaniu odpowiedniej skali.

Wiele ze znanych w pielęgniarstwie i wykorzystywanych w pielęgnowaniu pomiarów dokonywanych jest metodą bezpośrednią.

Polega ona na tym, że na przyrządzie pomiarowym zostaje ukazana cała wartość wielkości mierzonej, np. pomiar temperatury ciała za pomocą termometru rtęciowego, ciśnienia krwi – sfigmomanometru. Wynik uzyskanego pomiaru porównywany jest z przyjętą umownie wartością, czyli z wzorcami ustalonymi dla całej populacji czy też grupy.

Prawie wszystkie wzorce, którymi posługują się pielęgniarki, opracowane zostały dla porównywania i oceniania pomiarów dokonywanych u człowieka. Nie są

one wyrażone w postaci jednej konkretnej liczby, ale dotyczą pewnego dopuszczalnego przedziału wartości. I tak np.:

- prawidłowa temperatura ciała człowieka, mierzona pod pachą, wynosi 36–37°C,
- ciśnienie u dorosłego człowieka: 110/70–140/90 mm Hg (14,7/9,3–18,7/12,0 kPa),
- tętno: 60–90 uderzeń na minutę (1,0–1,5 Hz),
- diureza godzinowa: 30–50 ml.

Inne pomiary wymagają zastosowania metody pośredniej.

Jak sama nazwa wskazuje, uzyskana wielkość pomiaru musi być przeniesiona na określony wzorzec, na podstawie którego dochodzi do odczytania wartości badanej, np. pomiar poziomu rozwoju dziecka.

Niektóre pomiary wymagają dokonania dodatkowych obliczeń matematycznych, niezbędnych do uzyskania poszukiwanej wartości, np. pomiar i ocena bilansu wodnego, będącego stosunkiem ilości płynów pobranych do wydalonych w ciągu doby.

Analiza dokumentów. Niemal każdy dokument, z jakim człowiek wchodzi w system opieki zdrowotnej, może stanowić przedmiot zawodowego zainteresowania pielęgniarki pod warunkiem, że zawarte są w nim dane istotne dla pielęgnowania. Stąd zasadą powinno być analityczne podejście do danych zawartych w dokumentach pacjenta. To zaś wymaga wiedzy i doświadczenia zawodowego.

Wymienione i opisane metody gromadzenia danych najczęściej wykorzystywane są łącznie. Oznacza to, że w celu np. uzupełnienia posiadanych już informacji o pacjencie i/lub środowisku można starać się zaobserwować to, co wymaga uszczegółowienia lub też szukać potrzebnych danych w dokumentach, z jakimi pacjent wszedł w system ochrony zdrowia.

Zbiór informacji o podmiocie opieki, pozyskany w wyniku zastosowania dostępnych, celowo dobranych metod, poddawany jest merytorycznej weryfikacji – sprawdzaniu. Celem jest wyeliminowanie danych, które niczego nie wnoszą oraz takich, które wykraczają poza obszar zainteresowania pielęgniarstwa, w tym pielęgnowania.

• Zakres i charakter gromadzonych danych

Dane pozyskane przez pielęgniarkę tworzą bank informacji o pacjencie (środowisku). Ich zakres (ilość) i charakter (jaki) zależą przede wszystkim od tego, na ile pielęgniarkę udało się poznać podmiot opieki w obrębie jego biopsychospołecznego funkcjonowania.

W praktyce szpitalnej i środowiskowej w zdecydowanej większości przypadków zakres i charakter gromadzonych danych podporządkowany jest formule arkuszy wykorzystywanych w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej (Arkusze do gromadzenia danych; Arkusz do nanoszenia planu pielęgnowania; patrz pkt 6.5.1.2). Ukierunkowują one pielęgniarkę oraz określają obszar, w obrębie którego powinna gromadzić informacje. Można o nich powiedzieć, że są swego rodzaju przewodnikami, albo inaczej wzorcami, pomocnymi w pracy z pacjentem. Bez względu na to, jak ogólne lub szczegółowe są informacje zawarte we wspomnianych arkuszach, zawsze pozwalają na udokumentowanie zgromadzonych danych.

Zakres danych gromadzonych przez pielęgniarkę powinien ujmować człowieka jako całość, a więc wszystkie jego sfery funkcjonowania: biologiczną, psychiczną

i społeczną i kultu-
rę w sferach

A. Sfr
wsze stan
była istot
pielęgni
arów: ner
niowego,

Układ
danych m
wanie teg
istotniejsz

- świ:
- mo:
potrzeb k

- funl
chów cel
pinanie g

- rytr
bardzo w

Narzą
ne są jak
ne temu t

Dla p
zorientow

- wid

- slys

- mo:

stojącą,

- czu:

ku może l

którego p

który pac

Pielę

bodźców

też nadal

ale czyta

który poz

Uktaa

w ciągu d

- ciśr

- tętn

pielęgni

- zaw

- obr.

- sini

- chł

puszczal-

, wynosi

18,7/12,0

eniesiona
ści bada-

tematycz-
a bilansu
i w ciągu

wchodzi
teresowa-
ęgnowa-
i w doku-

rzystywa-
nformacji
wymaga
akimi pa-

wania do-
eryfikacji
oszą oraz
ym pielę-

ie (środo-
go, na ile
nęczonego

przypad-
nule arku-
Arkusze do
patrz pkt
ie którego
o rodzaju
item. Bez
spomnia-
danych.
człowieka
sychiczną

i społeczną. W niektórych publikacjach wyodrębniane są dwie dodatki: duchowa i kulturowa. Dla potrzeb prezentowanych treści przyjęto, że duchowość mieści się w sferze psychicznej, natomiast „kulturowość” w społecznej i psychicznej.

A. Sfera biologicznego funkcjonowania człowieka. Jest to ta sfera, która zawsze stanowiła przedmiot zawodowego zainteresowania pielęgniarek, tym samym była istotna w praktycznym pielęgnowaniu. Gromadząc dane dotyczące tej sfery pielęgniarka powinna być zainteresowana funkcjonowaniem podstawowych układów: nerwowego, sercowo-naczyniowego, pokarmowego, kostno-stawowo-mięśniowego, moczowo-płciowego.

Układ nerwowy (ośrodkowy i obwodowy) wraz z narządami zmysłów. Jest wiele danych mogących w sposób bezpośredni i/lub pośredni wskazywać na funkcjonowanie tego układu. Jednak dla potrzeb zindywidualizowanego pielęgnowania najistotniejsze jest określenie:

- świadomości pacjenta (pełna, częściowa, brak),
- mowy (przy sprawnym obwodowym aparacie mowy); ustalenie ważne dla potrzeb komunikowania się z pacjentem,
- funkcjonowania kończyn górnych i dolnych (możliwość wykonywania ruchów celowych, np. sięganie po coś; wykonywanie czynności precyzyjnych, np. zapinanie guzików; możliwość przemieszczania się, np. dotarcie do toalety),
- rytmu snu i czuwania charakterystycznego dla pacjenta (np. rano budzi się bardzo wcześnie, ale wieczorem musi być wcześniej w łóżku).

Narządy zmysłów: wzroku, słuchu, dotyku, równowagi, węchu, smaku określone są jako ośrodki odbiorcze układu nerwowego, i dlatego zostały przyporządkowane temu układowi.

Dla pielęgniarki ważne jest dysponowanie takimi informacjami, które pozwolą zorientować się w stanie pacjenta dotyczącym przede wszystkim:

- widzenia,
- słyszenia,
- możliwości utrzymania równowagi ciała, np. po zmianie pozycji z leżącej na stojącą,
- czucia (dotyku, temperatury, bólu), węchu, smaku; osłabienie węchu lub smaku może być wrodzone, ale może pojawić się po zadziałaniu czynnika (czynników), którego pochodzenie może być znane, domyślne lub nie, np. katar, reakcja na lek, który pacjent przyjmuje.

Pielęgniarka powinna dążyć do ustalenia, czy w celu poprawienia odbioru bodźców pochodzenia zewnętrznego (np. słuchowych) podopieczny stosował lub też nadal stosuje specyficzne dla niego mechanizmy kompensacyjne (np. źle słyszy, ale czyta z ruchu warg mówiącego), aparaty wzmacniające (np. aparat słuchowy, który pozwala na w miarę pełny odbiór bodźców).

Układ sercowo-naczyniowy. Oprócz jednorazowego lub wielokrotnego, np. w ciągu dnia, doby, odnotowania wartości określających:

- ciśnienie tętnicze krwi,
 - tętno na obwodzie ciała,
- pielęgniarka stara się ustalić, czy u pacjenta występują takie objawy jak:
- zawroty głowy,
 - obrzęki,
 - sinica,
 - chłodne kończyny dolne.

Są to zaburzenia mogące bezpośrednio rzutować na samopoczucie pacjenta (np. źle się czuje, bo ma zawroty głowy) oraz jego wydolność (np. nie chodzi do toalety, bo ma znaczne obrzęki na kończynach dolnych).

Układ oddechowy. Pielęgniarkę zawsze interesuje to, co może stanowić źródło trudności dla pacjenta, a także pomoc, jakiej potrzebuje; obiektem jej zainteresowania jest:

- samo oddychanie: liczba i charakter oddechów,
- obecność wydzieliny w drzewie oskrzelowym: ilość, charakter, możliwość samodzielnego odkrztuszania,
- występowanie kaszlu i duszności: rodzaj, częstotliwość występowania, objawy towarzyszące w trakcie występowania – szczególnie w odniesieniu do duszności.

Układ pokarmowy. Gromadzenie danych dotyczących tego układu przede wszystkim wymaga skupienia się na ogólnym stanie odżywienia, w tym na masie ciała (subiektywnie odbieranej i obiektywnie stwierdzonej; świadomości przyczyn nadwagi lub niedowagi). Konieczne jest także stwierdzenie stanu funkcjonowania poszczególnych części diagnozowanego układu (prawidłowy, zaburzony–utrudnienie), a jeśli to możliwe ustalenie przyczyny nieprawidłowości (inaczej genezy). I tak:

- jama ustna: możliwości rozdrabniania przyjmowanych pokarmów oraz ich żucia,
- przelyk: polykanie kęsów pokarmu,
- żołądek: występowanie nudności, wymiotów; złe samopoczucie, np. po jeźdzeniu,
- jelita: wzdęcia, zaparcia,
- wydalanie stolca: sposób wydalania (prawidłowy, zmieniony), sam stolec (prawidłowy, zmieniony).

Jeśli u pacjenta występują trudności z rozdrabnianiem pokarmów (np. z powodu znacznych ubytków w uzębieniu, albo zapalenia błony śluzowej w obrębie jamy ustnej), to spowoduje, że pokarm będzie tak przygotowany (np. pod względem konsystencji, temperatury), żeby przyjmowanie go nie powodowało dodatkowych trudności (np. nasilenie dolegliwości bólowych).

Układ kostno-stawowo-mięśniowy. Dla pielęgnowania ważne są dane dotyczące:

- sylwetki ciała pacjenta: prawidłowa, zaburzona – charakter (np. młody człowiek garbi się w czasie chodzenia, siedzenia); jeśli jest to możliwe, również genezy tego stanu,
- motoryki: sposób poruszania się (prawidłowy, zaburzony),
- ograniczenia, np. ruchomość w określonym stawie,
- braków w aparacie ruchu: brak kończyny lub jej części,
- mechanizmów kompensacyjnych wykorzystywanych przez pacjenta i wyniki uzyskanych dzięki ich stosowaniu.

Układ moczowy. Pielęgniarkę interesuje:

- sposób wydalania moczu: prawidłowy, zaburzony; zmieniony, np. przez operacyjne wytworzenie przetoki moczowej,
- ilość i jakość wydalanego moczu: prawidłowa, zmieniona – przyczyna zmiany.

Ukła
- me
- ob
- św
- wy
Zaws
dzenia sc
B. Sf
jętych dz
opieczne
wszystki
- roz
- zap
- prz
poczucia,
- my
dą,
- orie
niach, dzi
- stos
stanu wła
obojętny,
- znac
w jakich
- dobrze,
jętnych, n
jeśli zosta
cza, że jes
- spos
czyli co je
bardzo szy
zdanie), ci
Aby da
gły być pel
wić takie z
- jego
- oczel
w szpitalu)
- nast
poszczegól
- wart
zdrowiem,
- dośw
kach hospit
Dane pi
przez podoj
nia pielęgn

enta (np.
toalety,

ć źródło
resowa-

ożliwość

ia, obja-
duszno-

przed
na masie
przyczyn
onowania
utrudnie-
geneczy).

oraz ich

np. po je-

um stolec

z powodu
żbie jamy
dem kon-
nych trud-

ane doty-

lody czło-
eż genezy

ta i wyni-

przez ope-

przyczyna

Układ płciowy. Pielęgniarka gromadzi dane dotyczące:

- menstruacji,
- obecności ciąży,
- świądu sromu (ewentualna przyczyna),
- wydzieliny z pochwy, np. obfita śluzowa o nieprzyjemnym zapachu.

Zawsze czyni to ze względu na samopoczucie pacjentki (w tym możliwości radzenia sobie z danym stanem) i jej najbliższe otoczenie (rodzina, osoby bliskie).

B. Sfera psychicznego funkcjonowania człowieka. Aby w konsekwencji podjętych działań diagnostycznych mogło dojść do określenia stanu psychicznego podopiecznego, należy wcześniej dysponować takimi danymi, które pozwolą przede wszystkim na określenie podstawowych możliwości umysłowych pacjenta, w tym:

- rozumienia tego, co jest mówione przede wszystkim do niego,
- zapamiętywania, np. przekazywanych informacji, poleceń,
- przypomniania zdarzeń z niezbyt odległej przeszłości, dotyczących np. samopoczucia, wydolności, możliwości radzenia sobie,
- myślenia logicznego, objawiającego się wyrażaniem opinii zgodnych z prawdą,

- orientacji co do własnej osoby i najbliższego otoczenia, w tym w zdarzeniach, działaniach, ludziach, przedmiotach, pomieszczeniach oddziału,

- stosunku do sytuacji, w jakiej aktualnie znajduje się (szpitalnej, życiowej), stanu własnego zdrowia, hospitalizacji, pielęgnowania, leczenia, np. pozytywny, obojętny, negatywny; rzutowanie tych ocen na zachowanie,

- znaczenia przypisywanego zmianom w funkcjonowaniu własnego organizmu, w jakich kategoriach odbiera to, co wystąpiło, co się pojawiło, np. pozytywnych - dobrze, że pojawił się ból, bo to było sygnałem do zgłoszenia się do szpitala; obojętnych, np. nigdy nie interesował się, jak bije serce; bije to bije; negatywnych, np. jeśli został umieszczony w sali jednoosobowej, w samym końcu korytarza to oznacza, że jest źle,

- sposobu reagowania pacjenta w określonej sytuacji zdrowotnej i opiekuńczej, czyli co jest charakterystycznego w jego zachowaniu (np. kiedy boi się, to mówi bardzo szybko i niewyraźnie), jest zadowolony (np. wielokrotnie powtarza to samo zdanie), cieszy się (podskakuje i macha rękoma).

Aby dane dotyczące funkcjonowania człowieka w obrębie omawianej sfery mogły być pełne, przedmiot zawodowego zainteresowania pielęgniarki powinny stanowić także zagadnienia dotyczące chorego, jak:

- jego nawyki (głównie związane ze stylem życia),
- oczekiwania (dotyczące pielęgnowania, leczenia, związane np. z pobytem w szpitalu),
- nastawienia (np. do opieki, do zespołu terapeutycznego jako całości i/lub jego poszczególnych członków),
- wartość i znaczenie przypisywane faktom oraz zdarzeniom (związanym ze zdrowiem, chorobą, cierpieniem, operacją),
- doświadczenia życiowe i ich odzwierciedlenie w zachowaniu (np. w warunkach hospitalizacji).

Dane pozwalające dochodzić przyczyn stanów przeżywanych i przejawianych przez podopiecznego wzbogacają bank informacji, tworzony dla potrzeb świadczenia pielęgnowania jak najbardziej „dopasowanego” do stanu podopiecznego.

C. Sfera społecznego funkcjonowania człowieka. Dla zgromadzenia możliwie pełnych danych konieczne jest poznanie:

– pacjenta jako członka rodziny i społeczności, w skład której wchodzi i którą współtworzy,

– rodziny (osób bliskich), czyli tych, którzy stanowią dla niego określoną wartość, a także przeżywają wraz z nim problemy zdrowotne. To z kolei wpływa na funkcjonowanie rodziny jako całości.

Pacjent jako członek rodziny i społeczności. Wśród poszukiwanych przez pielęgniarkę danych powinny znaleźć się takie, jak:

– wiek (przy zauważalnej różnicy pomiędzy wiekiem metrykalnym i biologicznym warto odnotować obydwie wartości; ma to dość istotne znaczenie dla planowania pielęgnowania),

– wykształcenie (pozwala na wstępną orientację jak bliskie/dalekie jest to, co pacjent zdobył w ramach wykształcenia zawodowego temu, co powinien przyswoić sobie w planowanym programie opieki),

– źródło utrzymania (stałe, okresowe; może wywierać bezpośredni wpływ na stan pacjenta/rodziny),

– zawód (obecnie coraz częściej to, czy jest czynny zawodowo),

– warunki pracy i zamieszkania (w subiektywnej ocenie pacjenta, niekiedy wraz z podaniem, na czym opiera swoje opinie oraz czy mają one wpływ na samopoczucie jego i/lub rodziny),

– dzienna aktywność (w tym czas trwania pracy i wypoczynku),

– wydolność w podstawowych czynnościach dnia codziennego (higiena własna i najbliższego otoczenia, np. wydolny, częściowo wydolny, niewydolny; jest to jedna z bardziej znaczących informacji dla potrzeb sformułowania rozpoznania pielęgniarskiego i konsekwentnie – zaplanowania takiej opieki, jakiej podopieczny potrzebuje).

Niezbędne jest także dysponowanie danymi o:

– przyzwyczajeniach, upodobaniach, nałogach pacjenta: charakter, rodzaj, subiektywny stosunek pacjenta do nich,

– rolach pełnionych przez niego w życiu: rodzinnym, zawodowym, pozazawodowym (np. rola syna – musi sprawować opiekę nad chorą matką, oprócz tego jest studentem; rola ojca – musi zagwarantować dzieciom dobry start życiowy, świadczyć pomoc swoim starym i schorowanym rodzicom; męża – pomagać żonie w prowadzeniu domu).

Zbyt wiele ról pełnionych przez jednego człowieka może spowodować stan przeciążenia, który z kolei może rzutować na samopoczucie, na aktualny stan zdrowia. Możemy dowiedzieć się, że np. dany człowiek wszedł w system opieki zdrowotnej z całym bagażem trudności, wynikających z dotychczas pełnionych ról, a w szpitalu czeka go konieczność wejścia w nową, najczęściej nieznaną mu rolę – rolę pacjenta, co – jak pokazuje praktyka – nie jest wcale łatwe.

Może to wymagać rezygnacji z dotychczasowych przyzwyczajzeń (np. głośnego słuchania muzyki), innego niż dotychczas sposobu zachowania (np.: chodzenia w ciągu dnia w piżamie, mówienia nieznanym osobom o problemach zdrowotnych, często bardzo intymnych), postępowania zgodnego z oczekiwaniami pielęgniarek, lekarzy i innych członków zespołu terapeutycznego.

Rodzina pacjenta i osoby mu bliskie. Dla potrzeb pielęgnowania istotne jest dysponowanie danymi obrazującymi:

– struk
z dzieckien
– wydc
nych obraz
odległość n
– zdoln
– relacj
mieszkając
przy planow
bliższego p
nia której r
rowana i na

6.4.1.2 Faza 2. A1

Zgromadzor
traktowaneg
analizy i syr
– w trak
informacji is
– mylne;
pomiędzy za
– zgrom:
a nie proble
cjentów), pe
tywnie odbie
Nieprawi
czym do pod
– zakłóce
dowiskiem, v
gniarki: zmę
zbyt wyraźne
Analiza c
szansę dokon
Wśród da
rych prawidł
za możliwośc
nia, które z ir
tycznego (np.
Ilościowa
mym celowy.
poza jej kom
przedstawicie
się na tym, cc
sowania.

a możliwie
dział i którą
słoną war-
wpływa na
przez pielę-
biologicz-
a planowa-
jest to, co
przyswoić
wpływ na

a, niekiedy
w na samo-

iena własna
jest to jed-
nania pielę-
ieczny po-

rodzaj, su-

pozazawo-
icz tego jest
owy, świad-
onie w pro-

odować stan
y stan zdro-
opieki zdro-
nionych ról,
aną mu rolę

np. głośnego
: chodzenia
ch zdrowot-
niami pielę-

istotne jest

- strukturę rodziny pacjenta (np.: jedno-, dwu-, trzypokoleniowa, rodzic z dzieckiem, osoba samotna),
- wydolność opiekuńczą rodziny (można wnioskować o tym na podstawie danych obrazujących: wiek poszczególnych członków, obciążenie pracą zawodową, odległość miejsca pracy od miejsca zamieszkania itd.),
- zdolność do podjęcia opieki nad członkiem rodziny,
- relacje (więzi) pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny lub osobami mieszkającymi pod „wspólnym dachem” a pacjentem. Jest to szczególnie ważne przy planowaniu opieki, w którą będą musiały włączyć się także osoby z kręgu najbliższego pacjenta. Nie będzie to opieka profesjonalna, czyli taka, do świadczenia której merytorycznie i praktycznie przygotowana została pielęgniarka, ale inspirowana i nadzorowana przez nią.

6.4.1.2

Faza 2. Analizowanie, syntetyzowanie danych

Zgromadzone przez pielęgniarkę informacje, dotyczące funkcjonowania człowieka traktowanego jako jedność biopsychospołeczna, muszą być poddane procesowi analizy i syntezy. Jest to konieczne dla ustalenia, czy np.:

- w trakcie gromadzenia i dokumentowania nie doszło do pominięcia jakiegś informacji istotnej dla przyszłego pielęgnowania,
- mylnego odnotowania faktu, co może się uwidocznić w postaci niezgodności pomiędzy zapisami,
- zgromadzone dane są wiarygodne (odnoszą się do pacjenta i jego środowiska, a nie problemów, jakie napotyka pielęgniarka w pielęgnowaniu poszczególnych pacjentów), pełne (w tym dotyczące tego co jest obiektywnym faktem, ale i subiektywnie odbierane przez danego człowieka).

Nieprawidłowości i braki mogą być spowodowane wieloma czynnikami, przy czym do podstawowych należy zaliczyć:

- zakłócenia występujące w trakcie gromadzenia danych (np. związane ze środowiskiem, w którym są gromadzone: hałas, obecność innych osób; z osobą pielęgniarki: zmęczenie, używanie niejednoznacznych określeń w zapisach danych, niezbyt wyraźne pismo).

Analiza dokonywana na tym poziomie realizacji procesu pielęgnowania daje szansę dokonania poprawek i niezbędnych uzupełnień.

Wśród danych, gromadzonych przez pielęgniarkę, mogą znaleźć się i takie, których prawidłowe wykorzystanie, w tym rozumienie i interpretowanie wykracza poza możliwości i kompetencje (uprawnienia) pielęgniarki. Prawda ta wymaga ustalenia, które z informacji powinny być przekazane innym członkom zespołu terapeutycznego (np. lekarzowi, psychologowi klinicznemu).

Ilościowa i jakościowa ocena danych porządkuje je w sposób założony, tym samym celowy. Chroni to pielęgniarkę przed wchodzeniem w obszary znajdujące się poza jej kompetencjami zawodowymi, w obszary działań pozostających w gestii przedstawicieli innych zawodów medycznych i paramedycznych. Pozwala skupić się na tym, co z założenia stanowić powinno przedmiot jej zawodowego zainteresowania.