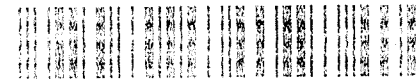


PIELEGNIARSTWO ĆWICZENIA

1

Biblioteka Główna Akademii
Medycznej w Warszawie
W. 97003



011-097003-00-0

Tom 1

Część I. Podstawy teoretyczne działalności praktycznej pielęgniarki

1. Pielęgniarstwo
2. Pielęgowanie
3. Pielęgniarka

Część II. Działalność praktyczna pielęgniarki. Zadania profilaktyczne i udział w procesie diagnozowania

4. Rola pielęgniarki w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji pacjenta
5. Działania pielęgniarki na rzecz zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa
6. Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania

Tom 2

Część III. Działalność praktyczna pielęgniarki. Zadania w procesie terapii, w usprawnianiu, w edukacji i w pielęgowaniu

7. Udział pielęgniarki w procesie leczenia
8. Udzielanie przez pielęgniarkę pierwszej pomocy
9. Udział pielęgniarki w usprawnianiu pacjenta
10. Udział pielęgniarki w tworzeniu warunków do utrzymania funkcji biologicznych organizmu pacjenta
11. Pomaganie pacjentowi w wykonywaniu czynności zapewniających komfort w codziennym życiu
12. Udział pielęgniarki w edukacji zdrowotnej
13. Działania pielęgniarki na rzecz przygotowania podopiecznych do samoopieki i świadczenia opieki nieprofesjonalnej
14. Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

PIELĘGNIARSTWO ĆWICZENIA

1

PODRECZNIK DLA STUDIÓW MEDYCZNYCH

Redakcja naukowa dr n. przyr. WIESŁAWA CIECHANIEWICZ

Wydanie III zmienione i uzupełnione



Warszawa
Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Wszystkie prawa zastrzeżone.
Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki
bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.



Redaktor: *Anna Siedlecka*
Redaktor techniczny: *Jacek Piotrowski*
Korekta: *Barbara Staśkiewicz, Barbara Mlyńczak*

Projekt okładki i stron tytułowych: *Magdalena Kaczmarezyk*
Zdjęcie na okładce: Agencja Fotograficzna Corbis

ISBN: 978-83-200-3727-2 (całość)

ISBN: 978-83-200-3728-9 (tom 1)

Wydanie III (dodruk)

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10
tel. (0-22) 695-40-33

Księgarnia wysyłkowa:
tel. (0-22) 695-44-80
infolinia: 0-801-142-080
www.pzwl.pl
e-mail: promocja@pzwl.pl

Skład i lamowanie: MATER, Warszawa
Druk i oprawa: Wrocławska Drukarnia Naukowa

AUTORZY

Wiesława Ciechaniewicz

dr n. przyr., mgr pielęgniarstwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauki
o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Joanna Czyżewska-Świecka

mgr pielęgniarstwa, Medyczne Studium Zawodowe im. S. Liebharta w Lublinie

Anna Felińska

mgr pielęgniarstwa, Medyczne Studium Zawodowe im. S. Liebharta w Lublinie

Jolanta Górajek-Jóźwik

dr n. przyr., mgr pielęgniarstwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauki
o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Ewa Jakubaszek

mgr pielęgniarstwa, Medyczne Studium Zawodowe im. S. Liebharta w Lublinie

Krystyna Jewsiejczyk

mgr pedagogiki, pielęgniarka, Medyczne Studium Zawodowe im. S. Liebharta w Lublinie

Ewa Łoś

mgr pielęgniarstwa, Medyczne Studium Zawodowe im. S. Liebharta w Lublinie

Krzyszyna Makolus

mgr pedagogiki, pielęgniarka, emerytowany nauczyciel Medycznego Studium Zawodowego im. S. Liebharta w Lublinie

Maria Pieniążek

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Zdzisława Szadowska-Szlachetka

mgr pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Alicja Wierzbicka

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

Barbara Ziętek

mgr pielęgniarstwa, Medyczne Studium Zawodowe im. S. Liebharta w Lublinie

PRZEDMOWA

Pielęgniarstwo jest uznawane za odrębną dziedzinę o specyficznym zakresie wiedzy i praktyki. Profesjonalne pielęgnowanie wymaga wykorzystywania tej wiedzy, stałego jej wzbogacania i weryfikowania w trakcie nabywania doświadczeń praktycznych. Podstawowe umiejętności w zawodzie są niezmiennie i wynikają z jego istoty. Rozwój nauki uzasadnia i wzbogaca zakres działań pielęgniarki, wprowadza do praktyki opiekuńczej nowe metody i techniki wymagające opanowania dodatkowych umiejętności. Intencją i zasadniczym celem tego opracowania jest przedstawienie najistotniejszych, podstawowych zagadnień i problemów, które powinna umieć rozwiązywać pielęgniarka w działaniach opiekuńczych na rzecz podopiecznego.

Myślą przewodnią podręcznika jest ukazanie pielęgniarstwa z perspektywy roli i zadań zawodowych pielęgniarki, przede wszystkim tych, które realizuje na rzecz podmiotu opieki. W pierwszej części omówiono istotę pielęgniarstwa, zawodowego pielęgnowania, roli pielęgniarki w zespole opiekuńczym i terapeutycznym. W kolejnych dwóch częściach przedstawiono zakres i metody działań, które pielęgniarka może realizować w ramach funkcji zawodowych: profilaktycznej, promowania zdrowia, opiekuńczej, terapeutycznej, wychowawczej i rehabilitacyjnej.

W podręczniku omówiono zakres i charakter zadań zawodowych pielęgniarki wynikających ze współczesnego rozumienia pielęgniarstwa, wyjaśniono ogólne zasady obowiązujące w działalności zawodowej, przedstawiono metody i procedury rozwiązywania zadań opiekuńczych. Skoncentrowano się na tych umiejętnościach pielęgniarki, które dotyczą wykonywania działań na rzecz podopiecznego. Zaproponowane ćwiczenia sprawdzające, do samodzielnego wykonania i problemowe umożliwią Czytelnikowi praktyczne wykorzystanie nabytej wiedzy.

Ogromny udział w tworzeniu podręcznika mają wszyscy moi nauczyciele, nauczyciele i pielęgniarki z całej Polski, z którymi współpracowałam i współpracuję w wielu formach kształcenia i doskonalenia. Swoje udziały mają również studenci i absolwenci Wydziału Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu AM w Lublinie. Doświadczenia zdobyte w czasie tych różnorodnych spotkań umożliwiły sformułowanie odpowiedzi na pytanie, kim jest i powinna być pielęgniarka realizująca się zawodowo we współczesnym polskim pielęgniarstwie, jakie podstawowe umiejętności powinna opanować, aby efektywnie pracować na rzecz podopiecznego.

O zawartości merytorycznej poszczególnych rozdziałów zdecydowali ich autorzy. W większości są nimi doświadczeni nauczyciele jednej ze szkół medycznych w Lublinie, szkoły o bogatym dorobku i długiej tradycji w kształceniu pielęgniarek. Wśród autorów są też nauczyciele akademicy Wydziału Pielęgniarstwa i Nauki o Zdrowiu AM w Lublinie, od lat zajmujący się problematyką pielęgniarstwa. Cenne wskazówki pozwalające ostatecznie zredagować tekst przekazali recenzenci pracy. Wszystkim tym osobom serdecznie dziękuję.

Pielęgniarstwo to zawód o jasno określonych zadaniach, odpowiadających konkretnym potrzebom społecznym, to dziedzina praktyczna i stale rozwijająca się dyscyplina naukowa. Czytelnik korzystający z tego opracowania powinien mieć świadomość, że znajdzie w nim jedynie niezbędne minimum wiedzy umożliwiającej opanowanie podstawowych umiejętności zawodowych. Żaden podręcznik nie może objąć całości zawartych w jego tytule zagadnień i nie powinien być jedynym źródłem wiedzy uczącego się. Tę wiedzę i umiejętności należy stale, praktycznie przez całe życie zawodowe, doskonalić i wzbogacać, korzystając z wszelkich możliwych i dostępnych źródeł.

Wiesława Ciechaniewicz

SPOSÓB KORZYSTANIA Z PODRĘCZNIKA

Niniejszy dwutomowy podręcznik składa się z trzech części:

I część: *Podstawy teoretyczne działalności praktycznej pielęgniarki.* W tej części przedstawiono rolę i zadania zawodowe pielęgniarki w odniesieniu do zadań współczesnego pielęgniarstwa w systemie opieki i rozumienia zawodowego pielęgnowania.

II część: *Działalność praktyczna pielęgniarki. Zadania profilaktyczne i udział w procesie diagnozowania.* Ta część podręcznika poświęcona jest omówieniu działań pielęgniarki na rzecz zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa oraz omówieniu jej zadań i odpowiedzialności w rozpoznawaniu stanu pacjenta.

III część: *Działalność praktyczna pielęgniarki. Zadania w procesie terapii, w usprawnianiu, w edukacji i w pielęgnowaniu.* W tej części omówiono zadania i odpowiedzialność pielęgniarki podczas stosowania różnych metod leczenia i usprawniania pacjenta, metody pielęgnowania oraz istotę edukacji zdrowotnej i przygotowania pacjenta do samoopieki.

Tom pierwszy obejmuje część I i II, w **tomie drugim** umieszczono część III. Oba tomy zawierają spis kluczowych słów i pojęć oraz procedur wykonywania zabiegów opisanych w obu tomach.

Wskazane jest opanowanie umiejętności określonych w części I przed przystąpieniem do studiowania części II i III.

- Każdy rozdział II i III części podręcznika ma podobny układ i zawiera:
- **cele**, określające podstawowe umiejętności, które powinna opanować osoba pracująca z podręcznikiem,
 - **kluczowe słowa, pojęcia**; alfabetyczny spis tych pojęć umieszczono na początku podręcznika,
 - **definicje** używanych pojęć, ukazanie relacji między nimi,
 - **ogólne zasady** obowiązujące w działalności opiekuńczej,
 - **procedury wykonania zadań** i czynności, w większości wzbogacone algorytmami; alfabetyczny spis wszystkich procedur umieszczono na początku podręcznika.

Przy nazwie każdego zabiegu lub badania umieszczono znak graficzny, określając kompetencje pielęgniarki podczas wykonywania zadania:

- – pielęgniarka samodzielnie wykonuje badanie (zabieg), nie jest konieczne zlecenie lekarza,
- – pielęgniarka samodzielnie wykonuje badanie (zabieg), nie jest konieczne zlecenie lekarza, wymagane jest specjalne przygotowanie pielęgniarki, tzn. posiadanie specjalizacji z określonej dziedziny pielęgniarstwa lub ukończenie kursu doskonalącego (kwalifikacyjnego),
- + – pielęgniarka samodzielnie wykonuje badanie (zabieg), konieczne jest zlecenie lekarza.
- – pielęgniarka uczestniczy, pomaga (asystuje) lekarzowi w wykonaniu badania (zabiegu), np. opiekuje się pacjentem przed badaniem (zabiegiem), w czasie i po jego wykonaniu,
- * – pielęgniarka przygotowuje sprzęt, opiekuje się pacjentem przed wykonaniem i po wykonaniu badania (zabiegu).

Uwaga. Określenie udziału pielęgniarki w wykonaniu badań (zabiegów) wynika z zapisów ustawy o zawodzie pielęgniarki i rozporządzeń ministra zdrowia obowiązujących w chwili opracowania podręcznika; przepisy te mogą ulegać zmianie.

Na końcu rozdziałów podano:

- **zadania sprawdzające**, które umożliwią ocenę i samoocenę, na ile uczący się opanował wymagane treści (odpowiedzi na wszystkie zadania testowe umieszczono na końcu każdego rozdziału);
- **zadania do samodzielnego wykonania** (mają różną formę, wymagają korzystania z literatury, zebrania informacji albo wykonania zabiegu w warunkach symulowanych pracowni pielęgniarstwa);
- **literaturę** zawierającą wykaz pozycji, których przeczytanie umożliwi opanowanie wskazanych w rozdziale umiejętności i wzbogaci wiedzę uczącego się;
- **zadania problemowe**, których wykonanie wymaga zapoznania się z treścią całego rozdziału, poprawnego wykonania zadań sprawdzających i przeznaczonych do samodzielnego wykonania, zapoznania się z proponowaną literaturą oraz wykorzystania wiedzy z zakresu anatomii, fizjologii, psychologii i pedagogiki; niektóre zadania problemowe mogą być rozwiązywane w formie prac pisemnych, inne podczas pracy na zajęciach lub w ramach samokształcenia (praca indywidualna, w grupach lub w czasie dyskusji zespołowych).

Układ poszczególnych rozdziałów w II i III części podręcznika jest podporządkowany zadaniom, jakie pielęgniarka może wykonywać na rzecz podmiotu opieki. Kolejność realizacji treści kształcenia pozostawiamy decyzji nauczyciela. Jednak proponowane w kolejnych rozdziałach zadania wymagają od uczącego się stopniowo coraz większej dojrzałości zawodowej i umiejętności podejmowania decyzji na podstawie wcześniej opanowanej wiedzy. Stąd niejednokrotnie pojawiają się uwagi w tekście o konieczności zapoznania się z treścią wcześniejszego rozdziału.

Założono, że uczący się powinien wracać kilkakrotnie do każdego rozdziału podręcznika. Najpierw opanowując umiejętności konieczne do wykonania zadań sprawdzających, potem tych do samodzielnego wykonania, na końcu rozwiązując wszystkie zadania problemowe. Pozwoli to na rzetelne opanowanie podstawowych umiejętności zawodowych stanowiących podstawę do studiowania pielęgniarstwa specjalistycznego.

Autorki

KLUCZOWE SŁOWA, POJĘCIA OMÓWIONE W PODRĘCZNIKU

Aktywność
Algorytm
Antyseptyka
Aseptyka

Badania laboratoryjne
Badania specjalistyczne inwazyjne
Badania specjalistyczne
nieinwazyjne
Badania ogólne,
Badanie podmiotowe
Badanie przedmiotowe
Badanie specjalistyczne
Balneoterapia
Bańki lekarskie
Bilans płynów
Biopsja
Bradykardia

Cewnikowanie
Ciepłolecznictwo
Ciśnienie krwi

Ćwiczenia usprawniające

Dezynfekcja
Diagnoza
Dieta
Dobrostan
Drenaż ułożeniowy
Drgawki
Działalność naukowa

Edukacja pacjenta
Edukacja zdrowotna
Endoskopia

Filozofia pielęgniarstwa
Fizjoterapia
Fizykoterapia
Funkcja oddychania i krążenia
Funkcje zawodowe pielęgniarki

Gimnastyka oddechowa

Higiena osobista
Higiena otoczenia
Hipertermia
Hiperwentylacja
Hipotermia
Hipotonia
Hipowentylacja
Homeostaza
Hydroterapia

Inhalacje
Irygacja

Jatrogenia

Karmienie pacjentów
Kąpiel
Kąpiel lecznicza
Kinezyterapia
Kolektomia

Kolostomia
Komunikowanie
Kontaminacja
Krioterapia
Krwotok

Leczenie spoczynkowe
Leczenie bodźcowe
Leczenie dietetyczne
Leczenie farmakologiczne
Leczenie klimatyczne
Leczenie zabiegowe
Lewatywa

Masaż
Materiał opatrunkowy
Materiał zakaźny
Model biologiczny
Model humanistyczny
Model pielęgnowania
Mycie ciała

Nagle zatrzymanie krążenia
Nakłucie jam ciała
Nauka o pielęgniarstwie
Nietrzymanie moczu
Norma jakości opieki

Obrażenia termiczne
Ocena podstawowych czynności
życiowych
Ocena stanu
Ocenianie
Odleżyna
Odpalenie skóry
Odzież ochronna
Odżywianie
Oglądanie
Oklepywanie
Oklad
Opatrunek
Opieka
Opieka hospicyjna
Opieka nieprofesjonalna
Opieka paliatywna
Opieka profesjonalna
Opieka terminalna
Opieka zdrowotna

Pielęgniarka
Pielęgniarstwo
Pielęgnowanie
Pierwsza pomoc
Podmiot opieki
Pojenie pacjentów
Pomoc społeczna
Pomoc w ubieraniu
i rozbieraniu się
Pomoc w ułożeniu w różnych
pozycjach
Pośredni masaż serca
Potrzeby biologiczne
Powikłania
Prawa pacjenta
Procedura postępowania
Proces diagnozowania
Proces leczenia
Proces pielęgnowania
Profilaktyka
Przetoka
Psychoterapia
Psychoterapia elementarna

Rana
Reanimacja
Rehabilitacja
Rehabilitacja kompleksowa
Rehabilitacja lecznicza
Rehabilitacja psychologiczna
Rehabilitacja społeczna
Rehabilitacja zawodowa
Relacje interpersonalne
Resuscytacja

Samodzielność zawodowa
pielęgniarki
Samoopieka
Sen
Ślanie łóżka
Stan podmiotu opieki
Stan świadomości
Standard opieki
Sterylizacja
Stomia
Stomia pętłowa
Sztuczna wentylacja płuc

Światłolecznictwo

Teorie pielęgniarstwa
Terapia cewnikowa
Terapia pracą
Terapia radioizotopowa
Terapia zajęciowa
Termoregulacja
Tętno
Tlenoterapia
Toaleta ciała
Tracheotomia

Udogodnienia
Udrożnienie dróg oddechowych
Ułożenie w pozycji bezpiecznej
Urostomia
Usprawnianie psychiczne
Usprawnianie społeczne
Utrata przytomności

Wewnętrzny zbiornik jelitowy
Wielozawodowy zespół opiekuńczy
Wlew doodbytniczy
Wlew dożylny

Wsparcie społeczne
Wstrzyknięcia
Wydalenie kału
Wydalenie moczu
Wymaz
Wypoczynek
Wziernikowanie

Zabiegi doodbytnicze (dorektalne)
Zabiegi przeciwzapalne
Zakażenie
Zakażenie egzogenne
Zakażenie endogenne
Zakład opieki zdrowotnej
Zasady postępowania
Zatrzymanie oddechu
Zespół opiekuńczy
Zespół terapeutyczny
Zespół wypalenia zawodowego
Zindywidualizowanie pielęgnowania
Złamanie

Żywienie dojelitowe (enteralne)
Żywienie pozajelitowe (parenteralne)

PROCEDURY, ALGORYTMY POSTĘPOWANIA OMÓWIONE W PODRĘCZNIKU

Angiografia
 Badanie ginekologiczne
 Badanie krwi na OB
 Badanie ogólne moczu
 Badanie proktologiczne
 Bańki lekarskie
 Bilans płynów
 Bronchoskopia
 Cewnikowanie pęcherza moczowego
 Chirurgiczne mycie rąk
 Ćwiczenia gimnastyczne bierne
 Ćwiczenia gimnastyczne czynne
 Dobowa zbiórka moczu
 Drenaż ułożeniowy
 Elektrokardiografia
 Gastroskopia
 Gimnastyka oddechowa
 Inhalacje
 Irygacja stomii
 Karmienie pacjenta
 Karmienie przez przetokę
 Karmienie przez zgłębnik
 Kąpiel niemowlęcia
 Kąpiel w wannie

Kąpiele lecznicze
 Kolonoskopia
 Kroplowy wlew dożylny
 Laparoscopia
 Masaż skóry
 Mycie głowy w łóżku
 Mycie pacjenta w łóżku
 Mycie pod natryskiem
 Mycie rąk, higieniczne mycie rąk
 Mycie zębów
 Nacieranie
 Nakłucie jamy brzusznej
 Nakłucie jamy opłucnej
 Nakłucie łądźziowe
 Naświetlanie lampą soluks
 Ocena koordynacji ruchowej
 Ocena masy ciała
 Ocena napięcia mięśniowego
 Ocena ostrości wzroku
 Ocena reakcji odruchowej
 Ocena równowagi ciała
 Ocena słuchu
 Ocena stanu jamy ustnej i narządu
 żucia
 Ocena stanu powłok skórnych
 i włosów
 Ocena wzrostu
 Ocena zakresu wykonywanych ruchów

Oklepywanie
 Okład ciepły
 Okład zimny
 Opatrywanie ran
 Plukanie oka
 Plukanie pęcherza moczowego
 Plukanie żołądka
 Pobieranie krwi do badań
 Pobranie kału do stwierdzenia jaj pa-
 sożytów
 Pobranie kału na krew utajoną
 Pobranie moczu na posiew
 Pobranie szpiku kostnego
 Podawanie basenu
 Podawanie kaczki
 Podawanie leków doustnie
 Podawanie leku do ucha
 Podawanie leku na skórę
 Podawanie tlenu
 Pojenie pacjenta
 Pomiar glukozy we krwi
 Pomoc przy siadaniu
 Pomoc przy wstawaniu
 Postępowanie z materiałem zakaźnym
 Postępowanie z tracheotomią
 Pośredni masaż serca
 Przenoszenie pacjenta z łóżka na fotel
 Przenoszenie pacjenta z łóżka na
 wózek
 Przewijanie niemowlęcia
 Przygotowanie materiału opatrunko-
 wego do sterylizacji
 Przygotowanie narzędzi do sterylizacji
 Przygotowanie narzędzi i materiału
 opatrunkowego
 Przygotowanie stolika opatrunkowego
 Przygotowanie zestawu
 przeciwwstrząsowego
 Rektoskopia
 Rezonans magnetyczny
 Scyntygrafia
 Stanie łóżka
 Spirometria
 Stosowanie udogodnień dla pacjenta
 leżącego w łóżku

Sucha rurka do odbytu
 Sztuczna wentylacja płuc

Tamowanie krwawienia z nosa
 Tamowanie krwotoków
 Toaleta drzewa oskrzelowego
 Toaleta jamy ustnej
 Toaleta noworodka
 Tomografia komputerowa

Udrażnianie dróg oddechowych
 Układanie pacjenta w różnych
 pozycjach
 Ultrasonografia
 Ułożenie na boku
 Ułożenie w pozycji bezpiecznej
 Unieruchamianie złamanej
 kończyny

Wlewka doodbytnicza lecznicza
 Wlewka doodbytnicza
 przeczyszczająca
 Wstrzyknięcie domięśniowe
 Wstrzyknięcie dożylnie
 Wstrzyknięcie podskórne
 Wstrzyknięcie śródskórne
 Wymaz z gardła
 Wymaz z nosa
 Wysokie ułożenie

Zakładanie odzieży ochronnej
 Zakładanie cewnika Foleya na stałe
 Zakładanie czepca przeciw wszawicy
 Zakładanie czopków
 Zakładanie rękawiczek ochronnych
 Zakładanie wenflonu
 Zakraplanie leku do nosa
 Zakraplanie leku do oka
 Założenie i zmiana opatrunku
 Zgłębnikowanie żołądka
 Zimny żel
 Zmiana bielizny pościelowej
 całkowita
 Zmiana bielizny pościelowej
 częściowa
 Zmiana woreczka stomijnego
 Zmiana woreczka urostomijnego

SPIS TREŚCI

Tom 1

Część I **PODSTAWY TEORETYCZNE DZIAŁALNOŚCI PRAKTYCZNEJ** **PIELĘGNIARKI** 1

Rozdział 1. Pielęgniarstwo — <i>Jolanta Górajek-Jóźwik</i>	3
1.1. Cele rozdziału	4
1.2. Kluczowe słowa, pojęcia	4
1.3. Pielęgniarstwo — historia, rozwój, istota	4
1.4. Misja pielęgniarstwa	8
1.5. Filozofia pielęgniarstwa	10
1.6. Teorie pielęgniarstwa	11
Zadania sprawdzające	18
Zadania do samodzielnego wykonania	19
Literatura	20
1.7. Pielęgniarstwo — zakres i charakter pojęcia	20
1.7.1. Opieka, opiekowanie się	21
1.8. Istota współczesnego pielęgniarstwa	25
1.8.1. Autonomia	26
1.8.2. Zdrowie	29
1.8.3. Komunikowanie w pielęgniarstwie	32
1.9. Problemy współczesnego pielęgniarstwa	39
Zadania sprawdzające	41
Zadania do samodzielnego wykonania	42
Literatura	44
1.10. Działalność naukowa w pielęgniarstwie	45
1.10.1. Badania — zakres i charakter	48
1.10.2. Metody badań	51

1.11. Pielęgniarstwo budowane na faktach	54
Zadania sprawdzające	56
Zadania do samodzielnego wykonania	56
Literatura	58
Zadania problemowe do rozdziału 1	58
Rozdział 2. Pielęgowanie — Jolanta Górajek-Jóźwik	60
2.1. Cele rozdziału	61
2.2. Kluczowe słowa, pojęcia	61
2.3. Pielęgowanie — pielęgnowanie; teoria a praktyka	62
2.4. Podmiot opieki w pielęgnowaniu	64
2.4.1. Autonomia podmiotu opieki	77
2.5. Istota działalności praktycznej	79
2.5.1. Pielęgowanie ukierunkowane na potrzeby	85
2.5.2. Pielęgowanie ukierunkowane na problemy	87
2.5.3. Pielęgowanie ukierunkowane na stan	89
2.6. Problemy współczesnej opieki pielęgniarskiej	90
Zadania sprawdzające	92
Zadania do samodzielnego wykonania	93
Literatura	95
2.7. Pielęgowanie zindywidualizowane — historia, rozwój, istota	96
2.7.1. Podstawy teoretyczne zindywidualizowanego pielęgnowania	103
2.7.2. Organizacja zindywidualizowanego pielęgnowania	109
2.7.3. Zasady zindywidualizowanego pielęgnowania	110
Zadania sprawdzające	115
Zadania do samodzielnego wykonania	116
Literatura	117
2.8. Ocenianie dla potrzeb pielęgnowania	119
2.8.1. Zakres i charakter oceniania i oceny	121
2.8.2. Dokumentowanie wyników oceniania i oceny	124
2.8.3. Zasady oceniania i oceny	126
2.8.4. Konsekwencje oceniania i kategoryzowania w pielęgnowaniu	130
Zadania sprawdzające	132
Zadania do samodzielnego wykonania	133
Literatura	134
Zadania problemowe do rozdziału 2	134
Rozdział 3. Pielęgniarka — Wiesława Ciechaniewicz	136
3.1. Cele rozdziału	137
3.2. Kluczowe słowa, pojęcia	137
3.3. Pielęgniarka — profesjonalista w pielęgnowaniu	138
3.4. Pielęgniarka w systemie opieki	140
3.4.1. Opieka zdrowotna, opieka profesjonalna i nieprofesjonalna	140
3.4.2. Zadania pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej i miejscu świadczenia opieki	145

3.5. Pielęgniarka a podmiot opieki	147
3.6. Pielęgniarka w zespole opiekuńczym	148
3.6.1. Zespołowe świadczenia opiekuńcze	148
3.6.2. Istota opieki holistycznej	152
Zadania sprawdzające	155
Zadania do samodzielnego wykonania	156
Literatura	156
3.7. Zadania zawodowe pielęgniarki	157
3.7.1. Funkcje zawodowe pielęgniarki	157
3.7.2. Zadania zawodowe pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki	159
3.7.3. Zadania zawodowe pielęgniarki na rzecz zawodu i własnego rozwoju	167
3.8. Przygotowanie pielęgniarki do zadań zawodowych	170
3.8.1. Kwalifikacje i kompetencje pielęgniarki	170
3.8.2. Autonomia pielęgniarki	172
Zadania sprawdzające	175
Zadania do samodzielnego wykonania	175
Literatura	175
3.9. Podstawa działalności zawodowej pielęgniarki	176
3.9.1. Ogólne zasady postępowania	176
3.9.2. Procedury i algorytmy postępowania	178
3.9.3. Normy praktyki zawodowej	179
Zadania sprawdzające	181
Zadania do samodzielnego wykonania	182
Literatura	182
Zadania problemowe do rozdziału 3	183

Część II
DZIAŁALNOŚĆ PRAKTYCZNA PIELĘGNIARKI. ZADANIA
PROFILAKTYCZNE I UDZIAŁ W PROCESIE DIAGNOZOWANIA 185

Rozdział 4. Rola pielęgniarki w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji pacjenta — Wiesława Ciechaniewicz	187
4.1. Cele rozdziału	187
4.2. Kluczowe słowa, pojęcia	188
4.3. Metody, sposoby i techniki stosowane w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji	188
4.4. Kompetencje pielęgniarki w diagnozowaniu, leczeniu, rehabilitacji pacjenta wynikające z zapisów ustawy o zawodzie	201
Zadania sprawdzające	202
Zadania do samodzielnego wykonania	203
Literatura	204
Zadania problemowe do rozdziału 4	204
Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 4	204

Rozdział 5. Działania pielęgniarki na rzecz zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa	205
5.1. Cele rozdziału — <i>Krystyna Jewsiejczyk, Ewa Jakubaszek, Krystyna Makolus</i>	206
5.2. Kluczowe słowa, pojęcia — <i>Krystyna Jewsiejczyk, Ewa Jakubaszek, Krystyna Makolus</i>	207
5.3. Działania pielęgniarki na rzecz bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu — <i>Krystyna Jewsiejczyk</i>	208
5.3.1. Bezpieczeństwo dziecka w szpitalu	212
5.3.2. Bezpieczeństwo pacjenta w wieku starszym	214
5.3.3. Bezpieczeństwo pacjenta nieprzytomnego	215
5.4. Zapobieganie powikłaniom w procesie pielęgnowania, diagnozowania, leczenia, rehabilitacji — <i>Krystyna Jewsiejczyk</i>	215
5.4.1. Szpital jako środowisko zakaźne	217
5.4.2. Aseptyka i antyseptyka	223
5.4.3. Metody utrzymania higieny rąk w działaniach pielęgnacyjnych	229
5.4.4. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi w przygotowaniu do zabiegu operacyjnego	232
5.4.5. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi diagnozowanemu metodami inwazyjnymi	237
5.4.6. Zapobieganie powikłaniom w procesie pielęgnowania i rehabilitacji	239
5.4.7. Zasady pielęgnowania pacjenta z chorobą zakaźną	242
5.5. Profilaktyka zakażeń — <i>Krystyna Jewsiejczyk</i>	245
5.5.1. Profilaktyka zakażeń w pracy pielęgniarki — bezpieczeństwo pielęgniarki	245
5.5.2. Profilaktyka zakażeń rany pooperacyjnej	248
5.5.3. Profilaktyka zakażeń dróg oddechowych	249
5.5.4. Profilaktyka zakażeń dróg moczowych u pacjenta z systemem drenażowym	251
5.5.5. Profilaktyka zakażeń podczas kaniulacji żył i wlewów dożylnych	253
5.5.6. Profilaktyka zakażeń w postępowaniu ze zwłokami	256
Zadania sprawdzające	258
Zadania do samodzielnego wykonania	262
Literatura	262
5.6. Procedury i algorytmy działań i zabiegów — <i>Ewa Jakubaszek</i>	263
5.6.1. Przygotowanie narzędzi do sterylizacji	263
5.6.2. Przygotowanie materiału opatrunkowego do sterylizacji	266
5.6.3. Postępowanie z materiałem zakaźnym	270
5.6.4. Mycie rąk, higieniczne mycie rąk	272
5.6.5. Chirurgiczne mycie rąk	274
5.6.6. Zakładanie rękawiczek ochronnych	276
5.6.7. Zakładanie odzieży ochronnej	279
5.6.8. Zakładanie czepca przeciw wszawicy	282
Zadania sprawdzające	285
Zadania do samodzielnego wykonania	287
Literatura	288
Zadania problemowe do rozdziału 5	288
Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 5	289

Rozdział 6. Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania	291
6.1. Cele rozdziału — <i>Ewa Łoś, Anna Felińska</i>	293
6.2. Kluczowe słowa, pojęcia — <i>Ewa Łoś, Anna Felińska</i>	293
6.3. Zadania pielęgniarki i zasady postępowania w procesie diagnozowania pacjenta — <i>Ewa Łoś, Anna Felińska</i>	294
6.4. Ocena podstawowych czynności życiowych — <i>Ewa Łoś</i>	297
6.4.1. Zakres oceny, stosowane metody i techniki	297
6.4.1.1. Oddychanie	297
6.4.1.2. Krążenie	301
6.4.1.3. Termoregulacja	303
6.4.1.4. Stan świadomości	306
6.4.2. Procedury i algorytmy stosowane w ocenie podstawowych czynności życiowych	307
6.4.2.1. Pomiar i obserwacja oddechu	307
6.4.2.2. Pomiar i obserwacja tętna	308
6.4.2.3. Pomiar ciśnienia tętniczego	310
6.4.2.4. Pomiar temperatury ciała	315
6.4.2.5. Ocena stanu świadomości	319
Zadania sprawdzające	320
Zadania do samodzielnego wykonania	322
Literatura	322
6.5. Ocena stanu ogólnego — <i>Ewa Łoś</i>	323
6.5.1. Zakres oceny, stosowane metody	323
6.5.1.1. Ocena masy ciała i wzrostu	323
6.5.1.2. Ocena narządu wzroku i słuchu	325
6.5.1.3. Ocena stanu układu kostno-stawowo-mięśniowego	326
6.5.1.4. Ocena aktywności	328
6.5.1.5. Ocena stanu skóry i włosów	330
6.5.1.6. Ocena stanu jamy ustnej	332
6.5.2. Procedury i algorytmy służące do oceny stanu ogólnego	334
6.5.2.1. Ocena masy ciała	334
6.5.2.2. Ocena wzrostu	335
6.5.2.3. Ocena słuchu	336
6.5.2.4. Ocena ostrości wzroku	337
6.5.2.5. Ocena zakresu wykonywanych ruchów	338
6.5.2.6. Ocena koordynacji ruchowej	343
6.5.2.7. Ocena równowagi ciała	344
6.5.2.8. Ocena napięcia mięśniowego	345
6.5.2.9. Ocena reakcji odruchowej	346
6.5.2.10. Ocena stanu powłok skórnych i włosów	349
6.5.2.11. Ocena stanu jamy ustnej i narządu żucia	351
Zadania sprawdzające	352
Zadania do samodzielnego wykonania	352
Literatura	353

6.6. Zadania pielęgniarki w zakresie wykonywania badań i pobierania materiału do badań laboratoryjnych — <i>Anna Felińska</i>	353
6.6.1. Procedury i algorytmy pobierania materiału do badań	356
6.6.1.1. Pobieranie krwi do badań	356
6.6.1.2. Pomiar glukozy we krwi	360
6.6.1.3. Badanie krwi na OB	365
6.6.1.4. Badanie ogólne moczu	368
6.6.1.5. Pobranie moczu na posiew	369
6.6.1.6. Dobowa zbiórka moczu	370
6.6.1.7. Bilans płynów	371
6.6.1.8. Pobranie kału do badania na krew utajoną	373
6.6.1.9. Pobranie kału do stwierdzenia obecności jaj pasożytów	374
6.6.1.10. Wymaz z nosa	375
6.6.1.11. Wymaz z gardła	376
6.6.1.12. Zgłębnikowanie żołądka	378
6.7. Zadania pielęgniarki w zakresie wykonywania badań specjalistycznych — <i>Anna Felińska</i>	381
6.7.1. Procedury i algorytmy wykonywania badań specjalistycznych inwazyjnych	382
6.7.1.1. Badanie proktologiczne	382
6.7.1.2. Badanie ginekologiczne	384
6.7.1.3. Gastroskopia	386
6.7.1.4. Kolonoskopia	389
6.7.1.5. Rektoskopia	391
6.7.1.6. Laparoscopia	393
6.7.1.7. Bronchoskopia	395
6.7.1.8. Nakłucie jamy opłucnej	398
6.7.1.9. Nakłucie jamy brzusznej	401
6.7.1.10. Pobranie szpiku kostnego	403
6.7.1.11. Nakłucie lędźwiowe	406
6.7.1.12. Scyntygrafia	410
6.7.1.13. Tomografia komputerowa	411
6.7.1.14. Angiografia	412
6.7.2. Procedury i algorytmy wykonywania badań specjalistycznych nieinwazyjnych	414
6.7.2.1. Spirometria	414
6.7.2.2. Ultrasonografia	415
6.7.2.3. Rezonans magnetyczny	416
6.7.2.4. Elektrokardiografia	417
Zadania sprawdzające	421
Zadania do samodzielnego wykonania	423
Literatura	424
Zadania problemowe do rozdziału 6	424
Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 6	425
Skorowidz	I

Część I

PODSTAWY TEORETYCZNE DZIAŁALNOŚCI PRAKTYCZNEJ PIELĘGNIARKI

Rozdział 1

PIELĘGNIARSTWO

Jolanta Górajek-Jóźwik

- 1.1. Cele rozdziału
 - 1.2. Kluczowe słowa, pojęcia
 - 1.3. Pielęgniarstwo — historia, rozwój, istota
 - 1.4. Misja pielęgniarstwa
 - 1.5. Filozofia pielęgniarstwa
 - 1.6. Teorie pielęgniarstwa
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
 - 1.7. Pielęgniarstwo — zakres i charakter pojęcia
 - 1.7.1. Opieka, opiekowanie się
 - 1.8. Istota współczesnego pielęgniarstwa
 - 1.8.1. Autonomia
 - 1.8.2. Zdrowie
 - 1.8.3. Komunikowanie w pielęgniarstwie
 - 1.9. Problemy współczesnego pielęgniarstwa
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
 - 1.10. Działalność naukowa w pielęgniarstwie
 - 1.10.1. Badania — zakres i charakter
 - 1.10.2. Metody badań
 - 1.11. Pielęgniarstwo budowane na faktach
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
- Zadania problemowe do rozdziału 1

1.1

Cele rozdziału

Po zapoznaniu się z treścią rozdziału Czytelnik:

- Scharakteryzuje wpływ medycyny i innych nauk na pielęgniarstwo.
- Porówna model biologiczny i humanistyczny w medycynie i pielęgniarstwie.
- Omówi podstawowe założenia filozofii pielęgniarstwa.
- Wyjaśni wieloznaczność pojęcia „pielęgniarstwo”.
- Zdefiniuje takie pojęcia, jak: teoria pielęgniarstwa, model pielęgniarstwa.
- Wykorzysta wybrane założenia teoretyczne w praktyce opiekuńczej.
- Wyjaśni, czym jest działalność naukowa w pielęgniarstwie.
- Opiszę początki badań naukowych w pielęgniarstwie.
- Scharakteryzuje pojęcie: badania naukowe w pielęgniarstwie.

1.2

Kluczowe słowa, pojęcia

Autonomia w pielęgniarstwie
Działalność naukowa
Filozofia pielęgniarstwa
Komunikowanie w pielęgniarstwie
Misja pielęgniarstwa
Nauka o pielęgniarstwie
Opieka, opiekowanie się
Pielęgniarstwo
Pomoc, pomaganie
Teorie (modele) pielęgniarstwa
Troska, troszczenie się
Zdrowie w pielęgniarstwie

1.3

Pielęgniarstwo — historia, rozwój, istota

Historia i rozwój pielęgniarstwa stanowią przedmiot wielu dostępnych opracowań. W większości z nich wyodrębnia się dwa znaczące dla pielęgniarstwa okresy:

- przednowoczesny i
- nowoczesny (Poznańska, 1989; Wrońska, 2004).

Ten ostatni łączy się z rokiem 1860 i osobą Florence Nightingale, twórczynią nowoczesnego, świeckiego pielęgniarstwa.

W tym rozdziale rozwój pielęgniarstwa ukazany będzie na tle dziedzin, z których pielęgniarstwo racjonalnie czerpało i nadal czerpie dla potrzeb własnego rozwoju (dziedziny wspomagające pielęgniarstwo). Są to przede wszystkim:

- medycyna oraz
- inne dyscypliny, takie jak: filozofia, psychologia, socjologia, pedagogika itd.

Przez długi okres swojej historii pielęgniarstwo było rozumiane i postrzegane jako element systemu leczenia, w którym obserwowana była stosunkowo silna dominacja modelu:

- biologicznego nad
- humanistycznym.

Uwaga. Aktualnie funkcjonujący model medyczny coraz bardziej zmierza w kierunku

- modelu humanistycznego.

Dodatkowo sytuację utrudniały takie zmienne, jak:

- piramidowy układ w systemie opieki z leczeniem i konsekwentnie lekarzem na samej górze,
- zbyt słabe uzasadnienie dla pielęgniarstwa teoretycznego i jego znaczenia dla praktyki.

To zaś rzutowało, bezpośrednio lub pośrednio, na rozumienie:

- istoty pielęgniarstwa,
- roli i miejsca w nim pielęgnującego i pielęgowanego,
- konieczności budowania praktyki na zweryfikowanej wiedzy,
- podporządkowania teorii potrzebom praktyki.

Model biologiczny w medycynie i jego rzutowanie na pielęgniarstwo:

– główna orientacja modelu:

- choroba i jej leczenie (człowiek postrzegany jako maszyna, w której coś się zepsuło i należy starać się naprawić); medycyna naprawcza — jako ważna, ale niekompletna (Klamut, 2003),
- lekarz jako jedyny terapeuta, specjalista od leczenia ciała i duszy, od naprawiania tego, co w organizmie człowieka nie funkcjonuje prawidłowo. Inni (np. pielęgniarka, psycholog kliniczny) powinni wspomagać proces leczenia, być pomocnikami lekarza w walce z chorobą.

Uwaga. Prawdą jest, że medycyna i leczenie chorób, to:

- autonomiczny obszar działalności lekarzy, którzy zostali do tego merytorycznie i praktycznie przygotowani.

Uwaga. Prawdą jest także i to, że w *modelu biologicznym* takie pojęcia, jak: pielęgniarstwo, pielęgnowanie, są:

- stosunkowo wąsko rozumiane (najczęściej jako zawód pomocniczy, którego celem jest pomaganie, oraz przedmiot nauczania realizowany na różnym poziomie kształcenia i doskonalenia zawodowego, np. pielęgnowanie w stacjach zagrożenia zdrowia i życia).

Konsekwentnie, pielęgniarka postrzegana jest jako:

- pomocnik lekarza (głównie poprzez podejmowanie określonych działań wynikających ze zleceń lekarskich; współudział w procesie leczenia).

To między innymi spowodowało, że w naszej rzeczywistości opiekuńczej pielęgniarstwo bardzo długo postrzegane było wyłącznie jako zawód, przy czym pomoc-

niczy w stosunku do zawodu lekarza. Przy próbach słownikowego definiowania podkreślano przyporządkowanie chorobie i chorym:

- „zawód polegający na sprawowaniu opieki nad chorym” (Skorupka, Auderska, Lempicka, 1969).

Model humanistyczny w medycynie i jego rzutowanie na pielęgniarstwo:

-- główna orientacja modelu:

- cały człowiek; byt fizyczny, intelektualny, emocjonalny, społeczny, duchowy (Klamut, 2003),
- zdrowie człowieka, jego utrzymanie i potęgowanie,
- człowiek zdrowy, narażony na zachorowanie, chory; człowiek w całej swej złożoności (biologicznej, psychicznej, społecznej, kulturowej i duchowej),
- racjonalna, dwustronna relacja: pielęgnowany ↔ pielęgnujący (inaczej: relacja terapeutyczna, przyjęta za podstawę podmiotowego podejścia).

Uwaga. Za stosunkowo nowy trend w szeroko rozumianej opiece należy uznać holizm wraz z jego założeniami. Mówiąc bardzo ogólnie, „(...) naturę zjawisk należy ujmować całościowo, a nie jako sumę części” (Wojnowska-Dawiskiba, 1996).

Uwaga. Takie rozumienie człowieka i jego środowiska zawsze było bliskie pielęgniarstwu (począwszy od F. Nightingale). Dziś przypisuje mu się różne znaczenie i wartość. Stąd holizm w odniesieniu do pielęgniarstwa oznacza:

- **postrzeganie podmiotu opieki w całej jego złożoności i świadczenie takiej opieki, która uwzględni wszystkie obszary życia i funkcjonowania człowieka (rodziny/innej niż rodzina grupy ludzi), we wszystkich stanach zdrowia, jakie mogą być doświadczane.**

Uwaga. Pielęgniarstwo, pozostające na usługach praktycznego pielęgnowania, dostarcza interdyscyplinarnej wiedzy o człowieku, jego życiu, zdrowiu i czynnikach mogących je zakłócać. Jest to:

- warunek podstawowy świadczenia opieki pielęgniarskiej opartej na założeniach holizmu.

Zapamiętaj:

Współcześnie rozumiane i praktykowane pielęgniarstwo, podobnie jak inne dyscypliny opiekuńcze, nie jest zainteresowane:

- fragmentarycznym podejściem do podmiotu opieki,
- analizowaniem jednostkowej przyczyny aktualnego stanu zdrowia (tak dla celów praktycznych, jak i teoretycznych).

Takie podejście byłoby szkodliwe dla:

- człowieczeństwa istoty ludzkiej, dla jego złożoności i niepowtarzalności,
- samego pielęgniarstwa, jako rozwijającej się, młodej dyscypliny, szukającej swojego miejsca wśród innych nauk.

Pojęcie pielęgniarstwo, tak jak i wiele innych, podlegało wielu zmianom. Stosunkowo dawno społeczność pielęgniarska opowiedziała się za tym, że należy pojmować je jako „termin wieloznaczny używany w takich znaczeniach, jak:

- „szeroko rozumiana działalność zarówno w zakresie kształcenia, jak i doskonalenia zawodowego pielęgniarek, system organizacyjny tych działań, zespół działań profesjonalnych, składowa część pojęcia służby zdrowia z jej różnorodną problematyką, techniką, sztuką, wiedzą, nauką” (Poznańska, 1989).

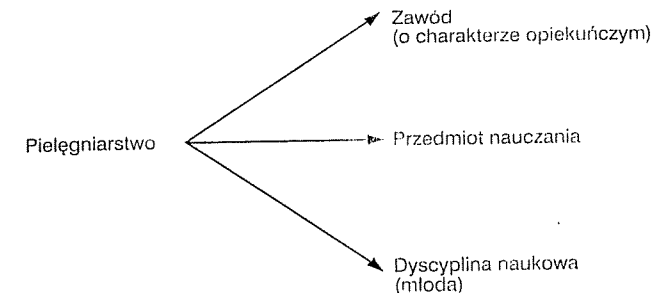
Uwaga. Znaczący wpływ na rozwój pielęgniarstwa wywarły takie nauki, jak np.:

- psychologia (w tym np. teoria potrzeb, stresu),
- socjologia (w tym np. ogólna teoria systemów otwartych).

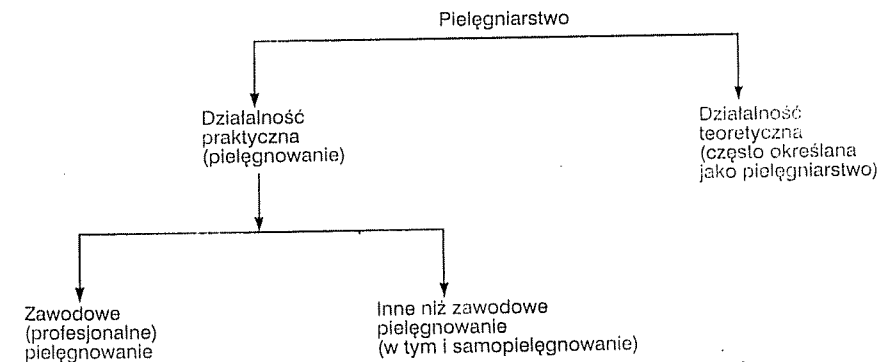
Wymienione wyżej teorie stały się podstawą wielu znaczących działań i inicjatyw w pielęgniarstwie, a także punktem wyjścia dla określonych działań stosunkowo licznej grupy znanych teoretyków pielęgniarstwa. Racjonalnie wykorzystywali je do budowania i(lub) uzasadniania teoretycznych podstaw pielęgniarstwa, zrębów nauki o pielęgniarstwie.

Postęp, jaki w ostatnich latach dokonał się w polskim pielęgniarstwie, ma swój początek w dwóch ważnych, przełomowych wydarzeniach:

1. „Podniesienie” pielęgniarstwa do rangi dyscypliny naukowej (druga połowa lat osiemdziesiątych)*.



Ryc. 1.1. Wieloznaczność pojęcia pielęgniarstwo.



Ryc. 1.2. Pielęgniarstwo: szerokie rozumienie pojęcia.

* Zarządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 18.06.1986; w wykazie dziedzin i dyscyplin naukowych wśród nauk medycznych są wymienione następujące: medycyna, biologia medyczna, stomatologia, pielęgniarstwo. W późniejszych aktach prawnych brak jest zapisu o tym, że pielęgniarstwo nadal uznawane jest za dyscyplinę naukową.

2. Zainteresowanie założeniami zindywidualizowanego pielęgnowania: samodzielnego, całościowego i ciągłego (początek lat osiemdziesiątych).

Za kolejne, równie ważne, należy uznać:

3. Opracowanie (sformułowanie) filozofii pielęgniarstwa polskiego (połowa lat osiemdziesiątych).

Można powiedzieć znacznie prościej i krócej, że jest to: zawód, profesja, nauka, sztuka (Poznańska, 2004). Cytowana autorka, zachęcając niejako do nieco głębszego zastanowienia się nad istotą pielęgniarstwa, wyjaśnia, że jest to: „termin stosowany do określenia różnego rodzaju zadań i działań zawodowych oraz:

- sztuki,
- wiedzy i
- nauki z tą działalnością związanych” (Poznańska, 1989).

1.4

Misja pielęgniarstwa

W rodzimym pielęgniarstwie pojęcie misja (od łac. *missio* — posłanie) jest stosunkowo młode. W publikacjach pielęgniarstwie, głównie tych o charakterze popularnym i popularnonaukowym, pojawiło się dopiero kilka lat temu. Zostało opisane i upowszechnione przez H. Lenartowicz.

Stosunkowo często pojęcie misja odnoszone jest do określonej organizacji (takiej jak np. szpital, ale i szkoła wyższa itp.). W takim ujęciu to: „**myśl przewodnia, obietnica dana otoczeniu, szczególnie powód, racja bytu i sens istnienia organizacji, wyróżniająca ją spośród innych**” (Lenartowicz, 1998). Stąd np. misja każdego szpitala powinna być tak wyrażona, aby dla odbiorców było czytelne, co różni daną placówkę od każdej innej tego typu.

Uczelnia wyższa to też instytucja, zakład o charakterze prywatnym lub publicznym, powołany do pełnienia określonych celów. Już bez głębokiego wnikania w zagadnienie czytelne jest to, że szpital, uczelnia wyższa itp. to instytucje o zdecydowanie różnym przeznaczeniu i charakterze. Stąd, niejako z samego założenia, misje przyjęte przez nie będą różniły się w sposób zasadniczy.

Słownikowo pojęcie misja oznacza:

- posłannictwo, czyli
- ważne zadanie do spełnienia,
- obowiązek.

W dzisiejszym pielęgniarstwie, pojęcie misja występuje najczęściej w dwóch znaczeniach:

- szerokim — misja, jaką pielęgniarstwo ma do spełnienia wobec społeczeństwa, i
- wąskim — misja wobec pacjenta i jego rodziny — podmiotu opieki.

Misja pielęgniarstwa

Niemal od samego początku istnienia zawodowego pielęgniarstwa zgadzano się, że ma ono do spełnienia szczególną rolę. Pielęgnowanie innych ludzi, w tym

bezpośrednie obcowanie ze wszystkimi problemami biopsychospołecznymi człowieka jakiej choroby, cierpienie i umieranie niosą ze sobą, rozumiane było i nadal jest jako szczególnie rodzaj posłannictwa. Wyjątkowo ważne zadanie, jakie pielęgniarstwo ma do spełnienia wobec społeczeństwa w świecie, danym kraju, regionie, w instytucji ochrony zdrowia.

Zapamiętaj:

Pielęgnowanie postrzegane jest jako wyjątkowa profesja, głównie ze względu na szczególnie rodzaj związku, do jakiego dochodzi pomiędzy pielęgnowanym a pielęgnującym. Lenartowicz mówi o nim jako o „**humanistycznej transakcji**” (1998). Podkreśla się, że pielęgnowanie wymaga wejścia w bliski, zawodowy kontakt z podmiotem opieki. Wynika to z samej natury pielęgnowania, jednocześnie jest jego wartością zakodowaną w misji.

Charakter międzyludzkiej, zawodowej relacji z pacjentem zależy od pielęgniarki. To właśnie ona, w ramach zawodowego kształcenia i doskonalenia, została wyposażona w wiedzę i umiejętności niezbędne do terapeutycznego komunikowania się. Jest nauczycielem i przewodnikiem pacjenta, pomaga mu w pełnym zrozumieniu istoty i celu wymiany informacji.

Zakres i charakter tego szczególnego, zawodowego związku od lat podlega ocenie, stanowi przedmiot wielu badań pielęgniarstwie.

Dodatkowe wyjaśnienia. Istotnym elementem składowym misji pielęgniarstwa jest prawda mówiąca o tym, że:

- współczesna pielęgniarka bierze pełną odpowiedzialność za wyniki opieki świadczonej pojedynczym osobom, poszczególnym grupom ludzi, całemu społeczeństwu,
- pracując z różnymi kategoriami pacjentów (odbiorców usług) oraz dawców opieki, pielęgniarka jest świadoma konieczności ustawicznego doskonalenia się.

Uwaga. Zadania stojące przed współczesnym pielęgniarstwem, zakodowane w jego misji, w większości krajów sprowadza się do kilku zasadniczych obszarów. Są to:

- współuczestniczenie w tworzeniu i realizowaniu narodowego planu i programu ochrony zdrowia, programów regionalnych i lokalnych,
- promowanie zdrowia jako szczególnej wartości, jako dobra, które nie zostało dane ludziom raz na zawsze,
- przygotowanie społeczeństwa do brania coraz większej odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie oraz swoich najbliższych,
- promowanie wysokiego poziomu pielęgnowania oraz świadczenie takiej opieki ludziom zdrowym, narażonym na zachorowanie, chorym i niepełnosprawnym,
- wnoszenie własnego, autonomicznego wkładu w opiekę i we współpracę z członkami innych zawodów o charakterze opiekuńczym,
- inwestowanie w rozwój praktyki pielęgniarstwie, głównie przez adaptowanie i (lub) wypracowywanie nowych form opieki i wprowadzanie ich w życie,
- rozpoznawanie nowych, istotnych dla pielęgniarstwa obszarów działalności zawodowej i badań, udział w ich realizacji oraz właściwym wykorzystaniu uzyskanych wyników.

Dodatkowe wyjaśnienie. Zadania wyartykułowane w misji pielęgniarstwa składają się na jego cele ogólne i szczegółowe. Te zaś — na konkretne zadania i działania.

Zapamiętaj:

Pielęgniarstwo to znacznie więcej niż zawód, a pielęgnowanie — więcej niż pomoc. Nie ma możliwości mówienia o misji bez

- rozumienia istoty pielęgniarstwa i sensu profesji.

Uwaga. Misja pielęgniarstwa, oprócz tego, że stanowi „pielęgniarskie credo” (Lenartowicz, 1994), czyli wyraża to, w co ta grupa zawodowa wierzy, powinna być na tyle upowszechniana, aby społeczeństwo było świadome pielęgniarstwa (w tym pielęgnowania).

Dodatkowe wyjaśnienia. Nie wystarczy, że same pielęgniarki wiedzą, w co wierzą, wiedzą, do jakiej służby zostały powołane i przygotowane. Prawdą jest, że przedstawiciele niewielu zawodów mogą powiedzieć, że pełnią służbę społeczną, wykonują szczególne zadania, że to, co robią, pretenduje do miana misji.

1.5

Filozofia pielęgniarstwa

Filozofia pielęgniarstwa, mówiąc bardzo ogólnie, jest to system sądów, przekonań o istocie pielęgniarstwa, stanowiących wynik rozważań tego, w co wierzą profesjonalści w osobach pielęgniarek (najczęściej całej grupy zawodowej).

Zapamiętaj:

Przyjmuje się, że w filozofii pielęgniarstwa określone powinny być takie pojęcia składowe, jak:

- czym jest pielęgniarstwo (jako działalność praktyczna i naukowa),
- kim jest pielęgniarka (jako profesjonalistka; przygotowana do pielęgnowania),
- społeczeństwo (rozumiane jako pewna całość, ale również jako poszczególne elementy składające się na tę całość), na którego rzecz podejmowane są planowe i celowe działania,
- zdrowie (różne rozumienie i definiowanie) i zadania stojące przed pielęgniarstwem, wynikające bezpośrednio z rozumienia zdrowia (przyjętej definicji).

Uwaga. W pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych prawdopodobnie po raz pierwszy została jednoznacznie sformułowana, udokumentowana i upowszechniona filozofia pielęgniarstwa polskiego. Konsekwentnie, zgodnie z jej podstawowym celem, przyjęto określenia dotyczące:

- czym jest pielęgniarstwo (w tym pielęgnowanie),
- kim jest pielęgniarka (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa).

Najważniejsze tezy filozofii pielęgniarstwa polskiego mówią o tym, że pielęgniarstwo to:

- działalność praktyczna (pierwotna w stosunku do nauki),
- młoda dyscyplina, pretendująca do uzyskania statusu naukowego.

Zapamiętaj:

Nauka o pielęgniarstwie (pielęgniarstwo jako nauka praktyczna):

- opisuje i wyjaśnia zjawiska przyczyniające się do rozwoju teorii i praktyki pielęgniarstwa (pielęgowania).

Tradycja pielęgniarstwa to:

- praktyka zawodowa, o której mówi się, że jest tak stara jak życie człowieka na ziemi, zakodowana w istocie ludzkiej dobroci, miłości, potrzebie troszczenia się o siebie i innych, w tym najbliższych.

Założenia teoretyczne, na których opiera się współczesne, polskie pielęgniarstwo, to w pierwszej kolejności prace takich teoretyków pielęgniarstwa, jak:

- Florence Nightingale,
- Virginia Henderson,
- Dorothy Orem.

Nie oznacza to jednak braku zainteresowania innymi, jak np. H. Peplau, B. Neuman, C. Roy, M. Leininger.

Uwaga. Zgodnie z przyjętymi założeniami, podstawowy obszar zainteresowania pielęgniarstwa stanowią:

- pojedynczy człowiek,
- rodzina,
- grupa społeczna (inna niż rodzina), np. społeczność lokalna,
- środowisko życia i bytowania podmiotu opieki.
- własna grupa zawodowa,
- własna profesja.

Dodatkowe wyjaśnienia. Współczesne podejście do pielęgniarstwa zmusza wszystkich tych, dla których stanowi ono przedmiot szczególnego, bo zawodowego zainteresowania, do patrzenia na cele i zadania przez pryzmat przynajmniej dwóch zmiennych:

- pielęgnowanie kogoś (rozumiane jako: troska, troszczenie się; pomoc, pomaganie; wspieranie),
- pielęgnowanie, opieka nad sobą (radzenie sobie z własnym stanem zdrowia; samoopieka, samopielęgnowanie).

To z kolei wymaga odwoływania się do nowych obszarów wiedzy, wyciągania racjonalnych, merytorycznie uzasadnionych wniosków i formułowania nowych uogólnień, istotnych dla pielęgniarstwa jako młodej dyscypliny, pretendującej do miana dyscypliny naukowej.

1.6

Teorie pielęgniarstwa

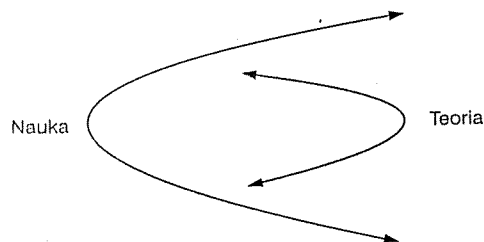
We współczesnej literaturze pielęgniarstwa zawarte są informacje mówiące o ponad trzystu teoriach, przy czym podkreśla się, że systematycznie powstają nowe. Podejmowane są także działania na rzecz dopracowania (od strony „poprawności” naukowej) teorii wcześniej opracowanych.

Nie wszystkie teorie są powszechnie znane społeczności pielęgniarskiej, nawet akademickiej. Jednak wiele z nich (w tym tzw. klasyczne) służy różnym celom, w tym głównie:

- naukowym,
- praktycznym,
- dydaktycznym.

Ciekawe jest to, że w niektórych teoriach (modelach) pielęgniarstwa znajdują odzwierciedlenie założenia, prawdy, funkcjonujące w takich dyscyplinach, jak np. psychologia, socjologia. Są to m.in.:

- teoria potrzeb,
- teoria stresu,
- teoria adaptacji.



Ryc. 1.3. Związek pomiędzy nauką a teorią.

Zapamiętaj:

- nauka: „ogół uporządkowanej i należycie uzasadnionej wiedzy ludzkiej”,
- teoria: „ogół usystematyzowanych wiadomości jakiejś nauki” (Skorupka, Auderska, Lempicka, 1969).

Teoria pielęgniarstwa to temat stanowiący przedmiot szczególnego zainteresowania wielu pielęgniarek (słuchaczy, studentów pielęgniarstwa, nauczycieli zawodu, pielęgniarek dyplomowanych).

Dodatkowe wyjaśnienia. Na poziomie kształcenia i (lub) doskonalenia zawodowego określenia teoria używa się często do treści prezentowanych i omawianych w ramach zajęć teoretycznych (lekcje w klasie). W ten sposób oddziela się to, co teoretyczne, od tego, co praktyczne (z reguły od działań i czynności czysto pielęgnacyjnych).

Uwaga. Warto zastanowić się i odpowiedzieć na pytanie: Czym jest to, co określamy (niekiedy dość umownie) jako teorie pielęgniarstwa? Jaki związek mają teorie z:

- pojęciami,
- strukturami pojęciowymi,
- modelami.

Zapamiętaj:

- Pojęcia to abstrakcyjne cechy badanych przedmiotów, zjawisk. Same mogą stanowić część teorii, ale nie wystarczają do jej sformułowania.
- Struktury pojęciowe dotyczą abstraktów, pojęć zebranych razem, odnoszących się do tego samego zagadnienia.

Dodatkowe wyjaśnienia. Struktury pojęciowe nie mogą pretendować do miana teorii, bowiem nie zawierają twierdzeń o relacjach pomiędzy poszczególnymi pojęciami (np. zdrowie, samopielęgowanie, pomaganie).

Zapamiętaj:

- Struktury pojęciowe stanowią mniej formalną, mniej rozwiniętą próbę porządkowania zjawisk względem siebie, niż ma to miejsce w teoriach.

Zapamiętaj:

- Model to graficzne lub symboliczne przedstawienie zjawiska lub zjawisk (przy minimalnym użyciu słów). Przy tworzeniu modeli wykorzystywane są linie, strzałki lub inne symbole graficzne.

Dodatkowe wyjaśnienia. Modele to bardziej lub mniej rozbudowane układy graficzne ukazujące w sposób plastyczny to, jak „widzi” pielęgniarstwo i pielęgnowanie jego twórca, jak kształtują się związki pomiędzy poszczególnymi pojęciami współtworzącymi model.

Zapamiętaj:

- **Teoria pielęgniarstwa to: „logicznie spójny i uporządkowany zbiór twierdzeń, spełniający metodologiczne kryterium naukowości danej dyscypliny”** (Jedynak, 1996), w omawianym przypadku — pielęgniarstwa.

Dodatkowe wyjaśnienia. To co zwyczajowo określa się mianem teorii pielęgniarstwa, w rzeczywistości (naukowej; z pozycji nauki) ma najczęściej charakter struktur pojęciowych (nazywanych także przez niektórych autorów — modelami pojęciowymi). Mimo tego zastrzeżenia nie umniejsza to w niczym trudu włożonego przez poszczególnych naukowców, teoretyków pielęgniarstwa, w budowanie teorii, a przez to i nauki o pielęgniarstwie.

Zakłada się, że wiele z istniejących struktur pojęciowych, czy nawet modeli, w przyszłości może posłużyć do konstruowania teorii pielęgniarstwa, w pełnym znaczeniu naukowym.

Proces tworzenia teorii pielęgniarstwa (struktur pojęciowych, modeli)

Teoria tworzona jest przez pojedynczego naukowca lub grupę ludzi skupionych wokół określonego problemu (zagadnienia). Jest to:

- twórcze, intelektualne przedsięwzięcie,
- wysiłek idący w kierunku:
 - opisania i
 - wyjaśnienia zjawisk stanowiących przedmiot naukowego zainteresowania.

Teorie pielęgniarstwa — znaczenie

Poszczególne teorie uogólniają i określają przede wszystkim to:

- czym dla autora danej teorii jest pielęgnowanie,
- kim jest pielęgniarka i jaką pełni rolę w stosunku do podmiotu opieki,
- jak rozumiane jest pomaganie, czyli jak sprawować opiekę pielęgniarską (istota opieki), aby uzyskać optymalne wyniki (Blak, 1995).

Pojęcia podstawowe, wspólne dla wszystkich teorii pielęgniarstwa

Z reguły wymieniane są cztery pojęcia centralne, takie jak:

- osoba (pacjent; podmiot opieki),
- środowisko (zamieszkania, bytowania, nauki, pracy),
- zdrowie (zgodnie z określeniem przyjętym przez danego teoretyka),
- pielęgnowanie (istota, inaczej — jego treść).

Uwaga. Nie oznacza to jednak, że liczba pojęć wykorzystanych dla potrzeb poszczególnych teorii ogranicza się do wymienionych. Niemal zawsze jest ich więcej, przy czym takie jak osoba, środowisko, zdrowie, pielęgnowanie, stanowią podstawę, zręby każdej teorii pielęgniarstwa.

Dodatkowe wyjaśnienia. W różnych teoriach (strukturach pojęciowych, modelach) pojęcia podstawowe:

- różnie zostały zdefiniowane,
- różnie też poszczególni autorzy łączą je ze sobą oraz prezentują ich wzajemne zależności.

Założenia (stwierdzenia) wspólne dla wszystkich teorii pielęgniarstwa

- człowiek odnosi korzyści z opieki pielęgniarstwa,
- człowiek ma wewnętrzną siłę do poprawiania swojego stanu zdrowia,
- na zdrowie człowieka składa się coś więcej niż jego potrzeby fizjologiczne,
- ludzie nie żyją w izolacji; są pod wpływem innych ludzi, rodziny i środowiska naturalnego,
- zdrowie jest wartością pozytywną,
- poprawa stanu zdrowotnego ludzi jest celem społecznym,
- pielęgnowanie różni się od innych sposobów dbania o zdrowie,
- wzrost poznania (zrozumienia) istoty ludzkiej ułatwia i ulepsza opiekę pielęgniarstwa,
- wiedza pielęgniarstwa przyczynia się do ukazania związku, jaki zachodzi pomiędzy stanem ludzkiego zdrowia a chorobą (Torres, 1986).

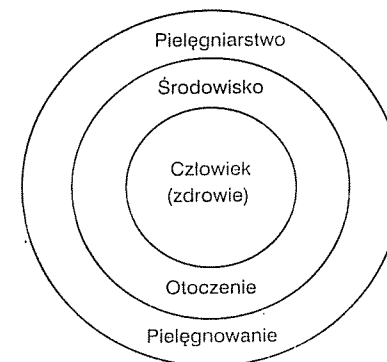
Uwaga. Przyjmuje się, że założenia ogólne stanowią podstawę, ale i uzasadnienie dla formułowania stwierdzeń bardziej szczegółowych w obszarze poszczególnych teorii.

Wybrane teorie pielęgniarstwa (modele) — zwięzła prezentacja

Zaprezentowane zostaną trzy teorie, należące do tego, co zwykle określać się mianem „klasyki” światowego pielęgniarstwa. Oznacza to, że zostały one uznane przez społeczność pielęgniarstwa za istotne wzory, obowiązujące normy. Są to propozycje teoretyczne:

- Florence Nightingale,
- Virginii Henderson,
- Dorothy Orem.

Teoria Florence Nightingale



Ryc. 1.4. Model pielęgniarstwa Florence Nightingale – model koncentryczny (1860) (Torres, 1986).

Podstawowe dla modelu F. Nightingale pojęcia:

- człowiek, istota ludzka,
- zdrowie,
- środowisko (zewnątrzne względem człowieka),
- pielęgnowanie.

Każde z wymienionych pojęć zostało przez F. Nightingale zdefiniowane, tym samym jednoznacznie określone. Związek pomiędzy pojęciami został ustalony i zobrazowany (ryc. 1.4).

Podstawowe założenia teoretyczne F. Nightingale:

- środowisko otaczające człowieka wywiera wpływ na jego zdrowie, co oznacza, że
- zdrowie człowieka jest uzależnione od środowiska, w którym on żyje, pracuje, odpoczywa,
- pielęgniarka, chcąc wpływać na zdrowie człowieka, musi oddziaływać na otaczające go środowisko.

Mówiąc inaczej:

- zakres pielęgnowania i jego charakter uzależnione są od stanu środowiska, od tego jakie ono jest dla danego człowieka (np. zdecydowanie pozytywne, pozytywne, negatywne, zdecydowanie negatywne, obojętne — czyli bez wyraźnego wpływu na zdrowie),
- pielęgnowanie pozostaje w ścisłym związku z tym, co dzieje się w środowisku otaczającym człowieka (zdrowie uzależnione od środowiska; pielęgnowanie to cykl określonych działań, skierowanych na środowisko celem zmiany jego stanu — jeśli został rozpoznany jako nieprawidłowy, lub utrzymania dotychczasowego, zadowalającego).

Rola pielęgniarki:

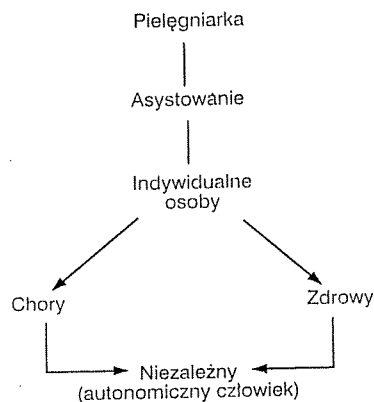
Polega przede wszystkim na:

- stwarzaniu odpowiednich warunków środowiskowych (tj. np. dbanie o świeże powietrze, wodę, światło, ciepło, czystość, spokój, dietę), aby przez to

- ułatwić człowiekowi powrót do zdrowia (człowiek nie traci energii i siły na działania skierowane na utrzymanie środowiska otaczającego w odpowiednim stanie; może je wykorzystywać dla potrzeb procesu zdrowienia).

Dodatkowe wyjaśnienia. Założeniem przyjętym przez F. Nightingale jest, że wszystkie działania skierowane na pacjenta mają być tak przeprowadzane, aby nie obciążały pacjenta (minimum wysiłku z jego strony) (Torres, 1986).

Teoria Virginii Henderson



Ryc. 1.5. Model pielęgniarstwa Virginii Henderson — model liniowy (1955) (Torres, 1986).

Podstawowe dla modelu V. Henderson pojęcia:

- pojedynczy człowiek,
- pielęgniarka,
- zdrowie,
- niezależność pacjenta (jako cel pielęgnowania).

Podstawowe założenia teoretyczne V. Henderson:

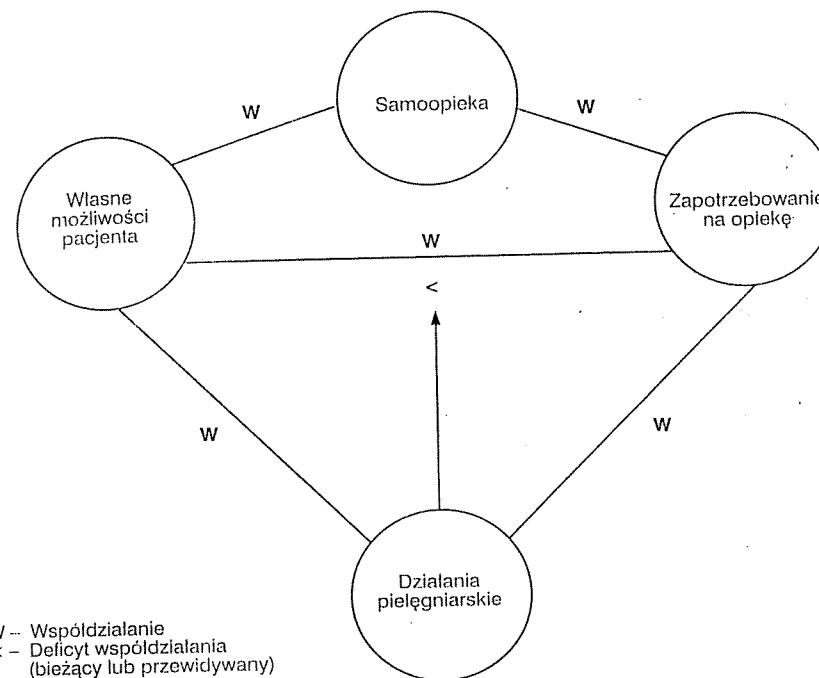
- zdrowie człowieka uzależnione jest od stanu zaspokojenia potrzeb (biologicznych, psychicznych, społecznych, duchowych); w związku z tym:
- istnieje konieczność rozpoznania potrzeb człowieka (14 określonych przez V. Henderson)*,
- pielęgnowanie polega na asystowaniu człowiekowi (choremu lub zdrowemu), aby powrócił do zdrowia lub uzyskał jego poprawę, a jeśli nie jest to możliwe, aby zapewnić mu spokojną śmierć.

* Pełną listę potrzeb znajdzie Czytelnik m.in. w pracach: *Wrońska I.*: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1997; *Zarzycka D.*: Model teoretyczny pielęgniarstwa Virginii Henderson. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): Podstawy pielęgniarstwa. Wyd. Czelej, Lublin 2004.

Rola pielęgniarki:

- asystowanie (pomaganie) człowiekowi w rozpoznaniu 14 możliwych potrzeb i
- dążenie do zaspokojenia ich, jeśli
 - sam pacjent nie ma ku temu odpowiedniej siły, wiedzy lub woli (Torres, 1986).

Teoria Dorothy Orem



W – Współdziałanie
< – Deficyt współdziałania (bieżący lub przewidywany)

Ryc. 1.6. Model pielęgniarstwa Dorothy Orem — model liniowo-kolowy (1971) (Torres, 1986).

Podstawowe dla modelu D. Orem pojęcia:

- samoopieka,
- deficyt samoopieki,
- pielęgnowanie.

Podstawowe założenia teoretyczne D. Orem:

- każdy człowiek dysponuje określonym potencjałem niezbędnym do dbania o zdrowie własne (i swoich najbliższych),
- każdy człowiek powinien odpowiadać za własne bezpieczeństwo, zdrowie i życie (działania samoopiekuńcze), pod warunkiem że jest zdolny do właściwego postępowania (pozwala mu na to jego stan biopsychospołeczny).



Zapamiętaj:

W zaburzeniach stanu zdrowia (choroba) może pojawić się niezdolność do sprawowania niezbędnej (wymaganej) opieki nad samym sobą (samoopieka).

Rola pielęgniarki:

- pomaganie ludziom w ich usamodzielnianiu (na rzecz dbania o własne dobre zdrowie),
- pomaganie w podejmowaniu jak najbardziej trafnych decyzji (przy respektowaniu prawa człowieka do decydowania o sobie samym, w tym o sprawach własnego zdrowia i życia).

Dodatkowe wyjaśnienia. Pomoc może mieć różny charakter:

- zachęcająco-edukacyjny (lub inaczej zachęcająco-wspomagający),
- częściowo wyrównujący braki w samoopiece (częściowo kompensacyjny),
- całkowicie kompensacyjny (tzw. wyrównawczy; identyfikowany z pełną opieką nad pacjentem leżącym).

Uwaga. Nietrudno zorientować się (i jest to zgodne z założeniami D. Orem), że: • pielęgniarka włączy się do opieki nad pacjentem dopiero wówczas, gdy stwierdzi deficyt samoopieki.

Występuje on wówczas, gdy:

- jednostka (w stopniu pełnym lub częściowym) nie jest w stanie opiekować się sama sobą, czyli nie jest w stanie zaspokajać swoich potrzeb (uniwersalnych — wspólnych dla wszystkich ludzi; rozwojowych — występujących w określonych okresach życia; w zaburzeniach stanu zdrowia — czyli związanych z chorobą) (Torres, 1986).

Zadania sprawdzające

1. Postaraj się wyjaśnić, w jaki sposób medycyna rzutowała na rozwój pielęgniarstwa.
2. Jaki wpływ na rozwój pielęgniarstwa miały takie nauki, jak psychologia i socjologia?
3. Czym charakteryzuje się holistyczne podejście w medycynie i pielęgniarstwie?
4. Co jest istotą (treścią) pielęgniarstwa?
5. Jakie prawdy zawarte są w misji pielęgniarstwa?
6. Co rozumiesz pod pojęciem filozofia pielęgniarstwa?
7. Jakie są zasadnicze różnice pomiędzy strukturą pojęciową a modelem?
8. Scharakteryzuj, czym jest teoria pielęgniarstwa.
9. Wymień (przynajmniej 3) założenia wspólne dla wszystkich teorii pielęgniarstwa.
10. Omów zasadnicze różnice pomiędzy teorią V. Henderson a D. Orem.
11. Określ podstawowe założenia teoretyczne F. Nightingale.

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Zaobserwuj w placówce ochrony zdrowia, jaki model opieki (leczenia i pielęgnowania) przeważa: biologiczny czy humanistyczny.
2. Dokonaj przeglądu prasy pielęgniarskiej (np. Pielęgniarstwo 2000, Pielęgniarka i Położna. Magazyn Pielęgniarki i Położnej), np. dwóch ostatnich roczników, pod kątem opracowań na temat holizmu i holistycznego podejścia do podmiotu opieki. Podziel się swoimi spostrzeżeniami (bez względu na to, czy będą pozytywne czy negatywne) z wybranym przez Ciebie nauczycielem zawodu.
3. Zapytaj kilka (6–8) pielęgniarek dyplomowanych (dowolnie lub losowo wybranych), co wg nich miało najistotniejszy wpływ na rozwój pielęgniarstwa, jaki dokonał się w ciągu ostatnich 30 lat w Polsce. Zanotuj ich opinie, a następnie postaraj się je usystematyzować, zestawiając podobne odpowiedzi. Sprawdź, na ile są one zbieżne z tym, co zostało ukazane w treściach tego rozdziału.
4. Czy w placówkach, w których odbywałaś praktyki, zauważyłaś spisane, udokumentowane i udostępnione prawdy określające misję, jaką mają one do spełnienia?
5. Czy dostrzegasz różnicę pomiędzy misją placówki (organizacji) a misją pielęgniarstwa? Jeśli tak, to przedstaw (zwięźle na piśmie), na czym ona polega. Wykorzystaj zdobytą wiedzę w odpowiednim momencie procesu kształcenia się i podziel się nią z innymi studentami (np. na zajęciach teoretycznych) i(lub) pielęgniarkami (np. na praktykach).
6. Korzystając z tego, że odbywaś zajęcia w uczelni (szkole wyższej), szpitalach i innych placówkach ochrony zdrowia zapoznaj się dokładnie z misją: Twojej szkoły i wybranej placówki ochrony zdrowia. Dokonaj porównania treści biorąc pod uwagę dwie zmienne:
 - a. Główna orientacja misji (szkoła, placówka) — czyli to, na co głównie stawia się w każdej z nich, jakie wartości prezentują.
 - b. Zasadnicze różnice, czyli co powoduje, że różnią się one od siebie.Zastanów się nad tym, jak możesz wykorzystać wiedzę zdobytą (w trakcie rozwiązywania zadania) i w jaki sposób możesz ją upowszechnić.
7. Zastanów się nad znaczeniem pojęcia „filozofia życia”, a następnie wymień i udokumentuj (wyłącznie dla własnych celów) najistotniejsze prawdy zakodowane w Twojej własnej filozofii życia. Jak sądzisz, co zadecydowało o tym, że przyjęłaś taką właśnie filozofię?
8. Obserwuj w ciągu 2–3 dni wspólnych zajęć teoretycznych i(lub) praktycznych 4 koleżanki lub kolegów, z którymi studiujesz pielęgniarstwo. Opierając się na wyniku obserwacji, postaraj się scharakteryzować filozofię życia, jaką prezentują. Odpowiedz na pytanie:
 - a. Czy jest coś, co w zasadniczy sposób różni Twoją filozofię od obserwowanej i rozpoznanej u koleżanek i kolegów?
 - b. Czy jest coś, co różni podejście do życia („filozofię”) prezentowane przez koleżanki i manifestowane przez kolegów?Podziel się swoimi spostrzeżeniami z rodzicami lub innymi bliskimi Ci osobami. Rozważ możliwość przeprowadzenia w przyszłości badań nad tym zagadnieniem.
9. Postaraj się odpowiedzieć na pytanie: dlaczego rodzime pielęgniarstwo nie może „pochwalić” się żadną własną teorią pielęgniarstwa? Zanotuj swoją odpowiedź, a następnie postaraj się uzyskać opinie na ten temat od jednej wybranej przez Ciebie pielęgniarki i jednego nauczyciela. Zapisz wyniki tego zadania tak, aby były one czytelne i aby łatwo było wyciągnąć wnioski końcowe. Przedstaw propozycje upowszechnienia wyników.

Literatura

- Blak A.: Teorie pielęgnowania. *Pielęgniarstwo* 2000, 1995, 5, 11.
- Huner R.: O rozwoju teorii pielęgnowania. *Pielęgniarka i Położna*, 1983, 6.
- Jedynak S. (red.): Mała encyklopedia filozofii. Oficyna Wyd. BRANTA, Bydgoszcz 1996.
- Kielmas-Rak A.: Założenia opieki holistycznej a praktyka pielęgniarska (na przykładzie pacjentów o niepomyślnym rokowaniu). Praca magisterska. Akademia Medyczna w Lublinie. Wydział Pielęgniarski, Lublin 1999.
- Klamut M.K.: Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycznym. *Alma Mater. Akademia Medyczna w Lublinie* 1994, nr 4, s. 138–139.
- Klamut M.K.: Postłowie. W: Górajek-Jóźwik J.: Rachela Hutner — prekursora i organizatorka systemu doskonalenia i specjalizacji pielęgniarek. Akademia Medyczna, Lublin 2003.
- Lenartowicz H.: Polityczna strategia pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo* 2000, 1993, nr 4.
- Lenartowicz H.: Program TEMPUS. *Pielęgniarstwo* 2000, 1994, 5, 34–35.
- Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa 1998.
- Poznańska S.: Pielęgniarstwo i jego istota. W: Podstawy pielęgniarstwa (red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek). Wyd. Czelej, Lublin 2004.
- Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1989.
- Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1996.
- Skorupka S., Auderska H., Lempicka Z. (red.): Mały słownik języka polskiego. PWN, Warszawa 1969.
- Torres G.: Theoretical foundation of nursing. Appleton — Century — Crofts/Norwalk, Connecticut 1986.
- Widomska-Czekajska T., Górajek-Jóźwik J. (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
- Wojnowska-Dawiskiba H.: Holistycznie to znaczy jak... *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 1996, nr 3.
- Wójcik G.: Zmiany w pielęgniarstwie jako warunek podniesienia jakości usług. *Pielęgniarka i Położna*, 1993, 9.
- Wrońska I.: Determinanty rozwoju pielęgniarstwa. W: Podstawy pielęgniarstwa (red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek). Wyd. Czelej, Lublin 2004.
- Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1997.
- Zarzycka D.: Model teoretyczny pielęgniarstwa Virginii Henderson. W: Podstawy pielęgniarstwa (red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek). Wyd. Czelej, Lublin 2004.

1.7

Pielęgniarstwo — zakres i charakter pojęcia

Pojęcie pielęgniarstwo, tak jak i wiele innych, podlegało wielu zmianom. Stosunkowo dawno społeczność pielęgniarska opowiedziała się za tym, że należy pojmować je jako termin wieloznaczny (Poznańska, 1989).

Można o nim mówić jako o:

- zawodzie o charakterze opiekuńczym (pielęgnowanie zawodowe; profesjonalne), uprawianym przez pielęgniarki (i pielęgniarzy),
- przedmiocie, wykładanym na różnych poziomach kształcenia i doskonalenia pielęgniarek,
- młodej dyscyplinie, pretendującej do miana naukowej (Górajek-Jóźwik, 1996).

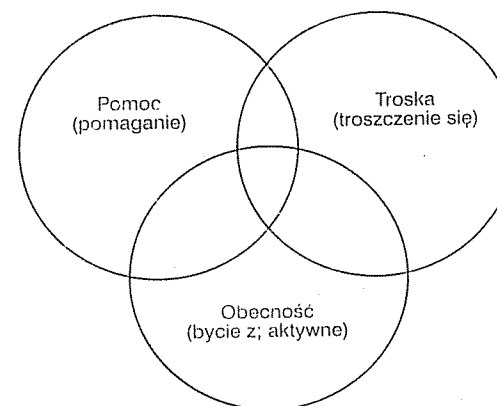
1.7.1 Opieka, opiekowanie się

Opieka stosunkowo często definiowana jest jako „troszczenie się, dbanie o kogoś, dogładanie, pilnowanie kogoś (...)” (Skorupka, Auderska, Lempicka, 1969). Stąd można powiedzieć, że

- troska o pacjenta, podmiot opieki, stanowi treść opieki.

Z kolei

- opieka jest centralnym pojęciem dla pielęgniarstwa rozumianego jako praktyka i teoria.



Ryc. 1.7. Opieka — elementy składowe.

Uwaga. Zgodni jesteśmy co do tego, że troska (troskliwość) towarzyszyła człowiekowi, leczeniu, szeroko rozumianej opiece od zarania dziejów. Można o niej powiedzieć, że jest tak stara jak ludzkość. Jej historia jest równa historii ludzkości.

Dodatkowe wyjaśnienia:

O trosce, troskliwości można mówić:

- bardzo ogólnie — jako o jednej z ludzkich cech (w naturze ludzkiej jest podejmowanie różnych działań dla dobra innych, ale i dla samego siebie),
- szczegółowo (szczególnie) — jako o jednej z najważniejszych cech, jakie powinny charakteryzować profesjonalnych „opiekunów” (w naturze opieki zawarta jest troska o pacjenta i jego najbliższych; przedstawiciele zawodów opiekuńczych są niejako zobowiązani do jej przejawiania).

Zapamiętaj:

Poczynając od F. Nightingale, wszystko co dobre, wartościowe w pielęgniarstwie łączyło się z ideą szczególnej troski o osobę powierzona opiece pielęgniarskiej. Idea ta to podstawowa wartość dzisiejszego pielęgniarstwa. Należy ją rozwinąć i kierować się nią w codziennej pracy pielęgniarki.

Co w takim razie oznacza pojęcie troska, troszczenie się?

Jak należy prawidłowo rozumieć i interpretować tę ludzką cechę, a jednocześnie szczególnie dla pielęgniarstwa wartość, o której Leininger pisze jako o „**sednie i samej esencji pielęgniarstwa**”? (Brykczyńska, 1993).

Jakie warunki muszą zaistnieć, aby troska, troskliwość o osobę, za którą bierze się zawodową odpowiedzialność, mogła nie tylko istnieć, ale i rozwijać się?

Zapamiętaj:

Słownikowo troska, to „uczucie niepokoju wywołane trudną sytuacją” (Skorupka, Auderska, Lempicka, 1969). Mówi się także o tym, że jest to szczególny stan psychiczny, w jakim znajduje się człowiek zmuszony przez określoną sytuację do zabiegania o coś (kogoś), myślenia o czymś (kimś) z niepokojem.

Troszczyć się, to „**przejawiać troskę, dbać o kogoś, kłopotać się, niepokoić się, martwić się**” (Skorupka, Auderska, Lempicka, 1969). Inaczej — angażować się w sposób szczególny w to, co przeżywa drugi człowiek, w to, czego doświadcza aktualnie, doświadczał w przeszłości albo może doświadczyć w bardziej lub mniej odległej przyszłości.

Brykczyńska przyjmuje, że troskę powinno się rozumieć jako:

- „**autentyczny ludzki stan bycia; człowiek naturalnie okazuje troskę i utożsamia się z troską**” (Brykczyńska, 1993).

Uwaga. Można założyć, że jako coś, co jest immanentną wartością każdego człowieka, troska (troskliwość) nie powinna stanowić problemu, przynajmniej w sferze sprawczej, czyli otaczania nią innych, dawania potrzebującym.

Pielęgniarstwo i troska to przedmioty szczególnego zainteresowania siostry Roach (zakonnica, „jedna z czołowych przedstawicielek nauki o naturze troski”, na którą powołuje się Brykczyńska). Według niej troska (troskliwość) jest umiejętnością, do której w pielęgniarstwie zawodowym dochodzi się w drodze nabywania wiedzy i przystosowywania jej do określonych potrzeb opiekuńczych. Troska to celowe zbliżenie się do drugiego człowieka, to szczególne umiejętności pielęgniar-skie odzwierciedlone w roli zawodowej pielęgniarki (Brykczyńska, 1993).

Dodatkowe wyjaśnienia. Pojęcie troski, troskliwości ściśle łączy się z człowieczeństwem istoty ludzkiej, z jej godnością. Prawdy te w równym stopniu odnoszą się do dawców i biorców opieki.

Zapamiętaj:

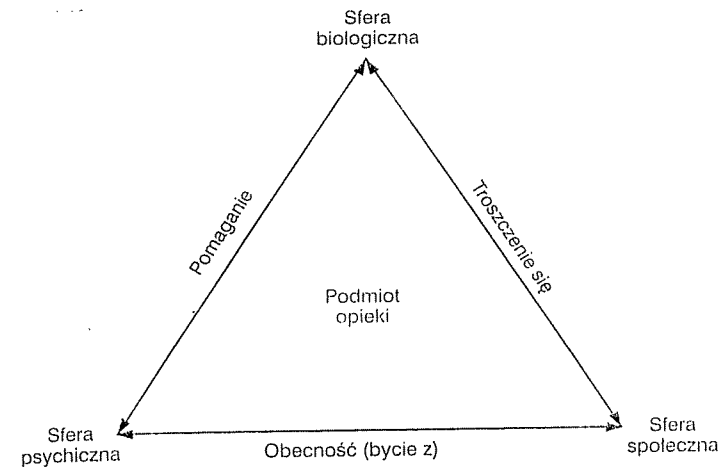
Mówi się o „**pielęgniarstwie opiekuńczym, ukierunkowanym na wspieranie pacjenta**”, o **pielęgniarstwie, które ma za zadanie „dopełnić medycynę leczącą” poprzez czysto ludzkie i profesjonalne troszczenie się** (Dolata, 2002).

Do osiągnięcia takiego stanu konieczne jest, aby spełnione zostały określone warunki:

- ze strony pielęgniarstwa,
- ze strony pielęgniarek (społeczności pielęgniar-skiej).

Pielęgniarstwo — podstawowe wymagania (warunki):

- troskę, troskliwość, troszczenie się uzna za wiodący temat badawczy,
- zajmie się troską jako fenomenem,
- zdefiniuje troskę dla potrzeb pielęgniarstwa i umieści ją wśród innych pojęć,



Ryc. 1.8. Opieka – istota i wpływy.

- określi, jakie działania należy podjąć, aby pielęgniarka mogła lepiej rozumieć istotę i znaczenie troski,
- ustali (podpowie), jak badać rzeczywisty stan troskliwości poszczególnych pielęgniarek i całej społeczności pielęgniar-skiej.

Pielęgniarki, społeczność pielęgniar-ska — podstawowe wymagania (warunki):

- rozumienie istoty troski i miejsca w opiece,
- wartościowanie troski w odniesieniu do biorców i dawców opieki,
- posiadanie troskliwej natury, świadome jej rozwijanie,
- kreowanie (tworzenie) nowych wzorów opieki troskliwej,
- wyciąganie wniosków (praktycznych i teoretycznych, ogólnych i bardziej szczegółowych) z faktu życia, obracania się i(lub) pracy wśród ludzi troskliwych,
- przejawianie zawodowej troskliwości w stosunku do każdego podmiotu opieki,
- postrzeganie troski jako wartości ogólnej — ludzkiej, ale i szczególnej — wy-maganej od przedstawicieli tzw. zawodów opiekuńczych i cechującej ich.

Dodatkowe wyjaśnienia. Jan Paweł II w „Liście do chorych” pisał, że „oprócz opieki ściśle lekarskiej należy również nieść chorym pociechę moralną” (Jan Pa-wel II, 2000, za: Dolatą, 2002). Podkreśla konieczność troszczenia się o wymiar kulturowy i duchowy człowieka, „o życie biologiczne i zdrowie osoby jako o jedno z jej dóbr” (Wojtyła, 1982, za: Dolatą, 2002).

Czytelne jest, że o trosce, troskliwości można mówić tylko wówczas, kiedy przyjmuje się humanistyczny, holistyczny model opieki.

Zapamiętaj:

W pielęgniarstwie troska, troszczenie się wynika:

- ze zrozumienia profesji,
- ze świadomości misji, jaką pielęgniarstwo pełni wobec społeczeństwa.

Dodatkowe wyjaśnienia. Opieka nacechowana troską o zdrowie i dobre samopoczucie drugiego człowieka (grupy ludzi) wymaga profesjonalnego zaangażowania. Wyraża się to w postawie zawodowej, skierowanej na i obejmującej całą osobę ludzką oraz to, co jest jej szczególnie bliskie, co ją otacza w zdrowiu i chorobie.

Zapamiętaj:

Troskliwa pielęgniarka to taka, która okazuje troskę, troszczy się, dba o podmiot opieki, stara się dać mu to, co jest dla niego najważniejsze, najistotniejsze. To doradca i rzecznik pacjenta, to ktoś bliski mu w zdrowiu lub chorobie.

- Troszczenie się to określona postawa pielęgniarki i zespół profesjonalnych umiejętności i działań specyficznych dla tego zawodu. To szacunek dla osoby ludzkiej, to świadome i celowe bycie z nią, przyjazne, otwarte podejście, akceptujące pacjenta takim, jaki jest, a nie takim, jakim chcielibyśmy go widzieć.
- Troska to wyrozumiałość dla wartości i przekonań pacjenta, dla jego zachowania w zdrowiu i chorobie. To pocieszanie, ale i informowanie, to uczenie, ale i sprawdzanie, ile zapamiętał, nauczył się i wykorzystuje w codziennym życiu.
- Troska to szeroko rozumiane pomaganie (wspieranie). To mówienie do, ale i słuchanie, okazywanie zrozumienia, bliskości. Zawodowe otwarcie się na potrzeby, problemy i przeżycia pacjenta.

Siostra Roach uważa, że sama troska **jest fenomenem, a dla jej urzeczywistnienia konieczne jest:**

- „wzucie i empatia,
- kompetencja i znajomość fachu, zawodu,
- posiadanie pewności siebie, zaufania,
- zobowiązanie i zaangażowanie się,
- sumienność i uczciwość” (Roach, za: Bryczyńska, 1993).

Do listy tej można dodać kolejne:

- otwarcie na drugiego człowieka (zdrowego, chorego),
- otwarcie na siebie; zaufanie do samego siebie,
- świadome zaangażowanie się w opiekę, w bycie troskliwym,
- komunikowanie otoczeniu (pacjentowi, własnej grupie zawodowej, zespołowi terapeutycznemu itp.), że z natury i zawodowo jest się troskliwym.

Uwaga. W niektórych przypadkach, celowe milczenie może być przejawem głębokiej troski o stan pacjenta.

Zapamiętaj:

Troska, troszczenie się wymaga wejścia w bliski kontakt z drugą osobą, w określoną relację, w przypadku pielęgniarki — przede wszystkim zawodową.

Dodatkowe wyjaśnienia. Ciekawe jest to, że w dobie daleko posuniętej technizacji, realnej i wirtualnej rzeczywistości troska (troskliwość) przedstawiana jest jako „zadanie dla pielęgniarstwa XXI wieku” (Dolata, 2002). Dlatego nie powinno być obaw o to, że jakieś roboty zastąpią kiedyś pielęgniarki.

1.8

Istota współczesnego pielęgniarstwa

Dzisiejsze pielęgniarstwo coraz częściej określane jest jako dyscyplina praktyczna. Praktyka pielęgniarstwa, inaczej wykonywanie dość jednoznacznie określonych i opisanych zadań i działań, wymaga dysponowania możliwościami powoływania się na przyjęte założenia teoretyczne i sprawdzone rozwiązania praktyczne.

Zapamiętaj:

Pielęgniarstwo jako dyscyplina praktyczna ma między innymi własne:

- pojęcia (zbiór specyficznych, istotnych pojęć; dynamiczny, zmieniający się; podlegający zmianom ilościowym i jakościowym),
- hipotezy (najczęściej w formie pytań, które zakłada zweryfikować, przyjąć lub odrzucić; pytania dotyczą: praktyki jako całości, poszczególnych elementów składowych, przypadków jednostkowych; teorii — całość, poszczególne składowe).
- twierdzenia wyrażające to, co już zostało dowiedzione, udowodnione od strony praktycznej i(lub) teoretycznej; wynik uogólnienia.
- teorie (opracowane przez teoretyków pielęgniarstwa; przyjęte w danym kraju, regionie, instytucji ochrony zdrowia — do wiadomości i(lub) rozwiązań praktycznych; analizowane pod kątem spełniania wymogów, jakie opracowaniom tego rodzaju stawia nauka).

Pielęgniarstwo dba o to, aby dysponować (dla potrzeb praktycznych i teoretycznych) opracowanymi i udokumentowanymi danymi dotyczącymi m.in.:

- celów i założeń (ogólne — podstawowe i szczegółowe),
- metod pracy, badań,
- przyjętych rozwiązań i spodziewanych wyników.

Współczesne pielęgniarstwo otwarte jest na:

- promowanie osiągnięć własnych i asymilowanie tego, co pochodzi z innych obszarów wiedzy, a jest istotne dla rozwoju praktyki i teorii,
- wymianę doświadczeń (w skali mikro — np. instytucji ochrony zdrowia, i makro — np. kraju, również świata) dla podnoszenia jakości szeroko rozumianej opieki,
- współpracę i współdziałanie dla własnego rozwoju, jak również do czynienia wkładu w naukę.

Uwaga. Istota współczesnego pielęgniarstwa to temat stosunkowo szeroki, przy czym treść prezentacji (jej zakres i charakter) uzależniona jest od wielu czynników, a za podstawowy należy przyjąć punkt widzenia osoby prezentującej temat.

Dla celów tego opracowania założono omówienie trzech zagadnień, które przyjęto za podstawowe:

- autonomii pielęgniarstwa,
- zdrowia w pielęgniarstwie,
- komunikowania w pielęgniarstwie.

1.8.1 Autonomia

Pojęcie autonomii może odnosić się do człowieka (pojedynczego, np. autonomia pacjenta, lub grupy osób), organizacji (np. samorząd pielęgniarek i położnych), systemu (np. pielęgniarstwo jako podsystem w systemie ochrony zdrowia) itp.

Uwaga. Autonomia zwykle rozumiana jest jako:

- **samodzielność** (samodzielny: „niezależny od nikogo, niepotrzebujący niczyjej pomocy, nieulegający czyimś wpływowi, niepodlegający czyjejś władzy”),
- **niepodległość** (niepodległy: „suwerenny, wolny, niezawisły”),
- **samostanowienie** (samostanowić: mogący dokonywać swobodnych wyborów) (Skorupka, Auderska, Lempicka, 1969).

Zapamiętaj:

Autonomia w odniesieniu do pielęgniarstwa oznacza przede wszystkim:

- prawo do decydowania o sobie, czyli prawo samodecydowania, samostanowienia.

Oznacza to m.in.:

- prawo do swobodnego podejmowania decyzji (dotyczących pielęgniarstwa, pielęgnowania, własnej grupy zawodowej itd.),
- podejmowanie działań na podstawie własnych założeń i ustaleń (nienarzuconych przez kogoś — najczęściej z zewnątrz).

Można zapytać: dlaczego mówienie o autonomii pielęgniarstwa uznaje się za temat ważny? Czy interdyscyplinarność opieki (w ujęciu teoretycznym i praktycznym) nie pozostaje w sprzeczności z autonomią pielęgniarstwa, w tym pielęgnowania?

Zapamiętaj:

Już F. Nightingale zwracała uwagę na to, że pielęgnowanie to działalność autonomiczna i względnie niezależna od innych działań medycznych (Wiewiórowska, 1988).

Dodatkowe wyjaśnienia. W definicji pielęgniarstwa, przyjętej w 1955 r. przez Północnoamerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie (zmodyfikowanej w 1962 r.) mowa jest o niezależnej roli pielęgniarki. W późniejszych latach zapisano niezależność:

- pielęgniarstwa od medycyny, a
- pielęgniarki od lekarza,

stawiając zdecydowanie bardziej na istotę współpracy (współdziałania) niż na podległość (Bevis, 1979).

Uwaga. Systematyczny, intensywny rozwój spowodował, że dziś o pielęgniarstwie myślimy i mówimy jako o profesji. Zdecydowały o tym głównie takie fakty, jak:

- coraz dłuższy okres kształcenia,
- coraz większa wiedza pielęgniarska,
- wysoki poziom niezależności,
- możliwość wszechstronnej edukacji,
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych (w obszarze i dla pielęgniarstwa) (Poznańska, 2004).

Dość powszechne jest stwierdzenie, że pielęgniarstwo to:

- „wolny zawód, który cechuje zalegalizowany w odczuciu społecznym wysoki stopień autonomii” (Lenartowicz, 1997).

Uwaga. Zaprzeczeniem tego stanu było (i często nadal jest) skupienie podstawowej uwagi pielęgniarki na wykonaniu zleceń lekarskich, wynikających z przyjętego programu leczenia. Ten z kolei był ściśle związany z diagnozą ustaloną przez lekarza (diagnoza lekarska — medyczna).

Dodatkowe wyjaśnienia. Mówienie o autonomii świadczy o istotnych zmianach, jakie na przestrzeni lat dokonały się, przynajmniej w dwóch obszarach światowego pielęgniarstwa:

- samo pielęgniarstwo,
- szeroko rozumiana opieka.

Zapamiętaj:

Pielęgniarstwo, najpierw w USA (kolebce naukowej myśli pielęgniarskiej i samodzielnej praktyki zawodowej, opartej na wynikach badań, na istotnych uogólnieniach), później i w Europie, zaczęło szukać własnej tożsamości, niezależnej od medycyny. Było to możliwe tylko dzięki rzeczywistemu zainwestowaniu w pielęgniarstwo i pielęgnowanie, budowaniu praktyki i nauki (o pielęgniarstwie).

Dodatkowe wyjaśnienia. Dziś można powiedzieć, że nie było w tym nic szczególnego, bowiem właśnie do tego pielęgniarki zostały merytorycznie i praktycznie przygotowane. Jednak, jak pokazuje historia, nie było to takie proste. Na przykład w Polsce pomimo określonego dorobku praktyczno-teoretycznego nadal trudno jest mówić o rzeczywistej autonomii pielęgniarstwa. Wynika to przede wszystkim z faktu przyporządkowania pielęgniarki chorobie i dania odpowiedzialności za zdrowie jednej, uprzywilejowanej z tego powodu grupie zawodowej, czyli lekarzom.

Zapamiętaj:

Racjonalne, celowe i planowe pielęgnowanie:

- podporządkowane założeniom indywidualizacji,
- stawiające na profesjonalne troszczenie się o całą osobę wraz z tym, co ją otacza, wspieranie, tym samym pomaganie człowiekowi,
- budowane na silnych podstawach teoretycznych,

wykracza poza wąskie ramy, w których pielęgniarka (tym samym pielęgnowanie i pośrednio pielęgniarstwo) postrzegana była wyłącznie przez pryzmat wykonywania zleceń lekarskich i prostych czynności higieniczno-porządkowych.

Dodatkowe wyjaśnienia. Takie usytuowanie pielęgniarki niejako automatycznie sprowadzało pielęgnowanie (i pielęgniarstwo) do funkcji pomocniczej — pomagania lekarzowi (pielęgniarstwo na usługach medycyny: podległe jej), a w praktycznej rzeczywistości — i innym członkom zespołu terapeutycznego.

Co prawda, pielęgniarka „urosla” do bycia „prawą ręką lekarza”, ale pielęgnowanie przestało się liczyć. W wielu ośrodkach traktowane jako mało ważne i poważne zajęcie spadało na salowe, czyli osoby bez żadnego przygotowania, aby opiekować się ludźmi chorymi.

Uwaga. Autonomiczne pielęgniarstwo (w wielu krajach dopiero pretendujące do tego miana) w praktyce powinno przekładać się na:

- niezależne pielęgnowanie (pielęgniarka — samodzielny profesjonalista),
- niezależnego pacjenta (pojedynczy, grupa ludzi).

Zapamiętaj:

Stopnia poszanowania autonomii (pielęgniarstwa, pielęgnowania, pielęgniarki, podmiotu opieki) najlepiej szukać w praktyce, gdyż ściśle się z nią wiąże. Wyraża się przede wszystkim w postaci:

- świadomej zgody jednych na podejmowanie określonych działań przez innych, w ramach ich własnych kompetencji zawodowych (Bjørkøe, 1997).

Dodatkowe wyjaśnienia. Wprowadzanie nowych rozwiązań w pielęgnowaniu pojedynczych osób lub całych grup ludzi, rozwijanie określonych założeń teoretycznych i (lub) praktycznych to podstawowe przejawy autonomii pielęgniarstwa.

Szczególne znaczenie przywiązuje się do możliwości przeprowadzania wszelkich badań i wprowadzania wyników do praktyki, w szczególności tych osiągniętych w badaniach eksperymentalnych.

Uwaga. Przyzwolenie na:

- prowadzenie badań o charakterze eksperymentalnym i
- wykorzystanie wyników w praktycznym pielęgnowaniu świadczy o wysokim poziomie autonomii.

Uwaga. Bezpośrednią konsekwencją autonomii jest:

- ponoszenie odpowiedzialności za wszystkie czyny i działania praktyczne, ale i propozycje o charakterze teoretycznym.

Aby osiągnąć autonomię, najpierw konieczne jest:

- wykazanie się wysokim poziomem odpowiedzialności zawodowej.

Dodatkowe wyjaśnienia. Pielęgniarstwo przez długie lata pozostawało pod wpływem medycyny, a pielęgniarka — lekarza. Dlatego mówienie o autonomii w wielu krajach jest nadal stosunkowo trudne.

Należy zgodzić się, że:

- zdrowie i życie człowieka,
- szeroko rozumiana opieka

to zagadnienia zbyt złożone i poważne, tak od strony praktycznej, jak i teoretycznej, aby

- mogły spoczywać w rękach tylko jednej grupy zawodowej,
- były analizowane i uogólniane w obrębie jednej profesji, dyscypliny, nauki.

Uwaga. Teoretycy pielęgniarstwa, praktycy, ale także przedstawiciele innych dyscyplin i grup zawodowych, należących do wspólnej rodziny zawodów opiekuńczych, są zgodni co do tego, że jako dyscyplina humanistyczna pielęgniarstwo jest zdecydowanie różne, tym samym odrębne od medycyny.

1.8.2 Zdrowie

Pytanie o pielęgniarstwo zawsze było i jest związane z pytaniem o zdrowie. Zdrowie i choroba są tymi zmiennymi bezpośrednimi, które współistniały z pielęgniarstwem od jego narodzin.

Uwaga. Zjawiskiem prawidłowym jest to, że na przestrzeni lat, przyjęte przez pielęgniarstwo koncepcje i definicje dotyczące jego roli podlegały ewolucji, przy czym zawsze były one zdecydowanie bliżej zdrowia niż choroby.

Dodatkowe wyjaśnienia. Istnieje zgoda co do tego, że zdrowie (zresztą jak i choroba) nie może być przedmiotem zainteresowania jednej dyscypliny, tym samym przedstawicieli określonej grupy zawodowej. Współcześnie oprócz medycyny głównie takie dyscypliny, jak: socjologia, psychologia i pedagogika, interesują się tematem zdrowia (Kulik, Wrońska, 2000).

Uwaga. Zdrowie, w tradycyjnym podejściu, przez długie lata łączone było wyłącznie z medycyną i osobą lekarza. Obecnie stanowi przedmiot zainteresowania wielu dyscyplin, w tym pielęgniarstwa.

Zapamiętaj:

Niemal wszystkie osoby profesjonalnie związane z szeroko rozumianą opieką wiedzą, że zdrowie i choroba to pojęcia różnie definiowane i interpretowane (Widomska-Czekajka, Górajek-Jóźwik, 1996).

Przyjęcie określonej definicji (zdrowia) pociąga za sobą konsekwencje, np.: w postaci wywierania wpływu na sferę praktyczną i badawczą danej dyscypliny (Górajek-Jóźwik, 2002).

Dodatkowe wyjaśnienia. Dla pielęgniarstwa niemal od zawsze cztery kluczowe dla tej dyscypliny pojęcia miały istotną wartość. Dlatego wymagały zdefiniowania i właściwego interpretowania zarówno dla celów teoretycznych, jak i praktycznego pielęgnowania. Są to:

- pielęgnowanie,
- pielęgniarka,
- podmiot opieki,
- zdrowie.

Zdrowie w założeniach F. Nightingale

O pierwszych, historycznych działaniach na rzecz wypełnienia treściami pojęcia zdrowia w pielęgniarstwie dowiadujemy się z zasad pielęgnowania, sformułowanych jeszcze przez F. Nightingale. Stąd łatwo jest obronić tezę, że pielęgniarstwo od samego początku, niemal od zawsze, zorientowane było na zdrowie człowieka, na pielęgnowanie zdrowia (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Zapamiętaj. F. Nightingale przyjęła, że:

- wiedza pielęgniarstwa pozwala zrozumieć funkcjonowanie zdrowego organizmu, uwarunkowania występowania chorób itp.,
- pielęgnowanie ukierunkowane jest na człowieka (a nie chorobę), rozumianego jako jednostka psychofizyczna (a nie tylko biologiczna),

- pielęgnowanie to służenie zarówno ludziom chorym, jak i zdrowym (Wieviórowska, 1988).

O tym, że zdrowie jest mocną stroną w założeniach F. Nightingale, świadczą kolejne tezy:

- „pielęgnowanie obejmuje zarówno zapewnienie właściwej opieki w zdrowiu, jak i w chorobie,
- pielęgniarką jest każda kobieta zobowiązana do opiekowania się czymś zdrowiem,
- świadczenie opieki pielęgnacyjnej wymaga znajomości praw zdrowia i życia” (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Uwaga. Odwoływanie się do prawd sformułowanych przez twórczynię nowoczesnego, świeckiego pielęgniarstwa pozwala lepiej zrozumieć jej wkład w późniejsze interpretowanie pojęcia zdrowie. Już w roku 1860 opowiedziała się za tym, że zdrowie nie może być określane jako coś będącego zaprzeczeniem choroby.

Zapamiętaj:

Zdrowie według F. Nightingale oznacza „bycie zdolnym do dobrego użytkowania tych wszystkich sił, którymi człowiek może dysponować” (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Według F. Nightingale, największy wpływ na zdrowie człowieka mają:

- czynniki pochodzące ze środowiska otaczającego, czyli zewnętrznego w stosunku do niego (np. powietrze, woda, światło, czystość, wentylacja, ciepło),
- środowisko (niewłaściwe) jest źródłem stresu, wpływa negatywnie na stan emocjonalny człowieka, tym samym na jego zdrowie,
- wprowadzenie zmian w środowisku, w którym człowiek żyje, może przyczynić się do poprawy stanu zdrowia (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Zdrowie w założeniach V. Henderson

Zdrowie według V. Henderson to:

- „**zdolność człowieka do niezależnego funkcjonowania w zaspokajaniu jego 14 podstawowych potrzeb zdrowotnych**” (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Uwaga. Podstawowa idea V. Henderson zawarta jest w definicji pielęgnowania, sformułowanej przez nią i opublikowanej w 1966 r. Mówi o unikatowej funkcji pielęgniarki, która asystuje człowiekowi zdrowemu lub choremu w wykonywaniu tych czynności, znaczących dla utrzymania zdrowia lub jego odzyskania (także dla zapewnienia spokojnej śmierci), które mógłby wykonać bez pomocy, gdyby miał potrzebne ku temu: siłę, wolę, wiedzę. Pomoc udzielana człowiekowi powinna być świadczona w taki sposób, aby jak najszybciej mógł się bez niej obejść.

Zapamiętaj:

V. Henderson mówi o pomaganiu i asystowaniu choremu bądź zdrowemu w utrzymaniu zdrowia i jego potęgowaniu.

Dodatkowe wyjaśnienie. Założenia sformułowane przez V. Henderson, na stałe weszły do światowego pielęgniarstwa. Jej definicja pielęgnowania została zatwierdzona przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN), co oznacza, że obowiązują pielęgniarki na całym świecie.

Zdrowie w założeniach D. Orem

D. Orem należy do grona tych pielęgniarek (teoretyków pielęgniarstwa), które wniosły znaczący wkład w rozwój myśli pielęgniarstwa (teoria) i praktyki. Szczególną uwagę zwróciła na **istotę samoopieki** (samopielęgnowania). Zdefiniowała to pojęcie i wprowadziła je na stałe do światowego pielęgniarstwa. Rozumiała je jako: „**aktywność, którą ludzie inicjują i realizują sami, aby utrzymać własne zdrowie i życie oraz zapewnić sobie dobre samopoczucie**” (Widomska-Czekajka, Górajek-Jóźwik, 1996).

D. Orem wyszła z założenia, że:

- **każdy człowiek powinien odpowiadać za własne życie, zdrowie i bezpieczeństwo, pod warunkiem że jest zdolny do właściwego postępowania.**

Uwaga. Nie jest to wcale łatwe zadanie, gdyż stawia człowieka wobec konieczności dokonywania codziennych wyborów, które mogą wpływać (pozytywnie, negatywnie, pozostawać obojętne) na styl jego życia, na zachowania zdrowotne.

Dodatkowe wyjaśnienie. Czynności samoopiekuńcze przyczyniają się do utrzymania i promocji zdrowia, do właściwego funkcjonowania człowieka i jego rozwoju.

Uwaga. Koncepcja zdrowia D. Orem, w ogólnych założeniach:

- jest zbieżna z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (zdrowie jako dobrostan biopsychospołeczny, a nie tylko brak choroby). Podkreślała, że:
- „**zdrowie jest stanem pełnej integracji strukturalnej i funkcjonalnej człowieka, przejawianej wyraźnie w jego życiu codziennym. Integracja obejmuje aspekty fizyczne, psychiczne, międzyludzkie i społeczne. W procesie rozwoju człowiek osiąga coraz wyższy poziom**” (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Dodatkowe wyjaśnienia. Pełne zrozumienie, czym jest zdrowie dla D. Orem, wymaga wyjaśnienia pojęcia dobrostan. Przyjmuje się, że jest ono równoznaczne z

- „**przeżywaniem przez człowieka pełnego poczucia zadowolenia, przyjemności, szczęścia. Jego przejawianie występuje w ciągłym rozwoju osobowości, w osiąganiu sukcesu, w podejmowanych przez człowieka aktywnościach**” (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Dobrostan (inaczej: dobry stan) można osiągnąć w wyniku troszczenia się o samego siebie, sprawowania samoopieki.

Podsumowanie: należy podkreślić, że **każdy, kto profesjonalnie zajmuje się pielęgniarstwem, ma szczególne prawo do tego, aby:**

- **pojęcie zdrowia analizować i wartościować w relacji do pielęgniarstwa.**

We współczesnym pielęgniarstwie istnieje zgoda co do tego, że:

- zdrowie jest wartością cenioną powszechnie,
- nie jest darem danym człowiekowi raz na zawsze,
- czynniki negatywnie oddziałujące na człowieka mają wpływ na jego zdrowie,
- człowiek reaguje na czynniki pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego jako niepodzielna całość,
- życie człowieka wymaga ciągłego zmagania się ze środowiskiem otaczającym, ze stresem dnia codziennego, pracy, nauki; wymaga uruchamiania różnych mechanizmów obronnych.

O skupieniu zainteresowań badawczych polskich pielęgniarek na zagadnieniu zdrowia przekonują liczne publikacje, a także tematyka dyskutowana w ramach wielu konferencji naukowych. W polskim pielęgniarstwie już w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych podnoszona była kwestia zdrowia jako:

- stanu najbardziej pożądanego,
- pierwotnego w stosunku do choroby.

Dodatkowe wyjaśnienia. Znajomość zdrowia jako określonej kategorii pojęciowej i znaczeniowej, podstaw i założeń w zakresie konceptualizacji tego pojęcia zawoalowały w postaci wielu zmian w pielęgniarstwie. Jedną z podstawowych to:

- wyraźne przesunięcie zainteresowań teoretyczno-praktycznych z obszaru pielęgnowania chorych na podstawową opiekę zdrowotną i promowanie zdrowia.

Równolegle podjęto:

- dokonywanie daleko idących zmian w programach kształcenia i doskonalenia pielęgniarek.

1.8.3

Komunikowanie w pielęgniarstwie

Dla współczesnego pielęgniarstwa zagadnienie *komunikacji interpersonalnej* to szczególnie temat. Pomimo to, że niemal od zawsze związane z pielęgniarstwem, to dopiero od kilku lat znajduje się w programach kształcenia i doskonalenia pielęgniarek realizowanych na różnych poziomach. **Komunikacja interpersonalna lub inaczej relacja interpersonalna (międzyosobowa) to najogólniej stosunek, jaki zachodzi pomiędzy dwiema stronami: pielęgowaną (podmiot opieki) a pielęgnującą (pielęgniarka).** Przy czym należy wyraźnie podkreślić, że

- zawsze, kiedy mowa o relacji, to ma ona dwustronny charakter (np. pielęgniarka ↔ lekarz) i może obejmować więcej niż dwie osoby (np. pielęgniarka ↔ rodzina pacjenta).

Komunikowanie stanowi rzeczywisty przedmiot zainteresowania wielu pielęgniarek zarówno od strony

- praktycznej, jak i
- teoretycznej.

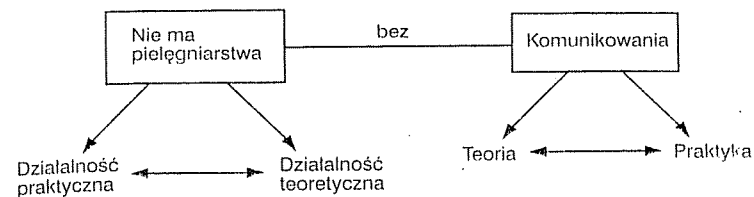
Komunikowanie w pielęgniarstwie wymaga:

- wiedzy o komunikowaniu się ludzi (wiedza ogólna na temat komunikacji interpersonalnej),
- świadomości (konieczności) wykorzystywania założeń ogólnych w pracy zawodowej.

Komunikowanie w pielęgniarstwie jest wyjątkowo obszernym zagadnieniem i obejmuje:

- działalność praktyczną pielęgniarki i
- działalność teoretyczną,

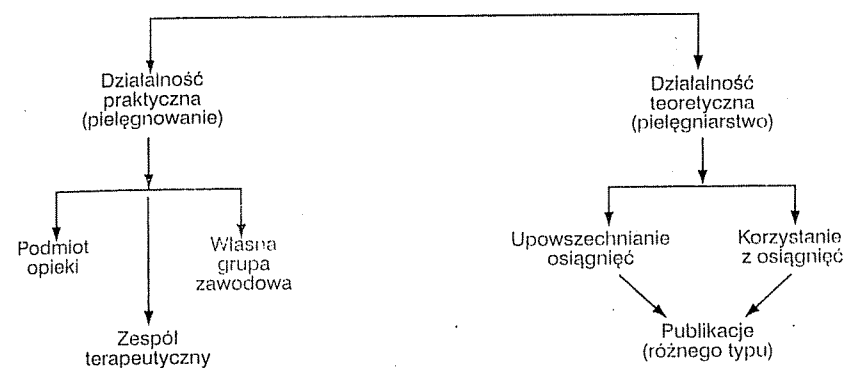
przy czym pomiędzy jedną i drugą formą działalności istnieje ścisły związek.



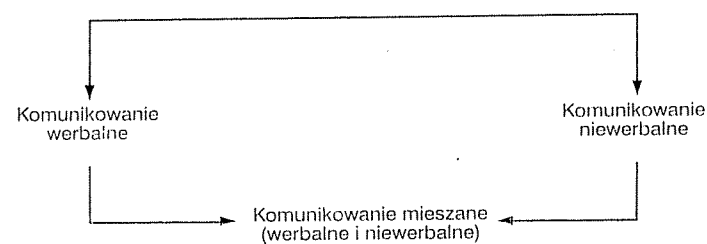
Ryc. 1.9. Komunikowanie jako integralna część pielęgniarstwa.

Należy zwrócić uwagę na to, że prawdy zobrazowane na ryc. 1.9 odnoszą się do:

- praktycznej działalności (pielęgnowanie),
- teoretycznej (naukowej) działalności (Poznańska, 1999).



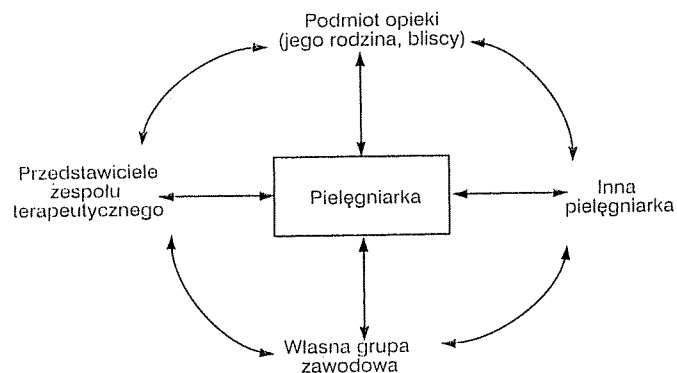
Ryc. 1.10. Zakres komunikowania w pielęgniarstwie.



Ryc. 1.11. Charakter komunikowania w pielęgniarstwie.

Komunikowanie werbalne: mowa ludzka, pismo.

Komunikowanie niewerbalne: porozumiewanie się bez użycia słowa mówionego i pisanego (rozwińnięcia tego zagadnienia szukaj m.in.: Czachor, Górąjek-Jóźwik, Zarzycka, 1996).



Ryc. 1.12. Zakres komunikowania w pielęgnowaniu.

Komunikowanie w działalności praktycznej

Praktyka pielęgnarska (pielęgowanie) wymaga od pielęgniarki zawodowego wejścia w różne relacje interpersonalne (ryc. 1.12). Podkreśla się, że komunikowanie to podstawowe „narzędzie” pracy pielęgniarki.

Dodatkowe wyjaśnienia:

- inna pielęgniarka: nie tylko ta, z którą dana pielęgniarka wspólnie realizuje określone działania i zadania na rzecz podmiotu opieki, ale także pielęgniarka zwierzchnik, konsultant, doradca w zakresie pielęgnowania,
- przedstawiciele zespołu terapeutycznego: pielęgniarka jest równoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego; na potrzeby pielęgnowania komunikuje się z przedstawicielami takich zawodów, jak np.: lekarz, rehabilitant, psycholog (ryc. 1.12).

Warto podkreślić, że w praktyce wszystkie osoby (grupy osób), z którymi pielęgniarka wchodzi w zawodowy kontakt, komunikują się wzajemnie między sobą. Wymaga tego dobro podmiotu opieki, jest to podstawa działań opiekuńczych realizowanych przez więcej niż jedną osobę.

Komunikowanie: podstawowe założenia

We współczesnym pielęgniarstwie podkreśla się, że **komunikowanie to świadomy (inaczej: racjonalny), celowy proces zdobywania i wymiany informacji niezbędnych do pracy (współpracy; współdziałania) z podmiotem (i dla podmiotu) opieki.**

Każda relacja interpersonalna, a przede wszystkim taka, która inicjowana jest (i utrzymywana) z potrzeby zawodowej, musi być:

- efektywna,
- celowa,
- terapeutyczna.

Komunikowanie efektywne: jeszcze przed wejściem w kontakt z drugim człowiekiem (lub grupą ludzi) pielęgniarka musi zdawać sobie sprawę z tego, co zakłada osiągnąć:

- jaki ma być końcowy wynik tego kontaktu.

Założenie to ściśle łączy się z kolejnym, określanym jako **komunikowanie celowe: wejście w relację interpersonalną (oraz jej przebieg) jest podporządkowane**

- celowi, który został wcześniej jednoznacznie określony.

Komunikowanie terapeutyczne to takie, które wywiera pozytywny wpływ na podmiot opieki. Jest to świadome

- wykorzystywanie właściwie dobranych komunikatów werbalnych i niewerbalnych (mieszanych), aby dzięki nim wpłynąć na aktualne (a niekiedy i przyszłe) zachowanie podmiotu opieki.

Komunikowanie: podstawowe cele

Jest ich wiele, jednak za podstawowy należy uznać uzyskanie dobrego, wzajemnego (dwustronnego) kontaktu z innymi osobami, w tym:

- z podmiotem opieki (jego rodziną; środowiskiem),
- z własną grupą zawodową (ogół, społeczność pielęgnarska),
- z przedstawicielami zespołu terapeutycznego.

Komunikowanie z podmiotem opieki (jego rodziną; środowiskiem)

Dobry, bliski kontakt z podmiotem opieki to jeden z warunków niezbędnych do:

- wzbudzenia jego zaufania,
- świadczenia zindywidualizowanej opieki (pielęgowania) (patrz podrozdz. 2.7), a w tym

pozyskania go do współpracy (współdziałania) na rzecz własnego stanu zdrowia.

Zapamiętaj:

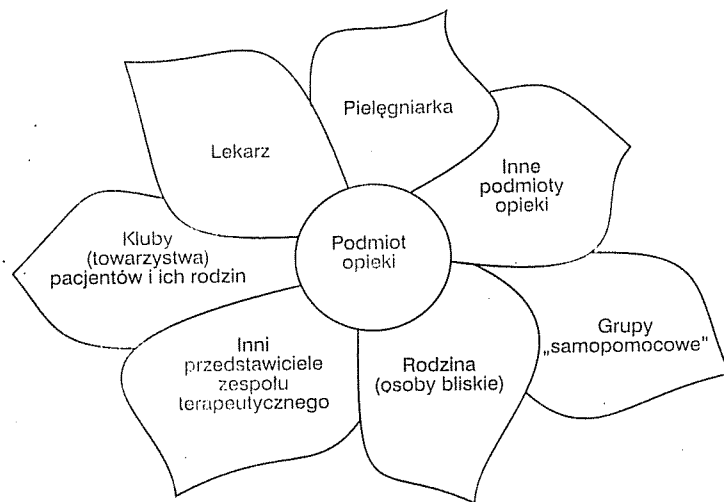
- pielęgniarka nie jest jedyną osobą, która wchodzi w zawodowy, interpersonalny kontakt z podmiotem opieki (ryc. 1.13).

Oprócz licznych pracowników ochrony zdrowia (np. w szpitalu), którzy w sposób zamierzony i celowy wykorzystują komunikowanie się z podmiotem opieki, sam pacjent wchodzi w określone relacje z:

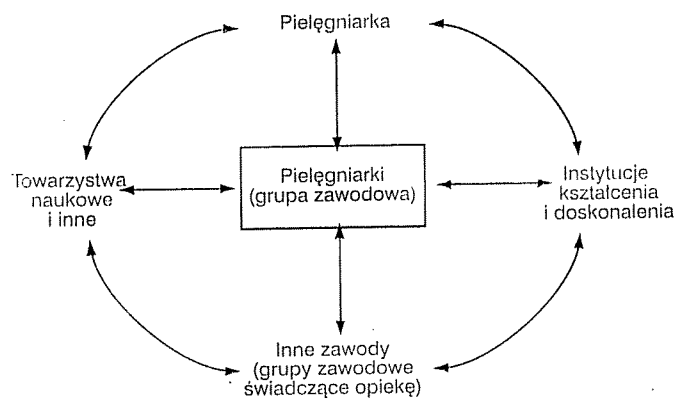
- członkami swojej rodziny i (lub) osobami bliskimi mu, a także z
- innym podmiotem opieki.

Te ostatnie z wymienionych kontaktów mają dla niego zupełnie inny wymiar i znaczenie. Przede wszystkim służą nawiązaniu kontaktów z ludźmi mającymi podobne problemy, to zaś pozwala na:

- uzyskanie ważnych informacji na temat tego, jak radzili sobie lub radzą w danej, często nowej sytuacji lub stanie,
- uzyskanie konkretnej pomocy.



Ryc. 1.13. Relacje interpersonalne, w jakie wchodzi (może wchodzić) podmiot opieki (np. w szpitalu).



Ryc. 1.14. Społeczność zawodowa pielęgniarek (grupa zawodowa) — wybrane relacje.

Komunikowanie się z własną grupą zawodową

Pojedyncza pielęgniarka jest reprezentantem własnej grupy zawodowej. Ta zaś to pewna, wyraźnie określona (opisana, scharakteryzowana) całość, wchodząca w różne relacje na potrzeby realizowania praktyki zawodowej i budowania teorii (nauki o pielęgnowaniu) (ryc. 1.14).

Własna grupa zawodowa stanowi dla pielęgniarki określoną wartość (swego rodzaju punkt odniesienia, identyfikacji zawodowej), na którą może:

- powoływać się (np. cele, osiągnięcia, obowiązki, przywileje),
- odwoływać się do niej (np. normy prawne, kodeks deontologiczny).

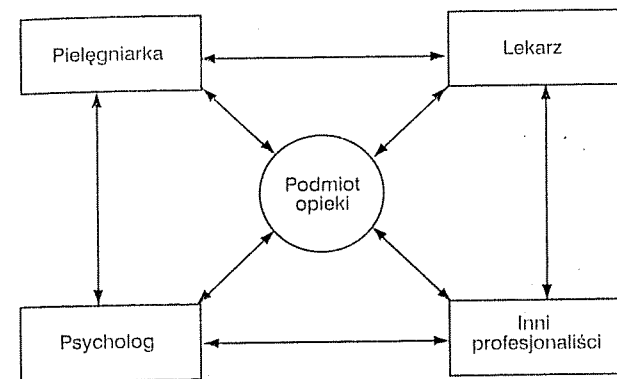
Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego

Zespół terapeutyczny najczęściej jest określany jako grupa osób (zawodowców, profesjonalistów) wspólnie realizujących proces leczenia.

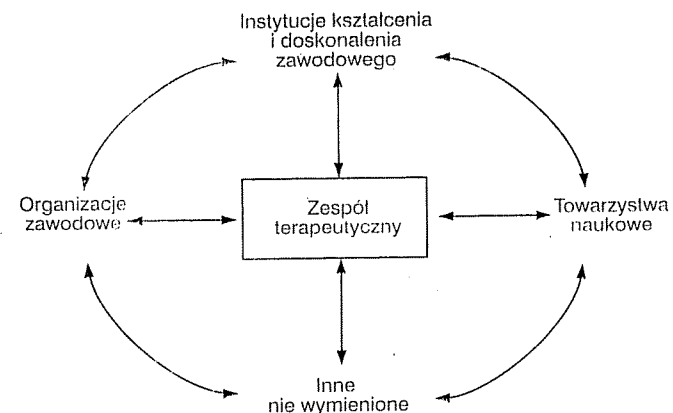
„W skład zespołu terapeutycznego wchodzi zawsze:

- lekarz,
- pielęgniarka,
- pacjent,

a zależnie od potrzeb włączane są inne osoby, jak np. psycholog, rehabilitant, dietetyk, rodzina pacjenta” (Widomska-Czekajka, Górajek-Jóźwik, 1996).

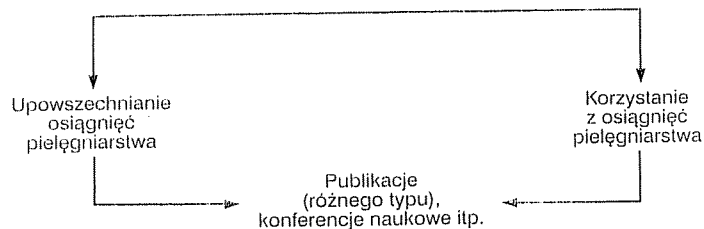


Ryc. 1.15. Relacje w obrębie zespołu terapeutycznego (relacje wewnętrzne).



Ryc. 1.16. Relacje zespołu terapeutycznego ze strukturami „zewnętrznymi” (wybrane).

Dodatkowe wyjaśnienie. Oprócz relacji wewnętrznych istnieją takie, które można określić mianem zewnętrznych (np. komunikowanie się z towarzystwami naukowymi, instytucjami kształcenia i doskonalenia zawodowego) (ryc. 1.16).



Ryc. 1.17. Komunikowanie w działalności naukowej: zakres i charakter.

Komunikowanie w działalności naukowej

Jak zaznaczono wcześniej, komunikowanie jest integralną częścią pielęgniarstwa rozumianego jako:

- działalność praktyczna i
- działalność teoretyczna (patrz także ryc. 1.10).

Uwaga. To, co zostało zobrazowane na ryc. 1.17, jest fragmentem większej całości zatytułowanej „Zakres komunikowania w pielęgniarstwie” (ryc. 1.12).

Komunikowanie w działalności naukowej (nauka o pielęgniarstwie) to przede wszystkim:

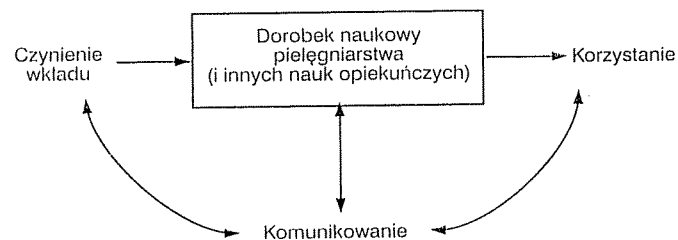
- korzystanie z różnych opracowań naukowych (pielęgniarstwo i dziedziny wspomagające je),
- upowszechnianie prac (osiągnięć) własnych i zespołów, w których pielęgniarki pracują.

Dodatkowe wyjaśnienie. Pomiędzy korzystaniem a upowszechnieniem zachodzi dwustronna relacja (ryc. 1.18).

Podsumowanie: dziś powszechnie zgadzamy się, że

- komunikowanie w pielęgniarstwie to obszerny temat; zagadnienie, które wymaga postrzegania go w charakterze:
 - praktyki i
 - teorii

zarówno w odniesieniu do pielęgniarstwa, jak i komunikacji interpersonalnej (teoria komunikowania się ludzi i rozwiązania praktyczne w zakresie komunikowania się).



Ryc. 1.18. Korzystanie z dorobku naukowego i czynienie wkładu w naukę o pielęgniarstwie.

Nie ma, bo nie może być:

- praktyki pielęgniarstwa (pielęgowania) bez wymiany informacji (komunikaty werbalne i niewerbalne),

ale także:

- nie ma teorii (nauki o pielęgnowaniu ludzi) bez wymiany informacji naukowej.

1.9

Problemy współczesnego pielęgniarstwa

Przemiany dokonujące się w poszczególnych rejonach świata, w różnych krajach, w tym głównie społeczne, gospodarcze oraz ideologiczne, rodzą nowe wyzwania i zadania. Nie dotyczą one tylko pielęgniarstwa, ale także innych dziedzin, czyli tych, które działają bezpośrednio na rzecz ludzi, obywateli kraju, dziś można powiedzieć — świata.

Konsekwentnie do zakresu i charakteru zmian, pielęgniarstwo powinno:

- dookreślać cele ogólne i szczegółowe,
- weryfikować zadania jakie przed nim stoją,
- określać obszary zagadnień, w obrębie których stawia pytania i poszukuje odpowiedzi.

To m.in. upoważnia do postrzegania pielęgniarstwa w wymiarze dynamicznym, podlegającego zmianom, które w zależności od wielkości pociągają za sobą konieczność zaangażowania określonych sił i środków.

Zapamiętaj:

Problemy współczesnego pielęgniarstwa, będą rozumiane jako trudności i w takim kontekście będą prezentowane, przy czym warto pamiętać, że mogą mieć one różny charakter.

Uwaga. Pielęgniarstwo, jak każda inna dyscyplina praktyczna, ma za zadanie udzielanie odpowiedzi na istotne dla niego pytania. Dotyczą one przede wszystkim:

- istoty opieki, istoty pielęgnowania (opieki pielęgniarstwa); jej wartości,
- koncepcji człowieka — podmiotu opieki, zdrowia, samej opieki świadczonej przez pielęgniarkę; bezpośredniego wkładu pielęgniarstwa w zdrowie obywateli,
- przedmiotu szczególnego zainteresowania dzisiejszego pielęgniarstwa: obszaru
- tożsamości rodzimego pielęgniarstwa; jaka jest, co ją charakteryzuje.

Możliwość analitycznego podejścia, dokonywania racjonalnych wyborów w obrębie własnych możliwości (proponycji oraz ustaleń teoretycznych i praktycznych) należy uznać za istotną wartość pielęgniarstwa.

Dodatkowe wyjaśnienia. Myśląc o bardziej szczegółowym ujęciu problemów, jakie napotyka współczesne pielęgniarstwo, można sporządzić stosunkowo długą ich listę, przy czym mogą się one odnosić do pielęgniarstwa rozumianego przede wszystkim jako:

- podsystem ochrony zdrowia,
- działalność praktyczna,
- działalność naukowa,

ale także:

- działalność dydaktyczna, rozumiana jako kształcenie pielęgniarek oraz doskonalenie zawodowe.

Dodatkowe wyjaśnienia. Podsystem ochrony zdrowia:

- w tym obszarze dość znaczący problem dotyczy zakresu autonomii pielęgniarstwa (rozwińcie, patrz pkt 1.8.1).

Pielęgniarki same muszą odpowiedzieć na pytanie, co zrobić, jakie działania podjąć, jakie postawy prezentować, aby osiągnąć pożądany stan autonomii, a także aby zakres ten systematycznie powiększać (w bliskiej współpracy z przedstawicielami innych zawodów medycznych/opiekuńczych).

Działalność praktyczna: przedmiotem zainteresowania rodzimego pielęgniarstwa powinno być m.in. to,

- czy, a jeśli tak, to na ile, przyjęte założenia teoretyczne (konceptje) znajdują odzwierciedlenie w praktyce i czy wpłynęły na wyniki pielęgnowania,
- czy istnieje świadomość i czytelność relacji pomiędzy: medycyną a opieką, pielęgniarstwem, pielęgnowaniem a zdrowiem.

Działalność naukowa: w rodzimym pielęgniarstwie dość powszechnie przyjmuje się, że podstawowy problem, to

- brak własnych metod badawczych.

Te najczęściej wykorzystywane przez pielęgniarki zostały zapożyczone z innych dyscyplin, takich jak np. psychologia, socjologia, pedagogika itp. Światowa literatura pielęgniarska nie podnosi takiego problemu.

Uwaga. Za szczególnie ważne należy uznać to, co Butrym określiła jako

- „stawianie i rozwiązywanie problemów naukowych i praktycznych pielęgniarstwa jako nauki i jako działania” (Butrym, 1986).

Stwierdzenie to dość wyraźnie różnicuje dwie istotne dla pielęgniarstwa grupy pytań:

- o charakterze naukowym,
- o charakterze praktycznym.

Dodatkowe wyjaśnienia. Przy okazji warto zwrócić uwagę na różnicę pomiędzy -- dyscypliną naukową a

-- dyscypliną wykładaną (na poziomie akademickim).

Wartościowanie tych różnic i (lub) relacji, do jakich dochodzi pomiędzy wymienionymi pojęciami, to jeden z istotniejszych problemów rodzimego, współczesnego pielęgniarstwa. Prof. M.K. Klamut, pierwszy dziekan pierwszego w Polsce Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie, podkreślał (i nadal to czyni), że **przyznanie pielęgniarstwu statusu naukowej dyscypliny „stanowiłoby (...) istotny bodziec do rozwijania humanistycznych elementów opieki zdrowotnej”** (Klamut, 2003).

Działalność dydaktyczna:

- zakłada się, że studia (studiowanie) powinny być doskonałą, niepowtarzalną okazją do systematycznego odkrywania prawd mówiących o interdyscyplinarnym charakterze opieki (w tym pielęgnowania) i konsekwencji tego stanu, roli, funkcji i zadań interdyscyplinarnych, wielozawodowych zespołów opiekuńczych, a także miejsc, jakie poszczególne osoby w nich zajmują. Odpowiedzi na to pytanie dostarcza praktyka.

Uwaga. Z. Kawczyńska-Butrym, przez lata współdziałająca z innymi na rzecz pielęgniarstwa, w połowie lat 80. przyjęła, że najważniejsze dla pielęgniarstwa pytania dotyczą tego:

- „jakie stany człowieka należy uznać za takie, które wymagają działania pielęgniarskiego,
- jakie dane o człowieku i jego środowisku należy zgromadzić, aby były one wystarczające i na tyle symptomatyczne, żeby dały podstawę do stwierdzenia stanu kwalifikującego lub nie do podjęcia działań pielęgnacyjnych”? (Butrym, 1986).

Te dwa, komplementarne względem siebie pytania problemowe, mylnie mogą zostać odczytane jako szczegółowe. W pełnym zrozumieniu ich zdecydowanie ogólnego charakteru pomoże komentarz cytowanej autorki, która pisze:

„Problem pierwszy jest w takim samym stopniu generalnym problemem

– pielęgniarstwa jako systemu działań, jak też

– pielęgniarstwa jako dyscypliny naukowej.

Jest bowiem bezpośrednio związany

– z jednej strony z określeniem przedmiotu nauki,

– z drugiej z określeniem zakresu kompetencji pielęgniarki” (Butrym, 1986).

Należy zgodzić się, że problem zasygnalizowany dwadzieścia lat temu jest nadal aktualny. Oznacza to, że zadanie postawione przez Butrym, czeka na rozwiązanie.

Dodatkowe wyjaśnienie. Za swego rodzaju usprawiedliwienie niech posłuży powszechnie znana prawda mówiąca o tym, że dwadzieścia lat dla młodej, rozwijającej się dyscypliny to okres wyjątkowo krótki.

Zadania sprawdzające

1. Wymień i scharakteryzuj znane Ci określenia pojęcia pielęgniarstwo.
2. Wypełnij treściami (własnymi zdaniem) stwierdzenie: nie ma pielęgniarstwa bez wymiany informacji.
3. Jak sądzisz, co może mieć bezpośredni wpływ na różne rozumienie i definiowanie pojęcia pielęgniarstwo?
4. Wymień tych przedstawicieli zespołu terapeutycznego, z którymi pielęgniarka komunikuje się w sprawach podmiotu opieki.
5. Czym powinno charakteryzować się celowe komunikowanie z podmiotem opieki?
6. Jak rozumiesz pojęcie troska?
7. Jaki związek zachodzi pomiędzy opieką, opiekowaniem się a troską, troszczeniem się?
8. Opisz własnymi słowami pojęcie autonomii w pielęgniarstwie.
9. Co wynika z tego, że każdy z teoretyków pielęgniarstwa przyjmuje inną koncepcję pojęcia zdrowia?
10. Przedstaw własne argumenty, przemawiające za tym, że zdrowie jest wartością.
11. Wymień 2–3 najistotniejsze problemy współczesnego pielęgniarstwa.

Zadania do samodzielnego wykonania

- Przeanalizuj kilkanaście artykułów z dostępnych Ci pism pielęgniarskich (magazynów) pod kątem znalezienia jak największej liczby definicji (określeń) pojęcia pielęgniarstwo. Zanotuj je, a następnie postaraj się uszeregować, rozpoczynając od tej definicji, którą uznasz za najbardziej ciekawą, a zakończ tą, która podoba Ci się najmniej. Kategoryzację, jakiej dokonałaś, uzasadnij na piśmie.
- Rozpoznaj, jak bliskie Ci osoby (członkowie rodziny, znajomi itp.) rozumieją pojęcie opieka (opiekowanie się). Zapamiętaj ich wypowiedzi i zapisz tak, aby czytelne było to, co kto powiedział. Uzyskane wypowiedzi poddaj szczegółowej analizie ilościowej (obszerność wypowiedzi) i jakościowej (jej treść).
- Korzystając z rozwiązania zadania nr 2, wykaż, czy osoby pytane o znaczenie pojęcia opieka (opiekowanie się) odnoszą ją:
 - tylko do ludzi,
 - tylko do zwierząt,
 - do ludzi i zwierząt,
 - podają jeszcze inne możliwości.
- Postaraj się rozpoznać i odpowiednio udokumentować stopień troski (troskliwości) przejawianej przez poszczególne osoby dobrze Ci znane (np. członkowie rodziny). W tym celu uszereguj je od najbardziej do najmniej troskliwych. Rozważ możliwość zapoznania ich wszystkich (albo tylko pojedynczych osób) z wynikami analizy, jakiej dokonałaś.
- Korzystając z doświadczenia, jakie zdobyłaś (zdobyłeś) przy rozwiązywaniu zadania nr 4, zrób to samo w stosunku do 4–5 koleżanek (kolegów) z grupy studenckiej, z którą najczęściej spotykasz się na zajęciach. Wykorzystaj właściwą sytuację (dydaktyczną i/lub praktyczną) do zapoznania ich z wynikami analizy, jakiej dokonałaś.
- Po zapoznaniu się z treściami punktu 1.8.1 postaraj się sporządzić listę czynników, które według Ciebie (Twojej aktualnej wiedzy i doświadczenia) mogą przyczynić się do podwyższenia stopnia autonomii pielęgniarstwa. Uporządkuj je według kryterium od najważniejszego, do najmniej istotnego.
- Postaraj się rozpoznać, czym jest zdrowie dla twoich rówieśników (tych, którzy nie studiują pielęgniarstwa). Odpowiedz na następujące pytania:
 - Jak rozumieją to pojęcie?
 - Czy podejmują działania na rzecz utrzymania własnego zdrowia, a jeśli tak to jakie? Uzyskane odpowiedzi przeanalizuj i zastanów się, jakie działania podejmiesz (jako pielęgniarka) na rzecz ludzi młodych.
- Korzystając z doświadczenia, jakie zdobyłaś (zdobyłeś) przy rozwiązywaniu zadania nr 7, zrób to samo w stosunku do kilku najbliższych koleżanek (kolegów), z którymi studiujesz pielęgniarstwo. Uzyskane wyniki poddaj analizie i zastanów się, jakie działania podejmiesz.
- Jeśli w ciągu ostatniego tygodnia miałaś trudności w tzw. dogadaniu się z kimś, to określ dokładnie tę sytuację i dokonaj jej analizy pod kątem
 - przyczyn, które zdecydowały o tych trudnościach, dzieląc je na trzy grupy:

Przyczyny		
z Twojej strony	ze strony tej drugiej osoby	inne (trudne do określenia)

- Wróć do rozwiązania zadania nr 9 po 2–3 tygodniach i postaraj się odpowiedzieć na następujące pytanie: Jak teraz, z perspektywy czasu, oceniasz to, co zdarzyło się wówczas? Czy dziś zmieniłabyś wcześniej dokonany podział przyczyn trudności w tzw. dogadaniu się? Jeśli tak, to co miałyby wpływ na tę zmianę? Podziel się tymi refleksjami z koleżankami, z którymi uczysz się (studiujesz) pielęgniarstwa.
- Zwróć uwagę na to, jak pracownicy ochrony zdrowia (np. w szpitalu lub przychodni) komunikują się z podanymi niżej osobami i zaznacz, co wg Ciebie było pozytywne, a co negatywne.

Osoby	Oceny pozytywne	Oceny negatywne
– między sobą		
– z pacjentami		
– z rodziną pacjentów (np. w szpitalu)		

Omów z nauczycielem i(lub) koleżankami (przyszłymi pielęgniarkami) wyniki, jakie uzyskałaś, zwracając taką samą uwagę na pozytywne i negatywne.

- Dokonaj przeglądu pozycji książkowych w bibliotece szkolnej pod kątem tych, które tematycznie związane są z komunikowaniem się ludzi. Ile z nich dotyczy komunikowania w pielęgniarstwie? Zastanów się nad tym, jaka jest prawdopodobna przyczyna (przyczyny) stanu, który stwierdziłaś?
- Dokonaj przeglądu ostatniego rocznika magazynu Pielęgniarstwo (lub innego zawodowego pisma, np. Pielęgniarka i Położna, Magazyn Pielęgniarki i Położnej) pod kątem publikacji związanych z komunikowaniem w pielęgniarstwie. Dla uwidocznienia badanego stanu sporządź następujące zestawienie:

Autor artykułu	Tytuł artykułu	Uwagi (nt. zakresu i charakteru treści dotyczących komunikacji)

14. Przy pomocy nauczyciela postaraj się sporządzić 2–3-stronicowe opracowanie (krótki artykuł), wykorzystując do tego celu wyniki z rozwiązania zadania 13. Weź pod uwagę możliwość zaprezentowania tej pracy na posiedzeniu jednego z kół naukowych działających w szkole lub skierowania jej do opublikowania w jednym z pism pielęgniarskich (za zgodą nauczyciela, z którym współpracowałaś nad rozwiązaniem tego zadania).

Literatura

- Arendarczyk M., Blaszczyk A., Polańska M.*: Naukowe problemy pielęgniarstwa. Pielęgniarka i Położna, 1989.
- Bednarek K.*: O skutecznym komunikowaniu się. Pielęgniarstwo 2000, 1994, 2.
- Bevis E.O.*: Nursing: what is and how it evolved. W: Fundamentals of Nursing practice. (red. F.L. Bower, E.O. Bevis). The C.V. Mosby Company. St. Louis, Toronto-London 1979.
- Björkoe J.A.*: Pomoc dla samopomocy. Szkoła Kofoeda w Kopenhadze. Instytut Służby Społecznej. Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 1997.
- Brykczyńska M.*: Filozofia troski a praca pielęgniarska. Pielęgniarka i Położna 1993, 9.
- Butrym Z.* (red.): Podstawy naukowe diagnozy pielęgniarskiej. Akademia Medyczna w Lublinie. Wydział Pielęgniarski, Lublin 1986.
- Czachor M.*: Dotyk jako element pielęgnowania pacjentów z chorobą nowotworową. Psychoonkologia, 1997, 1, 103–105.
- Czachor M., Górajek-Jóźwik J., Zarzycka D.*: Miejsce i znaczenie komunikacji interpersonalnej w procesie pielęgnowania. W: Jakość w opiece pielęgniarskiej. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa. Olsztyn, 27–28 IX 1996.
- Czachor M.*: Kształtowanie umiejętności komunikowania się dla potrzeb zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Jakość w opiece pielęgniarskiej. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa. Olsztyn 27–28 IX 1996.
- Dobrowolska-Nowak J.*: Naukowe zasady w pielęgniarstwie. Pielęgniarka i Położna, 1994, 2.
- Dolata M.*: Czy recepta z komputera potrafi uleczyć z nostalgią za etyką troski? W: O potrzebie pielęgniarstwa w medycynie. II Międzynarodowa Podlaska Konferencja. Białystok 2002.
- Dyk D., Wołowicka L., Wiśniewska B.*: Komunikowanie interpersonalne w oddziale intensywnej terapii. Pielęgniarstwo Polskie 1996, 7.
- Górajek-Jóźwik J.*: Pielęgniarstwo. W: Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek (red. T. Wiđomska-Czekańska, J. Górajek-Jóźwik). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.

- Górajek-Jóźwik J.*: Pojęcie wsparcia w pielęgniarstwie i pielęgnowaniu. Materiały z Konferencji. Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Lublinie. Zakład Pielęgniarstwa Społecznego. Lublin 1992, s. 5–10.
- Górajek-Jóźwik J.*: Zdrowie w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo Polskie, 2002, 2, 14.
- Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B.*: Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
- Hutner R.*: O rozwoju teorii pielęgnowania. Pielęgniarka i Położna, 1983, 6.
- Kawezyńska-Butrym Z.* (red.): Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001.
- Kawezyńska-Butrym Z.* (red.): Pielęgniarstwo rodzinne. CEM, Warszawa 1997.
- Klamut M.K.*: Posłowie. W: *Górajek-Jóźwik J.*: Racheli Hutner prekursorka i organizatorka systemu doskonalenia i specjalizacji pielęgniarek. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 2003.
- Klamut M.K.*: Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycznym. Alma Mater. AM w Lublinie 1994, nr 4, s. 138–139.
- Kulik T.B., Wrońska I.* (red.): Zdrowie w medycynie i naukach społecznych. Wydział Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Filia w Stalowej Woli. Stalowa Wola 2000.
- Lenartowicz H.*: Profesja, semiprofesja, zawód. Pielęgniarstwo, 2000, 1997, 1.
- Lenartowicz H.*: O nowy wymiar pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo, 2000, 1991, 14.
- Lenartowicz H.*: Polityczna strategia pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo, 2000, 1993, 4.
- Mazurkiewicz B.*: Nauka o pielęgniarstwie, czyli w jakim jesteśmy miejscu. Pielęgniarka i Położna, 1994, 2.
- Mellibruda J.*: Ja — ty — my. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich. Nasza Księgarnia, Warszawa 1986.
- Michalko B.*: Dotyk w komunikacji interpersonalnej. Pielęgniarstwo, 2000, 1996, 5, 13–14.
- Poznańska S.*: Pielęgniarstwo. W: Podstawy pielęgniarstwa (red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- Poznańska S.*: Komunikowanie się w relacjach pielęgniarka pacjent. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Podręcznik dla szkół medycznych (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1999, s. 76–99.
- Poznańska S.*: Pielęgniarstwo. W: Encyklopedia dla pielęgniarek (red. J. Bogusz). PZWL, Warszawa 1989, s. 360–361.
- Poznańska S.*: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1989.
- Poznańska S., Plaszczyńska-Żywko L.*: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Skorupka S., Auderska H., Lempińska Z.* (red.): Mały słownik języka polskiego. PWN, Warszawa 1969.
- Tkaczyk L.*: Komunikacja niewerbalna. A. Strum. Wrocław 1997.
- Wiđomska-Czekańska T., Górajek-Jóźwik J.* (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
- Wiewiórowska M.*: Humanistyczne teorie działania społecznego. Teoretyczne podstawy pielęgniarstwa. UMCS, Lublin 1988.
- Wójcik G.*: Zmiany w pielęgniarstwie jako warunek podniesienia jakości usług. Pielęgniarka i Położna, 1993, 9.

1.10

Działalność naukowa w pielęgniarstwie

Pielęgniarstwo to pojęcie wieloznaczne, które może oznaczać m.in.:

- działalność praktyczną,
- działalność naukową (często określaną także jako teoretyczna).

Nauka o pielęgniarstwie może występować pod kilkoma znaczeniami:

- treściowym,
- funkcjonalnym,
- instytucjonalnym (ryc. 1.19).

Działalność naukowa to inaczej wysiłek podejmowany na rzecz budowania nauki o pielęgniarstwie.

Uwaga. Dla wielu pielęgniarzek jest to (nadal) stosunkowo nowy obszar zainteresowania.

Wprowadzając w zagadnienie działalności naukowej w pielęgniarstwie warto wyjść od początków badań naukowych na świecie i w Polsce, a więc sięgnąć do korzeni.

USA

Badacze historii pielęgniarstwa zgodni są co do tego, że

- Florence Nightingale była tą pielęgniarzką, która jako pierwsza podjęła się tego, co dziś określane jest jako działalność naukowa w pielęgniarstwie. Wniosła ona pionierski wkład w badania naukowe, które prowadziła w trakcie sprawowania opieki nad rannymi żołnierzami (Wojna Krymska); badania nad wpływem środowiska na stan chorych i rannych (p. także podrozdz. 1.10.2).

W literaturze pielęgniarstwie zwraca się uwagę na fakt, że w

- 1902 r. — „przeprowadzono pierwszy eksperyment pielęgniarstwi (...) z zakresu wychowania zdrowotnego” (Poznańska, 1985, za: Płaszewska-Zywko, 1997).
- 1912 r. — rozpoczęto badania w grupie amerykańskich pielęgniarzek środowiskowych; przedmiotem szczególnego zainteresowania były takie zmienne, jak:
 - przygotowanie tej grupy pielęgniarzek do wykonywania powierzonej im pracy zawodowej,
 - ich rozmieszczenie w terenie zamieszkania podopiecznych,
 - koszty usług pielęgniarstwi świadczonych przez badane pielęgniarki środowiskowe.
- 1920 r. — pielęgniarka J. Goldmark prowadziła (pod kierunkiem lekarza) badania, których celem było:
 - rozpoznanie stanu sal demonstracyjnych w szkołach pielęgniarstwi (głównie pod kątem ich wyposażenia i niewygodę wynikającą z tego stanu dla uczennic praktykujących w tych salach); w dziedzinie kształcenia zawodowego i narzędzi możliwych do wykorzystania w pielęgniarstwie (Poznańska, 1985, za: Płaszewska-Zywko, 1997).

Kolejne lata przyniosły w USA gwałtowny rozwój badań naukowych w pielęgniarstwie oraz upowszechniania ich wyników (powołanie czasopisma pielęgniarstwi „Nursing Research” — 1952; konferencja naukowa — 1958).

1978 r. — powołano Europejską Grupę Pielęgniarek Badaczy.

Dodatkowe wyjaśnienia. Sprawą ważną jest nie tylko rozwój samych badań, ale także to, że coraz częściej ich przedmiotem stawały się takie zagadnienia, jak:

- edukacja pielęgniarzek i
- jakość świadczonej opieki pielęgniarstwi (Abdellah, Levine, 1966).

Polska

Nie ma żadnych danych świadczących o tym, że w pierwszej połowie XX w. pielęgniarki prowadziły (podejmowały) jakąś działalność naukową.

Dodatkowe wyjaśnienia. Brak danych nie wyklucza możliwości prowadzenia jakichś badań przez pielęgniarki (we wspomnianym okresie).

Wiadomo natomiast, że w 1935 r. w Krakowskiej Szkole Pielęgniarstwa prowadzone były (przez lekarzy) badania psychotechniczne uczennic.

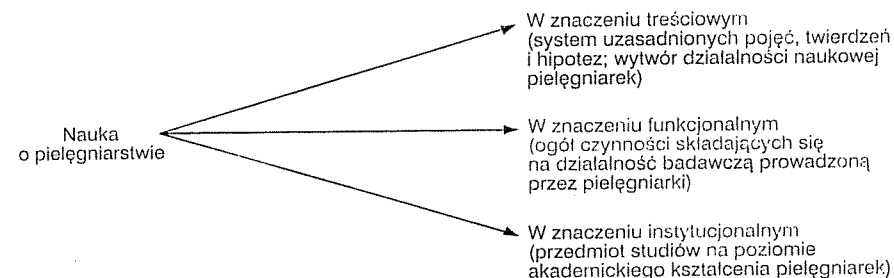
Uwaga. Nie wiadomo nic na temat ewentualnego udziału pielęgniarzek w tych badaniach.

Pewne natomiast jest to, że w latach 1964–1966 w Centralnym Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych w Warszawie (kierowanym przez pielęgniarkę Rachelę Hutner) zainicjowane zostały przez kierownika tego ośrodka i przeprowadzone

- planowe prace badawcze nad organizacją pracy pielęgniarzek (Hutner, 1992).

Natomiast w roku 1969 rozpoczęto w Polsce akademickie kształcenie pielęgniarzek (Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Lublinie). Była to pierwsza placówka, która rozpoczęła planową, statutową działalność naukową w pielęgniarstwie. Przyjmuje się, że powstanie Wydziału miało kluczową wartość dla narodzin pielęgniarstwi naukowego, gdyż

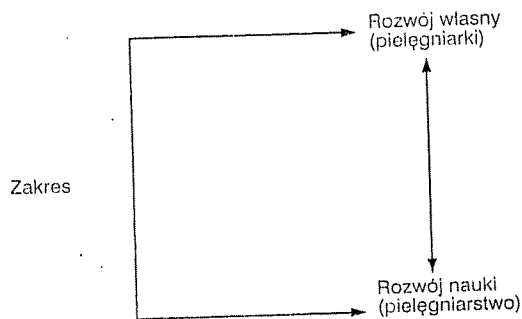
- stworzone zostały warunki i klimat do podejmowania planowej działalności naukowej w pielęgniarstwie (dla pielęgniarstwa).



Ryc. 1.19. Wieloznaczność pojęcia „nauka o pielęgniarstwie”.

Przez kogo może być realizowana („uprawiana”) działalność naukowa w pielęgniarstwie?

- teoretycznie przez wszystkie pielęgniarki, które zostały do tego odpowiednio przygotowane (merytorycznie i praktycznie) i są szczególnie zainteresowane tego rodzaju działalnością,
- praktycznie przez pielęgniarki (choć nie wyłącznie) — pracowników naukowo-dydaktycznych (magistrów pielęgniarstwa, doktorów, doktorów habilitowanych, profesorów nadzwyczajnych i zwyczajnych) skupionych w uczelniach wyższych, w których odbywa się kształcenie pielęgniarzek, ale nie tylko.



Ryc. 1.20. Zakres działalności naukowej w pielęgniarstwie.

Z teoretycznego punktu widzenia możliwe jest podejmowanie działań na rzecz rozwoju tylko jednego z dwóch obszarów wymienionych (ryc. 1.20).

W praktyce pielęgniarka podejmując określone działania na rzecz własnego rozwoju naukowego (np. przygotowanie rozprawy doktorskiej) czyni wkład w naukę o pielęgniarstwie.

1.10.1

Badania — zakres i charakter

Zagadnienie badań naukowych w pielęgniarstwie to przedmiot szczególnego zainteresowania pielęgniarek, w tym:

- „badaczy”, czyli osób zajmujących się badaniami zawodowo, oraz
- „praktyków” — pielęgniarek sprawujących opiekę nad podmiotem opieki w sposób bardziej lub mniej bezpośredni (np. tzw. pielęgniarki odcinkowe; oddziałowe), dążących do
 - podnoszenia jakości opieki pielęgniarskiej na podstawie wyników badań naukowych.

Badania naukowe to „rozważania (rozumowanie) teoretyczne oparte na dostępnej wiedzy połączone z działaniami praktycznymi, mające na celu

- wykrycie istotnych zależności pomiędzy interesującymi badacza zjawiskami”.

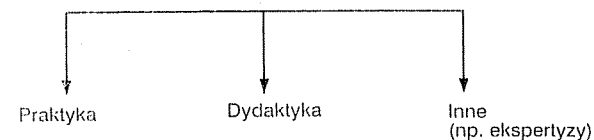
Krócej można powiedzieć, że „jest to wykrywanie prawdy obiektywnej” (Widomska-Czekajaska, Górąjek-Jóźwik, 1996).

Cel praktyczny badań:

- szeroko rozumiana praktyka zawodowa, zmiana jakości świadczonej opieki, modelu (wzoru) pielęgnowania itp.

Cel dydaktyczny badań:

- nauczanie, uczenie się; zmiany i ich uwarunkowania itp.



Ryc. 1.21. Badania naukowe w pielęgniarstwie — cele podstawowe.

Cel inny (np. ekspertyzy):

- analizy ocen i oceny wykonywane na rzecz innych osób, instytucji itp.

Dodatkowe wyjaśnienia. Istotny, współczesny trend w badaniach pielęgniarskich to ich praktyczność. Istota badań obejmuje najczęściej to, co wynika z bezpośredniej pracy z podmiotem opieki. Oznacza to, że uzyskane wyniki będą mogły mieć zastosowanie w praktyce.

Badania naukowe w pielęgniarstwie — zakres

W zasadzie nie ma takiego obszaru, który nie stanowiłby przedmiotu badań pielęgniarskich i, co ciekawe, w ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost liczby prowadzonych badań naukowych.

Zapamiętaj:

Zasadą jest, że teoretycznie pielęgniarki mogą badać niemal wszystko, pod warunkiem że:

- stanowi to istotne zagadnienie dla pielęgniarstwa (z punktu widzenia teorii i(lub) praktyki),
- pielęgniarka dysponuje niezbędną wiedzą i narzędziami badawczymi, które pozwolą na zebranie potrzebnego materiału badawczego (tym samym pozwolą uzyskać odpowiedzi na pytania, które interesują badaczy).

Uwaga. Poszczególne obszary „penetrowane” są (przez pielęgniarki — badaczy) w różnym stopniu, przy czym

- nasilenie zainteresowań poszczególnymi obszarami zmienia się i jest związane z panującymi trendami w pielęgniarstwie oraz naukach wspomagających pielęgniarstwo.

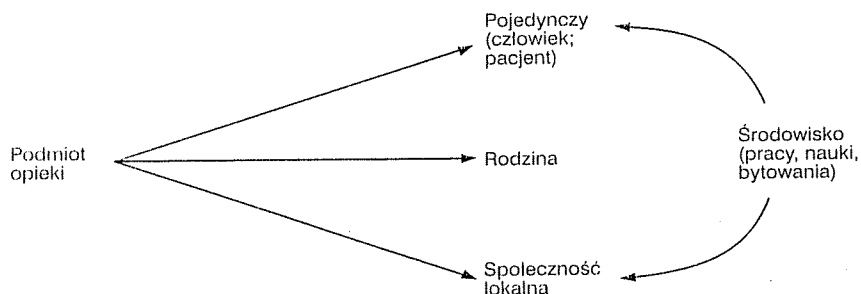
Naukowa działalność pielęgniarek może być realizowana w ramach różnych prac i programów badawczych (patrz ryc. 1.25).

Istotną kwestię w przygotowaniu do badań naukowych stanowi wybór metody badań; niekiedy już to może gwarantować sukces.

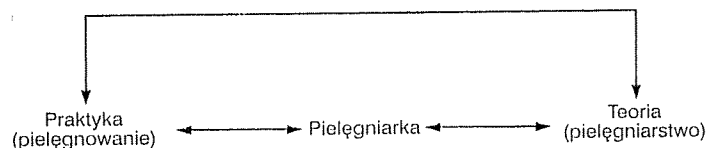
Stworzenie dobrego programu badawczego zależy od wielu czynników, przy czym do najważniejszych zalicza się:

- stopień wkładu praktyków, którzy są w stanie sformułować problemy badawcze z pozycji praktyki,

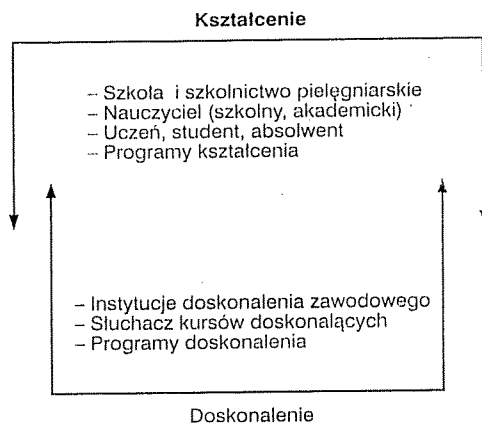
– stan struktury organizacyjnej, w której obrębie badania są prowadzone, w tym źródła finansowania (pozwalające na „wzmocnienie” badań i gratyfikacje dla prowadzących je).



Ryc. 1.22. Przedmiot badań pielęgniarek — zmienna: podmiot opieki.



Ryc. 1.23. Przedmiot badań pielęgniarek — zmienna: praktyka i teoria.



Ryc. 1.24. Przedmiot badań pielęgniarek — zmienna: kształcenie i doskonalenie.

1.10.2 Metody badań

1. Określone także jako **metody badawcze**, a definiowane jako:
 – „typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania i interpretacji danych empirycznych, służących do uzyskiwania optymalnie uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania” (Nowak, za: Wrońska, 1997),
 – „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych (teoretycznych) i instrumentalnych (praktycznych) obejmujących najogólniej całości postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego” (Kamiński, 1974, za: Wierzchowską-Konera, 2000).

Uwaga. Oprócz metod badawczych należy uwzględnić prawdy mówiące o:
 – technikach badawczych (inaczej: czynności praktyczne; rzemiosło prowadzenia badań),
 – narzędziach badawczych (inaczej: przedmioty umożliwiające zastosowanie w praktyce wybranej techniki) (Wierzchowska-Konera, 2000).

2. Wrońska, charakteryzując metody badawcze wykorzystywane w pielęgniarstwie środowiskowym (a które z powodzeniem mogą być stosowane w każdym innym obszarze pielęgniarstwa), wymienia następujące:

- „analiza i krytyka piśmiennictwa,
- metoda sondażu diagnostycznego,
- metoda indywidualnych przypadków,
- metoda eksperymentalna,
- metoda porównawcza,
- analiza dokumentów” (Wrońska, 1997).

Z kolei Wierzchowska-Konera w „Pedagogice”, podręczniku kierowanym do słuchaczy szkół medycznych wymienia:

- obserwację,
- eksperyment,
- metodę indywidualnych przypadków,
- metodę sondażu diagnostycznego,
- metodę biograficzną,
- metodę badania w działaniu — „action research” (Wierzchowska-Konera, 2000).

Dodatkowe wyjaśnienia. Obserwacja według niektórych autorów uznawana jest za metodę, przez innych — technikę badawczą.

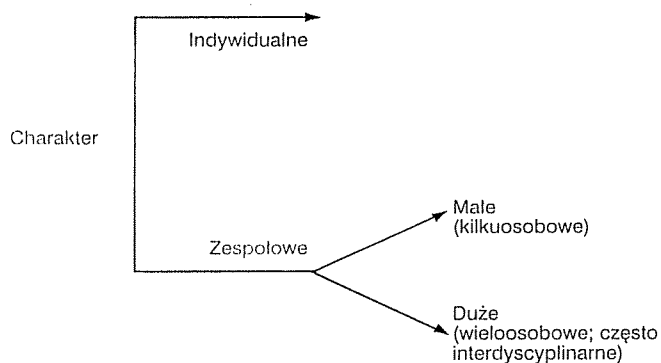
Uwaga. Pielęgniarstwo rodzime od lat interesuje się wszystkimi dostępnymi metodami, a w szczególności:

- obserwacją (pielęgniarską, jako metodą i(lub) techniką) (Górajek-Józwiak, Mierzwińska, 2004),
- obserwacją migawkową (wykorzystywaną do oceny wybranych cech zachowania pacjentów) (Górajek-Józwiak, 1986),
- metodą indywidualnych przypadków (wykorzystywaną np. w wielu pracach licencjackich),

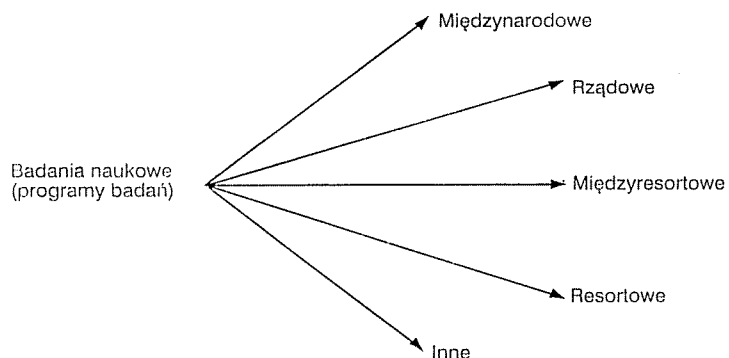
- metodą sondażu diagnostycznego (wykorzystywaną dość powszechnie w pracach magisterskich),
- metodą badania w działaniu (ang. action research) — mimo że opisywana i polecana, nie ciesząca się zainteresowaniem rodzimej społeczności pielęgniarskiej; w pielęgniarstwie światowym dobrze znaną i wykorzystywaną w praktyce (Górajek-Jóźwik, 1999, 2000).

Ponieważ pielęgniarstwo (jako stosunkowo młoda nauka) nie wypracowało jeszcze własnych, specyficznych metod badań,

- posługuje się zweryfikowanymi metodami wykorzystywanymi przez inne nauki, takie jak:
 - nauki medyczne,
 - nauki humanistyczne,
 - nauki pedagogiczne,
 adaptuje je, modyfikując do własnych potrzeb.



Ryc. 1.25. Badania naukowe w pielęgniarstwie — charakter.



Ryc. 1.26. Badania naukowe w pielęgniarstwie — zakres.

To powoduje, że zmieniają one swój charakter, ale

- zachowują dotychczasową sprawdzalność i wiarygodność.

Badania naukowe w pielęgniarstwie — uwagi praktyczne

Należy dokładnie wiedzieć:

1. Co chce się badać. Podstawowe wymagania przed przystąpieniem do badań to:
 - dobre przygotowanie teoretyczne,
 - sprecyzowany cel pracy (cel badań, jakie zakłada się przeprowadzić).

Zapamiętaj:

Założenia podstawowe:

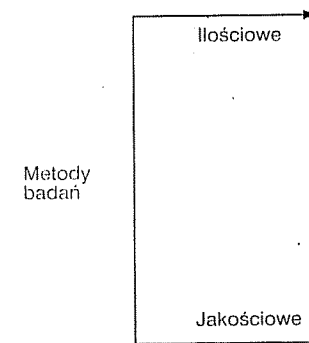
- badać istotne fakty,
- sformułować hipotezę (hipotezy), jaką zakłada się zweryfikować (sprawdzić),
- konfrontować fakty z teorią,
- uszczegółowiać teorię.

Zapamiętaj:

Hipoteza to

- **przypuszczenie (tymczasowe) mające ułatwić naukowe wyjaśnienie zjawisk,**
- **założenie oparte na prawdopodobieństwie, a wymagające sprawdzenia.**

2. Istotne jest, na jakie pytania szczegółowe chce się odpowiedzieć:
 - opisowe (opis i klasyfikacja zjawisk badanych; jak często występują itp.),
 - wyjaśniające (ukazanie, wyjaśnienie zależności pomiędzy zjawiskami).
3. Jak dane zjawisko zakłada się badać:
 - metody badań (ilościowe, jakościowe),
 - plan prowadzenia badań,
 - realizacja badań.
4. Jak chce się upowszechnić wyniki z przeprowadzonych badań.



Ryc. 1.27. Badania naukowe w pielęgniarstwie — metody (podział ogólny).

1.11 Pielęgniarstwo budowane na faktach

Coraz powszechniej przyjmuje się, że **dobra praktyka, to praktyka oparta na faktach** (ang. evidence based practice; EBP). W publikacjach oraz na licznych konferencjach pielęgniarskich coraz więcej miejsca i uwagi poświęca się informacjom obrazującym zakres i charakter działań podejmowanych na rzecz inwestowania w ideę EBP i jej upowszechniania. Powstają różne grupy, rady itp., zrzeszające osoby szczególnie zainteresowane tym zagadnieniem.

Uwaga. Wzrasta zainteresowanie inwestowaniem w praktykę, która nie będzie oparta głównie na tradycji, intuicji i dobrych chęciach, ale na sprawdzonej wiedzy, na faktach dowiedzonych empirycznie (czyli w badaniach naukowych).

Zapamiętaj:

Wymaga to świadomego połączenia możliwości, jakimi dysponują:

- aktywni intelektualnie praktycy i
- dociekliwi, zainteresowani wynikami praktyki badacze.

Tylko taki związek gwarantuje

- oparcie praktyki na wynikach z przeprowadzonych badań (por. z action research — badaniem w działaniu, ale bardziej z ich ideą niż z metodą badawczą) (Górajek-Jóźwik, 2000).

Dodatkowe wyjaśnienie. Można przyjąć stwierdzenie, że dla każdej dyscypliny praktycznej, w tym pielęgniarstwa, „test” praktyki powinien być traktowany jako swoiste kryterium prawdy (Kropińska, 1990).

Zapamiętaj:

Mówi się o:

- **opiece opartej na faktach** (ang. evidence based care; EBC),
 - **medycynie opartej na faktach** (ang. evidence based medicine; EBM),
 - **pielęgniarstwie opartym na faktach** (ang. evidence based nursing; EBN)
- jak o wynikach określonych działań, podejmowanych przez badaczy i osoby związane z praktyczną stroną poszczególnych dyscyplin.
- Podstawowym celem wspólnych przedsięwzięć jest **dobro podmiotu opieki — jego zdrowie i dobre samopoczucie uzyskiwane i (lub) utrzymywane w drodze zastosowania najbardziej korzystnych działań i środków.**

Dodatkowe wyjaśnienia. Praca z żywym człowiekiem i na jego żywym organizmie, jego leczenie, pielęgnowanie, jest na tyle odpowiedzialnym zadaniem, że wymaga wcześniejszego, rzetelnego potwierdzenia proponowanych metod postępowania. Można i należy dokonywać tego na drodze empirycznej (badawczej), z wykorzystaniem odpowiednio dużych, reprezentatywnych populacji osób badanych. To w znacznym stopniu zagwarantuje, że propozycja pielęgnowania będzie tą najlepszą z możliwych, wyselekcjonowaną w drodze dokonania racjonalnego wyboru i w związku z tym przyniesie założone wyniki.

Dzisiaj jesteśmy pewni co do tego, że zdrowie i życie człowieka to zbyt cenne wartości, aby dla ich utrzymania i (lub) potęgowania można było podejmować działania, których nie ma pewności, istnieje obawa co do ich wiarygodności.

Uwaga. EBN nie interesuje to, że uzyskano „jakieś” wyniki, że tak postępowano wcześniej, że tradycja, panujące zwyczaje podpowiadają takie, a nie inne rozwiązania. Celem EBN jest uzyskanie wyników najlepszych z możliwych i to nie „ogólnie”, ale w konkretnych, a nawet szczególnych sytuacjach (stanach podmiotu opieki).

Zapamiętaj:

Pielęgniarstwo budowane na faktach niejako wymusza współpracę i współdziałanie badaczy i praktyków, przy czym **szczególnie stawia na tych ostatnich.** Zostają oni włączeni w cały proces badawczy: od formułowania pytań problemowych, poprzez gromadzenie danych i ich analizę, aż po upowszechnianie wyników.

Uwaga. Pielęgniarstwo budowane na faktach należy traktować jako szczególne wyzwanie. W tym podejściu, można powiedzieć — w jego „filozofii”, zawarte są dwie istotne, komplementarne względem siebie prawdy:

- **opieka pielęgniarska** (pielęgnowanie) **zorientowana jest na pacjenta** (inaczej: pacjent znajduje się w centrum zainteresowania pielęgniarstwa) oraz
- **wiedza pielęgniarska** (pielęgniarstwo jako wiedza; stan wiedzy) **jest po to, aby racjonalnie z niej korzystać.**

Dodatkowe wyjaśnienia. Prawda jest taka:

- pacjent oczekuje „idealnego”, najbardziej korzystnego, satysfakcjonującego pod każdym względem pielęgnowania, natomiast w rzeczywistości otrzyma takie, które będzie proporcjonalne do
- zawodowej świadomości pielęgniarki i zasobów, z których korzysta (doświadczenie zawodowe, tradycja i (lub) intuicja; wiedza).

Zapamiętaj:

Wiedza jest po to, aby

- czerpać z niej dla potrzeb praktyki; każda pielęgniarka, pracująca bezpośrednio z podmiotem opieki, musi mieć tego świadomość.
- Stan dyscypliny (pielęgniarstwa) nie ma charakteru statycznego, zmienia się, powiększa, dzięki czynieniu racjonalnego, systematycznego wkładu. Dokonuje się to przez prowadzenie planowych badań naukowych i uzyskiwanie nowych wyników pielęgnowania, gromadzenie nowych faktów, przyjmowanie nowych ustaleń, formułowanie nowych uogólnień i praw.

W podsumowaniu warto zwrócić uwagę na fakt, że z roku na rok zwiększa się liczba badań naukowych, prowadzonych z praktykami i dla potrzeb praktyki, z wykorzystaniem odpowiednich metod i narzędzi badawczych. Buduje nie tylko praktykę, ale także status naukowego pielęgniarstwa.

Zadania sprawdzające

1. Umieść w czasie i scharakteryzuj początek pielęgniarskich badań naukowych.
2. Co rozumiesz pod pojęciem działalność naukowa w pielęgniarstwie?
3. Czy są jakieś ograniczenia w możliwościach prowadzenia działalności naukowej w pielęgniarstwie. Jeśli tak, to jakie?
4. Określ następujące pojęcia: metoda badawcza, techniki, narzędzia badawcze.
5. Scharakteryzuj, czym jest badanie naukowe?
6. Wyjaśnij, co to znaczy, że pielęgniarstwo budowane jest na faktach.

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Postaraj się dotrzeć do dowolnie wybranego numeru pisma naukowego „Pielęgniarstwo XXI w.". Zapoznaj się ze wszystkimi pracami badawczymi (empirycznymi) drukowanymi w tym numerze, zwracając szczególną uwagę na metody badań. Zrób notatki wykorzystując do tego celu podany schemat:

Lp.	Metoda badań	Jej istota (na czym polega)	Czy opis był wystarczający?	Uwagi (refleksje)
1				
2				
3				
4				
n				

Refleksjami (trudnościami, jeśli takie się pojawiły) podziel się z dowolnie wybranym nauczycielem zawodu.

2. W celu wciągnięcia większej liczby osób do pracy nad określonym tematem zachęć 2–3 osoby, aby wykonały takie samo zadanie (powyżej). Wyniki uzyskane porównajcie między sobą i zaprezentujcie (po konsultacji z nauczycielem) na posiedzeniu jednego z kół naukowych działających w szkole.
3. Postaraj się dowiedzieć, ilu magistrów pielęgniarstwa pracuje w placówce, w której odbywasz praktykę zawodową. Dotrzyj do nich i zapytaj, jakie prace badawcze wykonali do tej pory (włącznie z pracą magisterską) oraz jakie metody badań wykorzystali do tych celów. Zanonuj te informacje wg podanego schematu:

Lp.	Temat pracy	Cel badań	Wzrost	
1				
2				
3				
4				
n				

Osobę, która wykonała najwięcej prac badawczych, postaraj się zaprosić do szkoły (po uzgodnieniu z nauczycielem zawodu) w celu podzielenia się swoimi doświadczeniami „badacza” ze studentami pielęgniarstwa.

4. Jakie są Twoje wyobrażenia co do osoby, która zawodowo zajmuje się działalnością naukową? Napisz krótki esej na ten temat. Zachęć 2–3 osoby do wykonania takiego samego zadania. Mając rozwiązanie waszych zadań zwróć się do nauczyciela zawodu z prośbą o zaproszenie do szkoły pielęgniarki „badacza”. Będzie to doskonałą okazją do porównania waszych wyobrażeń z rzeczywistą osobą.
5. Będąc na praktykach zawodowych (w dowolnie lub losowo wybranej placówce) postaraj się dowiedzieć, w jakich badaniach naukowych (zakres tych badań) uczestniczą pracownicy tej placówki (może to być także oddział szpitalny lub przychodnia). Sporządź notatki wykorzystując podany wzór:

Zakres badań	Temat badań	Cel	Osoby uczestniczące (zawody)
Międzynarodowe			
Rządowe			
Międzyresortowe			
Resortowe			
Inne			

6. Będąc na praktykach szpitalnych, postaraj się zapytać młodego lekarza (najlepiej stażystę), co rozumie pod pojęciem medycyna oparta na faktach (ang. evidence based medicine). Zapamiętaj, a następnie zanotuj uzyskaną odpowiedź. Dokonaj porównania z tym, co wiesz na temat evidence based nursing. Refleksjami towarzyszącymi rozwiązywaniu tego zadania podziel się z dowolnie wybranym nauczycielem.
7. Dokonaj przeglądu dostępnych Ci pism i magazynów pielęgniarskich (np. z ostatnich 5 lat) pod kątem obecności w nich treści dotyczących evidence based nursing. W celu lepszego zapamiętania sporządź zwięzłe notatki, w których uwzględniysz informacje na temat: liczby tych opracowań oraz ich treści. Rozważ możliwość podzielenia się uwagami z redakcją wydawnictwa, które poświęciło najwięcej uwagi temu zagadnieniu.

Literatura

- Abdellah E.G., Levine E.: Better patient care through nursing research. The Macmillan Company. New York 1966.
- Dyk D., Wołowicka L.: Badania naukowe w pielęgniarstwie z perspektywy międzynarodowej. Pielęgniarstwo Polskie, 1999, 8.
- Glomb E.: Stan i perspektywa badań w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo Polskie, 1991, 2.
- Górajek-Józwiak J.: Dlaczego action research? W: Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Pielęgniarka a Jakość Życia Człowieka”. Kraków 7–8 września 2000.
- Górajek-Józwiak J.: Action research — przyczynek do badań naukowych w pielęgniarstwie. W: Materiały z Konferencji Naukowej pt. „Kształcenie Podyplomowe i Doskonalenie Zawodowe Pielęgniarek i Położnych”. CMKP, 19–20 marca 1999, Warszawa 1999.
- Górajek-Józwiak J.: The activiti scale for hospitalized patients. It's significance for the theory and practice of nursing. W: Ninth Meeting of the Workgroup of European Nurse-Researchers. August 12th–15th, 1986, Helsinki, Finland.
- Górajek-Józwiak J.: Kalendarium pielęgniarstwa polskiego. Cz. I., ZG PTP. Warszawa 1998.
- Górajek-Józwiak J.: Dziedzictwo współczesnego pielęgniarstwa. W: Naukowe Podstawy Współczesnego Pielęgniarstwa. Konferencja Naukowa. Wydział Pielęgniarski AM. 22.10.1988. Wrocław 1988, s. 16–23.
- Górajek-Józwiak J., Mierzwińska S.: Istota obserwacji w naukach społecznych i opiekuńczych. Polska Medycyna Rodzinna, 2004, t.6.
- Hutner R.: Geneza, cel i organizacja badań nad sprawnością pielęgnacji chorych w szpitalu. Pielęgniarstwo, 2000, 1992, 4, 18–20.
- Kropińska J.: Humanistyczne aspekty przygotowania zawodowego i pracy pielęgniarek. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy. Bydgoszcz 1990.
- Lenartowicz H.: Stan badań naukowych w pielęgniarstwie polskim. Pielęgniarstwo Polskie, 1999, 8, 13–18.
- Lipińska M.: Badania naukowe a kształcenie pielęgniarek. Pielęgniarstwo, 2000, 1993, 6.
- Plaszewska-Żywko L.: Badania naukowe w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo, 2000, 1997, 2, 31.
- Poznańska S. (red.): Przewodnik etyczny w pielęgniarstwie. Wyd. OVO, Warszawa 1998.
- Poznańska S.: Badania naukowe w pielęgniarstwie. Materiały II Konferencji Pielęgniarstwa. Kraków 3–4 września 1985 (za) Plaszewska-Żywko L.: Badania naukowe w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo 2000, 1997, 2 (31).
- Poznańska S.: Wsparcie naukowych zasad pielęgniarstwa. Pielęgniarka i Położna, 1983, 6.
- Widomska-Czekajka T., Górajek-Józwiak J. (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996, s. 36.
- Wierzechowska-Konera B.: Pedagogika jako nauka. W: Pedagogika. Podręcznik dla szkół medycznych. (red. W. Ciechaniewicz). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
- Wronńska I.: Zarys problematyki badawczej pielęgniarstwa środowiskowego i rodzinnego. W: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka (red. Z. Kawczyńska-Butrym). CEM. Warszawa 1997.
- Wronńska I.: Badania naukowe w pielęgniarstwie środowiskowym. Pielęgniarstwo, 2000, 1997, 2, 31.

Zadania problemowe do rozdziału 1

1. Rozwiń następujące zdanie, wypełniając je własnymi treściami: „Powstanie w 1969 r. Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie miało kluczową wartość dla narodzin pielęgniarstwa naukowego”. Zrób to na piśmie, a następnie omów z dowolnie wybranym nauczycielem, biorąc pod uwagę możliwość skierowania tej pracy do druku w jednym z pism zawodowych.
2. Zapoznaj się z pracą (np.: Brzeziński J.: Elementy metodologii badań psychologicznych. PWN, Warszawa 1978 lub Łobocki M.: Materiały badań pedagogicznych. PWN, Warszawa

1984), mając na uwadze to, że treści te będziesz chciała przenieść na grunt pielęgniarstwa. Zastanów się nad możliwością udzielenia odpowiedzi na pytanie: czy jest to zadanie łatwe (czy trudne), kiedy usiłuje się adaptować metody badawcze z innych dyscyplin? Zanotuj odpowiedź i przechowaj ją. Wróć do tego zadania po zakończeniu nauki i postaraj się ponownie udzielić odpowiedzi na to pytanie. Porównaj odpowiedzi, jakie uzyskasz z rozwiązaniami tego zadania. Wykorzystaj je do celów zawodowych (formę zaproponuj sama).

3. Załóż sobie zeszyt (notatnik), w którym mogłabyś zapisywać to, co chciałabyś kiedyś zbadać (przeprowadzając badanie naukowe). W miarę zdobywania wiedzy i doświadczenia w dziedzinie badań naukowych staraj się uszczegółowiać (dopracowywać) wcześniejsze wpisy. Kiedy będziesz gotowa z rozwiązaniem tego zadania, zwróć się do nauczyciela (dowolnie wybranego) w celu przedyskutowania Twojej listy „problemów”, „kwestii” do zbadania.

Rozdział 2

PIELĘGNOWANIE

Jolanta Górajek-Jóźwik

- 2.1. Cele rozdziału
 - 2.2. Kluczowe słowa, pojęcia
 - 2.3. Pielęgniarstwo — pielęgnowanie; teoria a praktyka
 - 2.4. Podmiot opieki w pielęgnowaniu
 - 2.4.1. Autonomia podmiotu opieki
 - 2.5. Istota działalności praktycznej
 - 2.5.1. Pielęgnowanie ukierunkowane na potrzeby
 - 2.5.2. Pielęgnowanie ukierunkowane na problemy
 - 2.5.3. Pielęgnowanie ukierunkowane na stan
 - 2.6. Problemy współczesnej opieki pielęgniarskiej
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
 - 2.7. Pielęgnowanie zindywidualizowane — historia, rozwój, istota
 - 2.7.1. Podstawy teoretyczne zindywidualizowanego pielęgnowania
 - 2.7.2. Organizacja zindywidualizowanego pielęgnowania
 - 2.7.3. Zasady zindywidualizowanego pielęgnowania
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
 - 2.8. Ocenianie dla potrzeb pielęgnowania
 - 2.8.1. Zakres i charakter oceniania i oceny
 - 2.8.2. Dokumentowanie wyników oceniania i oceny
 - 2.8.3. Zasady oceniania i oceny
 - 2.8.4. Konsekwencje oceniania i kategoryzowania w pielęgnowaniu
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
- Zadania problemowe do rozdziału 2

2.1

Cele rozdziału

Po zapoznaniu się z treścią rozdziału uczący się:

- Ukaże związek pomiędzy pielęgniarstwem a pielęgnowaniem (teorią a praktyką).
- Omówi wartość pielęgnowania.
- Wykorzysta wiedzę na temat autonomii człowieka (podmiotu opieki) w działalności praktycznej.
- Określi złożoność i niepodzielność człowieka i środowiska.
- Wyjaśni wartość rozpoznania: potrzeb, problemów, stanu podmiotu opieki dla pielęgnowania.
- Scharakteryzuje różne wzory pielęgnowania.
- Wykorzysta w praktyce założenia zindywidualizowanego pielęgnowania (procesu pielęgnowania).
- Uzasadni konieczność dysponowania wiarygodnymi danymi o podmiocie opieki.
- Scharakteryzuje, co (jakie zmienne) warunkuje zakres gromadzonych danych o podmiocie opieki.
- Zdefiniuje metody gromadzenia danych wykorzystywane dla potrzeb pielęgnowania.
- Wymieni korzyści (dla podmiotu opieki) wynikające z gromadzenia danych obiektywnych i subiektywnych.
- Scharakteryzuje podstawowe problemy współczesnej opieki pielęgniarskiej.
- Wymieni i przeprowadzi analizę zasad leżących u podstaw oceniania stanu podmiotu opieki.
- Wyjaśni istotę oceniania i oceny stanu podmiotu opieki.
- Uzasadni potrzebę oceniania stanu podmiotu opieki w pielęgnowaniu.
- Ukaże związek pomiędzy ocenianiem, a kategoryzowaniem.

2.2

Kluczowe słowa, pojęcia

Autonomia podmiotu opieki

Dane: metody pozyskiwania

Dane: zakres, charakter, źródła

Kategoryzacja, kategoryzowanie

Ocena, ocenianie

Ocena: potrzeb, problemów, stanu

Pielęgnowanie

Podmiot opieki

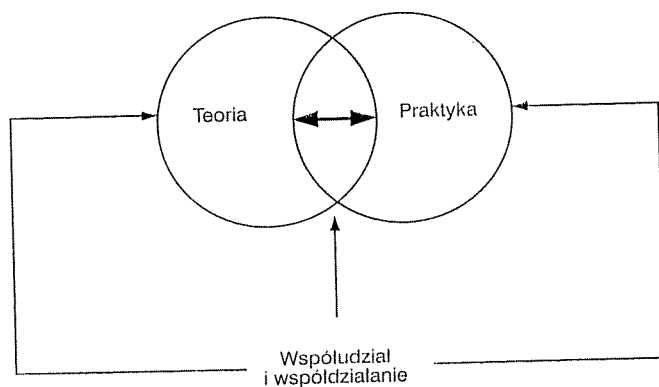
Primary nursing

2.3 Pielęgniarstwo — pielęgnowanie; teoria a praktyka

Związek pomiędzy teorią a praktyką jest dwustronny. Oznacza to, że wpływy są wzajemne i ciągle. Nawet jeśli nie do końca zdajemy sobie z tego sprawę, to one i tak istnieją.

Najogólniej można powiedzieć, że:

- teoria podpowiada praktyce, z kolei
- praktyka „pyta” teorię o konkretne rozwiązania.



Ryc. 2.1. Związek pomiędzy teorią a praktyką.

Zasadą jest, że pielęgniarstwo jako działalność:

- teoretyczna i
- praktyczna

ma do spełnienia dwa podstawowe zadania:

- opisać i wyjaśnić stan, z jakim ma do czynienia (pielęgniarstwo jako nauka),
- zaprojektować, w jaki sposób osiągnąć stan określony jako pożądany lub założony (Górajek-Jóźwik, 1999).

Pielęgniarki praktycy nie tylko racjonalnie wykorzystują wyniki badań prowadzonych przez przedstawicieli własnej grupy zawodowej, ale także spoza niej (wyniki badań prowadzonych np. przez zespoły interdyscyplinarne).

- Coraz pełniej uświadamiają sobie nie tylko konieczność, ale i możliwość czynienia wkładu w dziedzictwo pielęgniarstwa, w naukowy dorobek tej dziedziny.

Pielęgniarki teoretycy starają się określić

- charakter pielęgnowania, a przez to
- najlepszy rodzaj opieki, jaka może być świadczona.

Stąd na obecnym poziomie pielęgnowania nie można mówić o indywidualnym pielęgnowaniu bez

- oparcia się na konkretnych założeniach teoretycznych (teorie pielęgniarstwa) i
- przyjęcia czy też uściślenia, czym jest pielęgnowanie, a tym samym określenia, co jest charakterystycznego w relacji pomiędzy pacjentem a pielęgniarką.

Zapamiętaj:

Teorie pielęgniarstwa stanowią podstawę dla praktyki pielęgniarstwa, a ich nieznanostwo uniemożliwia samodzielne pielęgnowanie. Dzieje się tak, gdyż poszczególne koncepcje

- opisują, a także
- przewidują wyniki specyficznych działań pielęgniarstwa podejmowanych na rzecz pojedynczych osób lub grup społecznych.

W złożonej sytuacji opiekuńczej, zarówno w

- szpitalu, jak i w
- środowisku zamieszkania (bytowania) podmiotu opieki

zachodzi konieczność świadomego odwoływania się i korzystania z dorobku pielęgniarstwa, w tym także poszczególnych pielęgniarstwa (Torres, 1986).

Uwaga. Jeśli np. zgodzamy się z tym, że istotą pielęgnowania jest dbanie o właściwe otoczenie pacjenta (świeże powietrze, światło, ciepło itp.) jako podstawa wspomagająca proces zdrowienia i przy jak najmniejszym wysiłku ze strony pacjenta, to oznacza, że:

- przyjmujemy w pielęgniarstwie to, co wynika z założeń teoretycznych ustalonych przez F. Nightingale.

Jeśli natomiast przyjmujemy, że pielęgnowanie to asystowanie choremu lub zdrowemu, aby jak najszybciej wrócił do zdrowia (lub jego poprawy czy też spokojnej śmierci), przy uwzględnieniu potrzeb podmiotu opieki (najczęściej w liczbie czternastu), to oznacza, że

- opowiadamy się za modelem zaproponowanym przez V. Henderson.

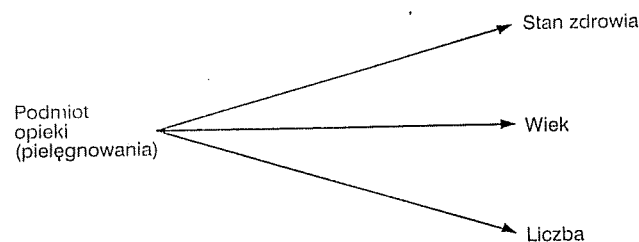
I takie rozwiązania coraz częściej spotykamy w naszej rzeczywistości zawodowej. Jest to prawidłowe, bowiem teorie pielęgniarstwa pozwalają oprzeć praktykę (pielęgnowanie) na zweryfikowanej wiedzy.

2.4 Podmiot opieki w pielęgnowaniu

Podmiot opieki to określenie bardzo ogólne, pod którym kryje się wiele treści, a tym samym różnych możliwości. Może okazać się, że na początku nawet nie jesteśmy w stanie wyobrazić sobie, jak wiele różnych pod względem:

- stanu,
- wieku i
- liczby pielęgnowanych

„podmiotów” może stanowić przedmiot zawodowego zainteresowania pielęgniarki.

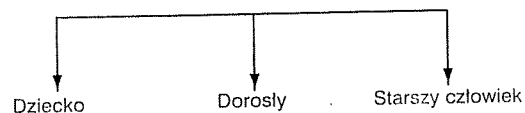


Ryc. 2.2. Podmiot opieki – istotne zmienne.

Podmiot opieki — wiek

Dodatkowe wyjaśnienia:

- wiek w latach (czyli metrykalny),
- wiek biologiczny, szczególnie wówczas, gdy istnieje znaczna rozbieżność pomiędzy tym, jak człowiek „wygląda”, a ile ma lat wg wskazań metryki urodzenia.



Ryc. 2.3. Podmiot opieki: kategoria wieku.

Dodatkowe wyjaśnienia:

Dziecko: od noworodka do wieku młodzieńczego

Dorosły: od 18. lub 21. roku życia do 65. lub 70. (w zależności od przyjętego podziału)

Starszy człowiek: 65–70 i więcej lat.

Uwaga. Niekiedy wyodrębnia się oddzielną grupę starców:

- osoby powyżej 80. roku życia.

Podmiot opieki — stan zdrowia

Wyjaśnienie podstawowych pojęć:

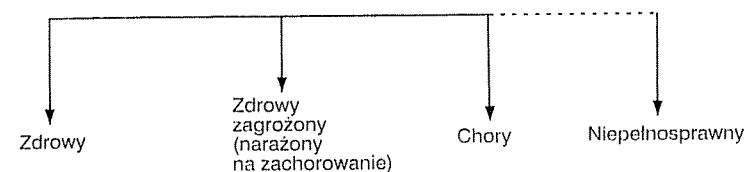
Określenia: zdrowy, zdrowy narażony na zachorowanie, chory są ściśle związane z przyjętą definicją (definicjami) zdrowia.

Zdrowy:

„to taki człowiek, który może w pełni realizować swoje aspiracje i potrzeby, a jednocześnie zmieniać środowisko i(lub) radzić sobie z nim (reagować na wyzwania środowiska)” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, 1996).

Zdrowy narażony na zachorowanie:

„to taki człowiek, u którego negatywny wpływ środowiska (społecznego, ekonomicznego), warunków życia, stylu życia, pracy, odżywiania, nawyków, uzależnień, ograniczenia funkcji mogą doprowadzić (przyczynić się) do wystąpienia choroby” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, 1996).



Ryc. 2.4. Podmiot opieki: kategoria – stan zdrowia.

Chory:

„to taki, u którego wystąpiła dynamiczna reakcja ustroju na zadziałanie czynnika chorobotwórczego, wyrażająca się zaburzeniem naturalnego współdziałania narządów i tkanek, prowadząca do zmian czynnościowych i organicznych ustroju, uniemożliwiająca człowiekowi realizowanie jego potrzeb i aspiracji oraz radzenie sobie ze środowiskiem” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, 1996).

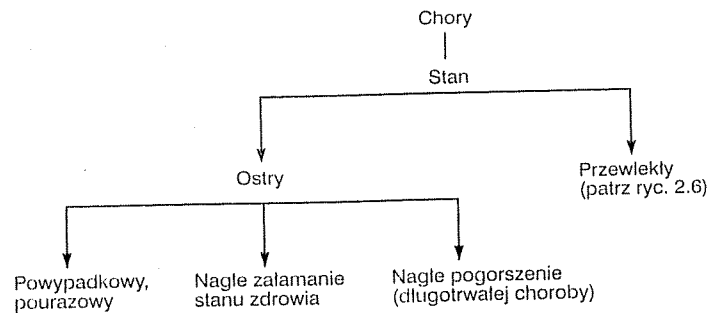
Niepełnosprawni, określane także jako sprawni inaczej:

„to tacy ludzie, u których występuje uszkodzenie lub ograniczenie funkcji narządu ciała z przyczyn: wrodzonych, przebiegu innych schorzeń, urazu, wymagające przystosowania się do życia w zmienionych warunkach (zmienionym stanie)” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, 1996).

Dodatkowe wyjaśnienia. W definicjach niepełnosprawności podkreśla się fakt obniżonej sprawności

- fizycznej,
- psychicznej i
- społecznej

w stosunku do poziomu (normy) uznanego za prawidłowy.



Ryc. 2.5. Podmiot opieki: kategoria – stan zdrowia (chory w stanie ostrym).

Wyróżnia się niepełnosprawność:

- wrodzoną i
- nabytą (jako następstwo choroby lub urazu).

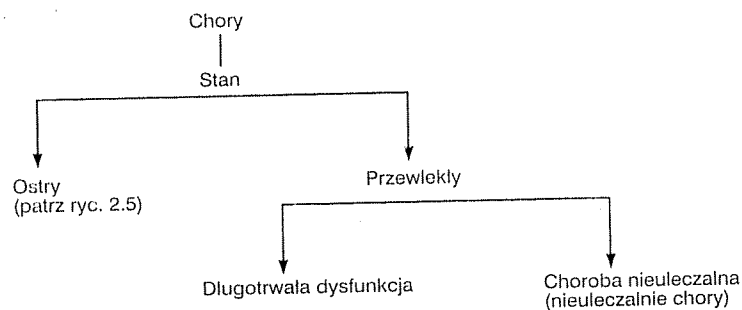
Uwaga. Przyjmuje się, że na świecie żyje ok. 500 milionów osób niepełnosprawnych, natomiast w Polsce ok. 14% ogółu ludności stanowią osoby zaliczane do tej grupy (Widomska-Czekajka, Górajek-Jóźwik, 1996).

Z danych uwidoczonych na ryc. 2.4 (Podmiot opieki: kategoria – stan zdrowia) wiemy już, że człowiek może być:

- zdrowy,
- zdrowy, ale narażony na zachorowanie,
- chory,
- niepełnosprawny.

Postarajmy się nieco dokładniej prześledzić, co może kryć się pod pojęciem człowiek chory. Inaczej:

- z jakimi stanami choroby można mieć do czynienia w pielęgnowaniu.



Ryc. 2.6. Podmiot opieki: kategoria – stan zdrowia (chory w stanie przewlekłym).

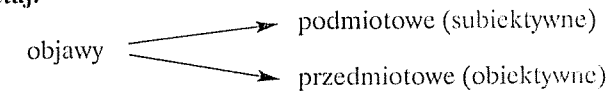
Wyjaśnienie podstawowych pojęć:

Chory w ostrym stanie choroby:
 „to taki, u którego w ciągu krótkiego czasu pojawiają się objawy podmiotowe i przedmiotowe nagłego załamania stanu zdrowia.

Objawy i dysfunkcje trwają krótko i kończą się:

- całkowitym powrotem do zdrowia lub
- przejściem w chorobę przewlekłą, lub
- szybkim zgonem” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, 1996).

Zapamiętaj:



Dodatkowe wyjaśnienia. Pacjenci w stanie ostrym są szczególnym wyzwaniem dla całego zespołu terapeutycznego (w tym i dla pielęgniarki), głównie ze względu na:

- dużą i szybką dynamikę zmian stanu,
- możliwość szybkiego zgonu.

Wyjaśnienie podstawowych pojęć:

Chory w przewlekłym stanie choroby (długotrwała dysfunkcja):
 „to taki, u którego występują (w różnym okresie i przedziale czasu) objawy podmiotowe i przedmiotowe, w konsekwencji których mogą powstawać nieodwracalne zmiany w budowie i funkcjonowaniu narządów i (lub) układów, co uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie.

Choroba może przebiegać z:

- okresami zaostrzeń (choroba uczynnia się i powoduje powrót objawów) i
- okresami remisji (choroba została opanowana, a objawy nie są wyraźnie uchwytnie).

Choroba przewlekła może kończyć się:

- wyleczeniem (rokowanie pomyślne),
- długotrwałą dysfunkcją (której nie można wyleczyć trwale).

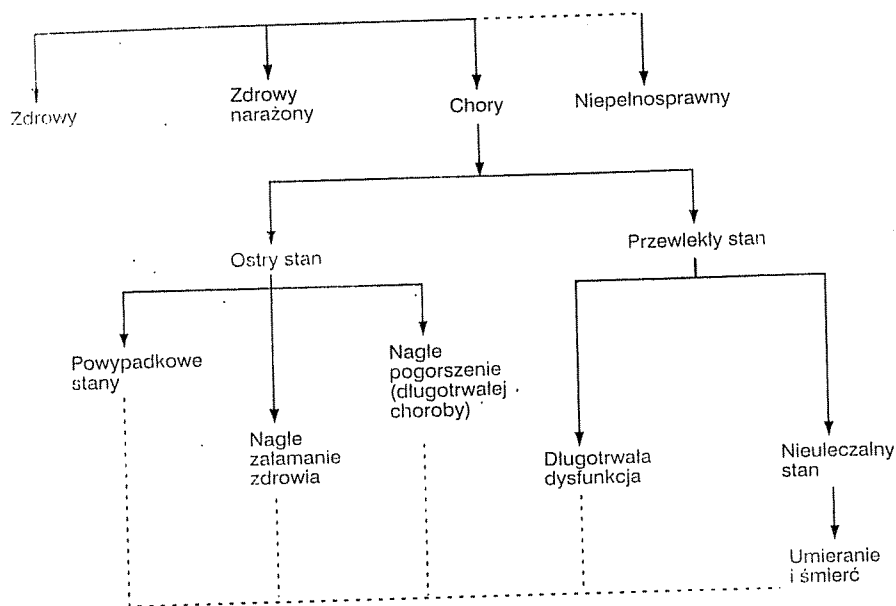
W przebiegu choroby przewlekłej stan człowieka może stale pogarszać się i zakończyć się:

- zejściem śmiertelnym” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, 1996).

Chory w przewlekłym stanie choroby (nieuleczalnie chory):
 „to taki, u którego przewiduje się niepomyślny przebieg procesu chorobowego i brak jest szans na powrót do zdrowia.

Proces chorobowy ma charakter

- postępujący i mimo leczenia nie można go powstrzymać” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa, 1996).

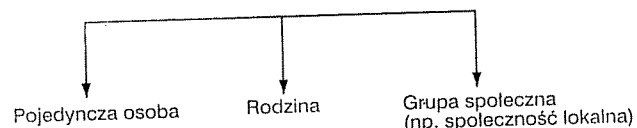


Ryc. 2.7. Podmiot opieki: kategoria - stan zdrowia (wszystkie stany).

Uwaga. Różne kategorie pacjentów, z jakimi pielęgniarka może mieć do czynienia w pracy zawodowej (na razie przy uwzględnieniu tylko zmiennej: stan zdrowia), zobrazowane zostały na trzech kolejnych rycinach 2.4, 2.5 i 2.6).

Dla podsumowania, którego celem podstawowym jest uzyskanie w miarę pełnego obrazu możliwych stanów zdrowia (a tym samym różnych pod tym względem podmiotów opieki) wykorzystana zostanie jeszcze jedna zbiorcza rycina (ryc. 2.7).

Podmiot opieki — liczba



Ryc. 2.8. Podmiot opieki: kategoria - liczba pielęgnowanych.

Dodatkowe wyjaśnienia:

Rodzina: pełna, niepełna; jedno-, dwu-, trzypokoleniowa, samotna matka (samotny rodzic).

Grupa społeczna (np. społeczność lokalna): duża, średnia, mała.

Podsumowanie:

Wymienione trzy główne kategorie zmiennych (stan, wiek, liczba osób pielęgnowanych) wskazują na sporą liczbę możliwych połączeń, a tym samym różnych (pod względem stanu, wieku, liczby) pielęgnowanych.

Warto pamiętać o istnieniu niewymienionej jeszcze zmiennej:

- płeć.

Uwaga. Najbardziej preferowanym podejściem do podmiotu opieki przez przedstawicieli wszystkich zawodów opiekuńczych jest takie, które traktuje go jako nierozdzielalną, strukturalną całość.

Jest to ściśle powiązane z holistycznym postrzeganiem człowieka i rzeczywistości otaczającej go (holizm).

Dla potrzeb pielęgnowania ważna jest wiedza mówiąca o tym, że:

- człowiek jest złożoną, strukturalną całością, której nie da się zredukować do sumy komórek, narządów czy układów,
- człowiek (pojedynczy, grupa ludzi) — podmiot pracy pielęgniarstwa jest elementem większej całości (rodzina, środowisko, świat, w którym żyje i który współtworzy),
- poszczególne elementy tej złożonej struktury oddziałują na siebie i — konsekwentnie — zmiana w jednym elemencie (np. sfera psychicznego funkcjonowania) może doprowadzić do zmiany całości (np. złe samopoczucie, dyskomfort o charakterze psychicznym).

Dodatkowe wyjaśnienia. Działania pielęgniarstwa (pielęgnowanie) będą nie skuteczne, jeżeli

- ukierunkowane zostaną tylko na fragment rzeczywistości dotyczącej podmiotu opieki (np. sferę biologiczną człowieka).

Podobnie stanie się wówczas, gdy

- tylko jedna możliwa przyczyna obecnego stanu podmiotu opieki (np. somatyczna) będzie stanowiła podstawę do planowania pielęgnowania.

Zapamiętaj:

Pielęgnowanie zorientowane na całego człowieka i środowisko, w którym żyje, z rozbić — głównie dla celów poznawczych — na sfery:

- biologicznego,
- psychicznego,
- społecznego,
- kulturowego i
- duchowego

funkcjonowania podmiotu opieki wymaga przyznania im takiego samego znaczenia, gdyż mają one dla niego taką samą wartość.

Podmiot opieki — sfery funkcjonowania podmiotu opieki

Sfera biologiczna

Obszar zawodowego zainteresowania pielęgniarki:	Stan	Konsekwencje (możliwości)
<ul style="list-style-type: none"> • budowa anatomiczna • procesy fizjologiczne 	} prawidłowy zmieniony (w jakim stopniu lub zakresie)	{ – funkcjonowanie człowieka jako całości – współbrzmienie ze środowiskiem

Dodatkowe wyjaśnienia. Zmieniony stopień (lub zakres): bardzo duży, duży, średni, mały, bardzo mały (można zastąpić lub uzupełnić wartościami liczbowymi, np.: 5, 4, 3, 2, 1; 0 = brak zmiany, stan prawidłowy).

Uwaga. Więcej na ten temat znajdziesz w pracy: Górajek-Jóźwik, 1993.

Sfera psychiczna

Obszar zawodowego zainteresowania pielęgniarki:	Stan	Konsekwencje (możliwości)
<ul style="list-style-type: none"> • podstawowe możliwości umysłowe • orientacja co do własnej osoby i otoczenia • stosunek do stanu aktualnego • stosunek do sytuacji, w jakiej się znajduje 	} prawidłowy zmieniony (w jakim stopniu lub zakresie)	{ – funkcjonowanie człowieka jako całości – współbrzmienie ze środowiskiem

Uwaga. Więcej na ten temat znajdziesz w pracy: Górajek-Jóźwik, 1993.

Sfera społeczna

Obszar zawodowego zainteresowania pielęgniarki:	Stan	Konsekwencje (możliwości)
<ul style="list-style-type: none"> • człowiek jako członek rodziny • rodzina, którą współtworzy • człowiek jako członek społeczności (społeczeństwa) 	} prawidłowy zmieniony (stopień, zakres)	{ – funkcjonowanie człowieka (rodziny) jako całości – współbrzmienie z rodziną, środowiskiem, społeczeństwem

Uwaga. Jak wyżej.

Sfera kulturowa

Stosunkowo mało opisywana i rozpracowana na potrzeby pielęgniarstwa i pielęgnowania. **Kulturowy to ogólnie taki, który związany jest z kulturą. Ta z kolei to wszystko to, co stanowi dorobek materialny i duchowy ludzkości.**

Po tym wprowadzeniu nietrudno zorientować się, że dla pielęgnowania zorientowanego na sferę kulturową istotne będzie:

Obszar zawodowego zainteresowania pielęgniarki:	Stan	Konsekwencje (możliwości)
<ul style="list-style-type: none"> • korzystanie z dorobku kulturowego (dziedzictwo kulturalne) • czynienie wkładu w dorobek kulturowy narodu, świata, ludzkości 	} prawidłowy zmieniony (w jakim stopniu lub zakresie)	{ – funkcjonowanie człowieka (rodziny) jako całości – współbrzmienie ze środowiskiem (kulturowym)

Sfera duchowa

Duchowy słownikowo to tyle co psychiczny: dotyczący ducha, myśli, uczuć, odnoszący się do życia psychicznego, wewnętrznego. Duchowy to także intelektualny, moralny, niematerialny.

Obszar zawodowego zainteresowania pielęgniarki:	Stan	Konsekwencje (możliwości)
<ul style="list-style-type: none"> • przyjęte zasady (normy) postępowania • potrzeby duchowe 	} prawidłowy zmieniony (w jakim stopniu lub zakresie)	{ – funkcjonowanie człowieka w środowisku (społeczność lokalna, społeczeństwo)

Źródła danych o podmiocie opieki i metody pozyskiwania

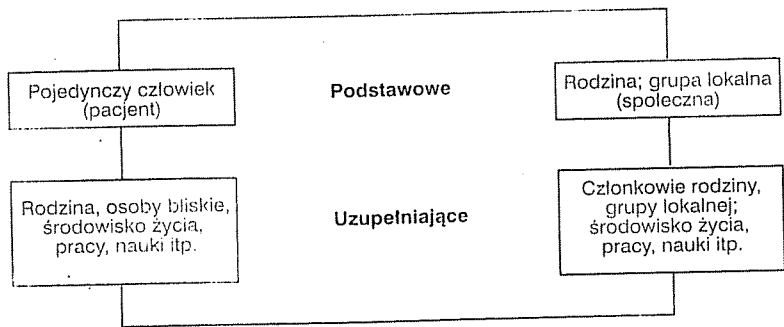
Dane o podmiocie opieki

Jest to odzwierciedlenie faktów, zdarzeń, opinii zgłaszanych (manifestowanych) i (lub) odczuwanych przez podmiot opieki, dotyczących jego samego i środowiska, w którym żyje, na których można opierać się przy formułowaniu oceny stanu.

Źródła danych. Zawsze jest to podmiot opieki:

- pojedyncza osoba,
- grupa osób,

jako podstawowe źródło informacji (danych).



Ryc. 2.9. Źródła danych o podmiocie opieki (podstawowe i uzupełniające).

Na dalszym miejscu znajdują się

- osoby z najbliższego kręgu, a także
- środowisko, w którym żyje, pracuje itd.

Informacje uzyskane z tych źródeł traktowane są jako uzupełniające (w stosunku do tych, którymi już się dysponuje, a pochodzą od samego podmiotu opieki).

Zakres gromadzonych danych:

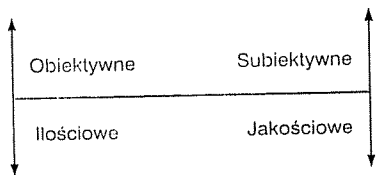
- tylko te, które są istotne dla pielęgnowania (mają dla niego określoną wartość),
- istotne dla pielęgnowania tego podmiotu opieki, od którego są pozyskiwane,
- takie, które podaje (manifestuje) sam podmiot opieki, a nie ich interpretacja dokonywana przez pielęgniarkę; nie to, co wydaje się pielęgniarce,
- tylko takie, które mieszczą się w przyjętym zakresie oceniania i oceny.

Charakter danych — inaczej ich cechy. Najczęściej mówi się o danych:

- ilościowych i jakościowych; subiektywnych i obiektywnych.

Dane ilościowe (obiektywne). Odzwierciedlają to, co zostało określone dokładnie pod względem ilościowym (liczba czegoś, np. oddechów, miara, np. diureza dzienna, godzinowa); oparte na porównywaniu mierzalnych wartości.

Dane jakościowe (subiektywne). Wyrażają właściwość, wartość czegoś, mają zakodowaną w sobie informację o cechach (informacje o odczuciach, przeżyciach);



Ryc. 2.10. Charakter danych gromadzonych na potrzeby oceny stanu.

można wnioskować o nich tylko pośrednio, np. zle samopoczucie potwierdzone w postaci przyspieszenia tętna i podwyższenia temperatury ciała.

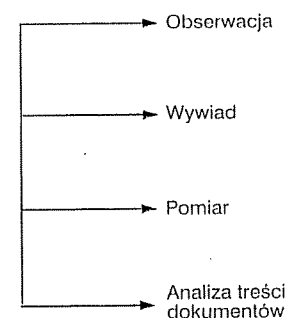
Dla celów pielęgnowania dane subiektywne i obiektywne mają jednakową wartość (bo pielęgnowanie polega na objęciu opieką tego, co obiektywne i subiektywne w podmiocie opieki). Warto podkreślić, że nie liczba danych zgromadzonych na potrzeby pielęgnowania danego podmiotu opieki decyduje o ich wartości.

Najistotniejsze są takie zmienne, jak:

- charakter danych,
- wiarygodność,
- spójność i komplementarność.

Metody pozyskiwania danych o podmiocie opieki

Rozumiane są jako **sposób postępowania podjęty do celów pozyskania danych niezbędnych do zindywidualizowania pielęgnowania**. Najczęściej wymienionych jest kilka metod (ryc. 2.11).



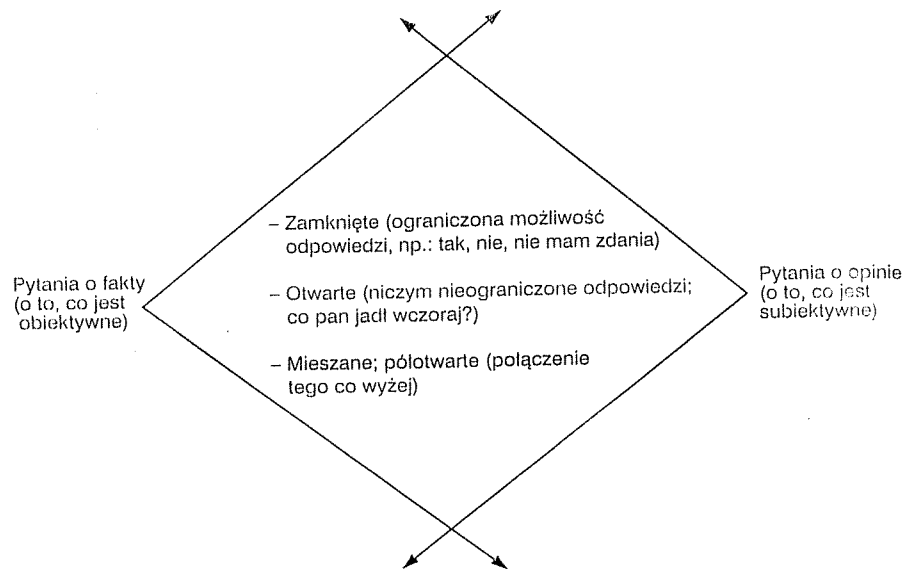
Ryc. 2.11. Metody pozyskiwania danych o podmiocie opieki.

Obserwacja pielęgniarska. Najstarsza metoda wykorzystywana w pielęgniarstwie. Polega na gromadzeniu informacji o podmiocie opieki przez zamierzone spostrzeganie tego, co obserwowany robi, jak się zachowuje, jak reaguje w określonej sytuacji zdrowotnej i (lub) opiekuńczej. Może mieć charakter:

- **obserwacji uczestniczącej** (badacz jest wewnątrz grupy, sam rejestruje obserwowane zachowania),
- **obserwacji ukrytej**.

Może być wykorzystywana jako samodzielna metoda, choć dość często wykorzystywana jest na potrzeby:

- uzupełnienia i (lub) potwierdzenia wiarygodności posiadanych już danych,
- sprawdzenia rzetelności zgromadzonych wcześniej informacji.



Ryc. 2.12. Wywiad pielęgniarski: zakres i charakter pytań.

Warto podkreślić, że błędem jest pytanie (wywiad) o to, co można zaobserwować (obserwacja). Oznacza to, że trzeba właściwie wykorzystywać to, co np. manifestuje człowiek w momencie wejścia w system ochrony zdrowia (np. na oddział szpitalny) lub podczas gdy pielęgniarka środowiskowa odwiedza go w miejscu zamieszkania.

Wywiad pielęgniarski. Jest to zaplanowana, ukierunkowana rozmowa pielęgniarki z podmiotem opieki (pojedyncza osoba, grupa ludzi), mająca doprowadzić do zgromadzenia wiarygodnych danych o badanym.

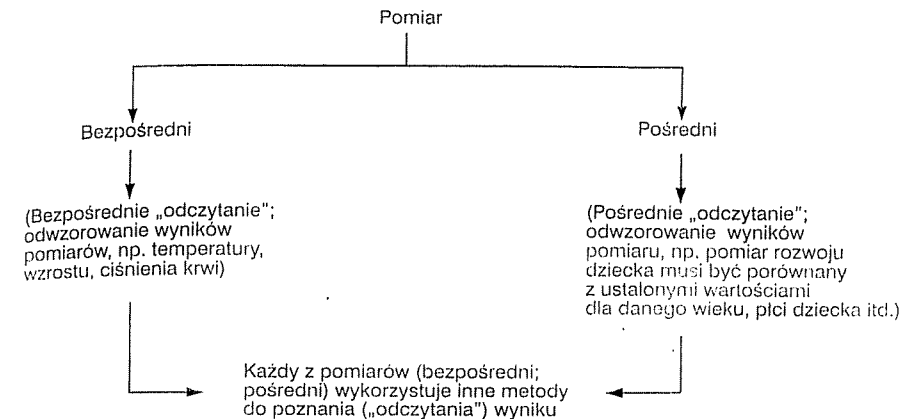
W przypadku prowadzenia wywiadu z pojedynczą osobą może on być (i najczęściej jest) uzupełniony rozmową z rodziną i(lub) osobami bliskimi.

Prowadząc wywiad można pytać o:

- fakty (zdarzenia sprawdzalne, takie które można sprawdzić; stany o charakterze obiektywnym),
- opinie (odzwierciedlają subiektywne nastawienia) (ryc. 2.10).

Uwaga. Prowadzenie wywiadu można oprzeć na hasłach, pytaniach zawartych w arkuszu do gromadzenia danych albo potrzeb zindywidualizowanego pielęgnowania (pod warunkiem, że dokumentacja taka jest w placówce i jest dostępna).

Pomiar w pielęgnowaniu. Jedną z metod pozyskiwania danych o podmiocie opieki. Zespół wyraźnie określonych czynności podejmowanych w celu dostarczenia danych do wyrażenia pewnych badanych cech (wartości) w sposób ilościowy (masa ciała, temperatura ciała itp.).



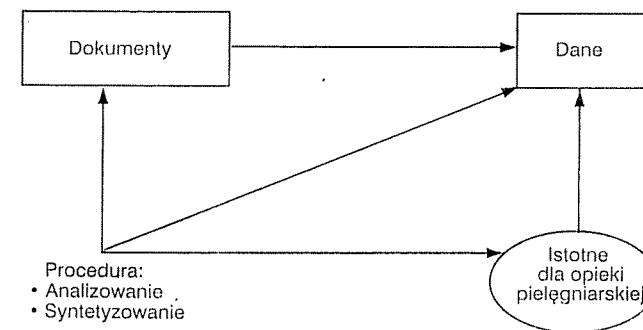
Ryc. 2.13. Pomiar w pielęgniarstwie: rodzaje.

Charakterystyczne dla pomiaru w pielęgnowaniu jest to, że wynik uzyskany:

- porównywany jest z przyjętą wartością (wzorcem, normą) ustaloną dla danej populacji, grupy ludzi itp. (pomiar pośredni),
- odczytywany jest (bezpośrednio) na „przyrządzie pomiarowym” (np. termometr).

Analiza dokumentów. Dotyczy dokumentów, z jakimi człowiek wchodzi w system ochrony zdrowia (np. szpital, oddział szpitalny). Mogą one stanowić źródło istotnych danych na potrzeby pielęgnowania. Dzieje się tak, gdyż ich treść związana jest bezpośrednio z osobą (osobami), której dotyczą.

O dokumentach, z jakimi pielęgniarka może mieć do czynienia przystępując do gromadzenia danych o podmiocie opieki, można najogólniej powiedzieć, że są one

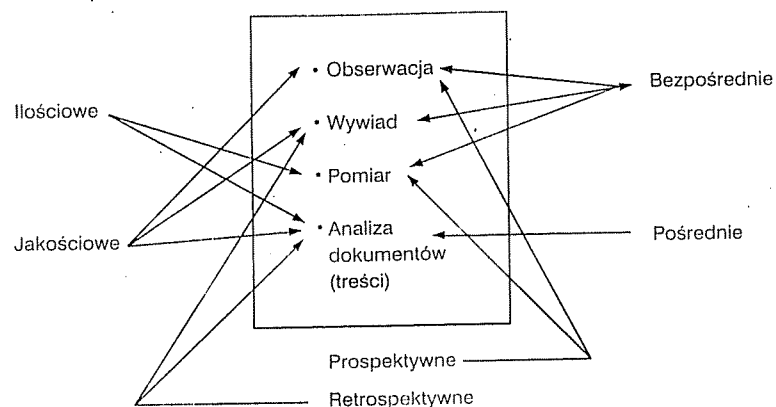


Ryc. 2.14. Znaczenie danych zawartych w dokumentach podmiotu opieki, z jakimi wchodzi w system ochrony zdrowia.

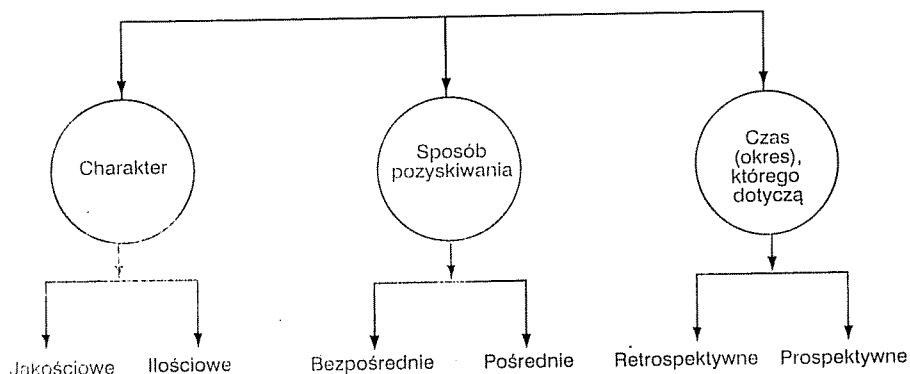
wytworem zawodowej działalności pracowników ochrony zdrowia (np. historia pielęgnowania), które w sposób zmaterializowany prezentują jego stan.

Jak każda inna metoda wykorzystywana na potrzeby gromadzenia danych, analizowanie dokumentów ma swoją wartość. Należy jednak podkreślić, że wymaga ona umiejętności szczególnego różnicowania danych.

Scharakteryzowane krótko metody gromadzenia danych można podzielić na kilka grup (stosując różne kryteria podziału) (ryc. 2.15 i 2.16).



Ryc. 2.15. Podział metod gromadzenia danych o podmiocie opieki.



Ryc. 2.16. Kryteria podziału metod gromadzenia danych.

Wyjaśnienie pojęć:

- dane jakościowe* — odzwierciedlające właściwości, cechy podmiotu opieki,
- dane ilościowe* — podlegające liczeniu, mierzeniu, ważeniu,

- dane bezpośrednie* — można dotrzeć do nich wprost,
- dane pośrednie* — nie można dotrzeć do nich wprost, wymagające określonych, dodatkowych operacji,
- dane retrospektywne* — to, co miało miejsce w przeszłości (wymaga przypomnienia faktów, zdarzeń, objawów, stanów z okresu, który minął), przy czym okres ten może być bardzo różny, np. dni, miesiące,
- dane prospektywne* — to, co będzie miało miejsce; przewidywanie zdarzeń, stanów, zmian, jakie mogą pojawić się u pielęgnowanego.

2.4.1 Autonomia podmiotu opieki

Autonomia podmiotu to inaczej autonomia jednostki ludzkiej, polegająca przede wszystkim na samostanowieniu o sobie.

Zapamiętaj:

Autonomia to możliwość decydowania o swojej przyszłości, tej bliższej, dalszej i tej najdalszej. To cecha specyficzna dla wolnej osoby ludzkiej.

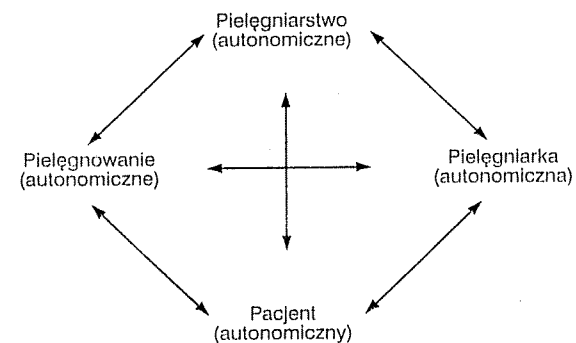
Dodatkowe wyjaśnienie. Niektórzy autorzy, szczególnie ci o orientacji filozoficznej, korzeni autonomii doszukują się w empiryzmie angielskim (Nowacka, 2003).

Uwaga. Opieka pielęgniarska to racjonalny ciąg profesjonalnych zachowań i działań, podejmowanych przez pielęgniarkę, które pociągają za sobą konieczność

- nawiązania i utrzymania bezpośredniej relacji pomiędzy pielęgnowanym (byt autonomiczny) a pielęgnującą (także byt autonomiczny).

Pielęgnowanie należy postrzegać jako takie działanie, które wymaga wejścia w bezpośrednią, zawodową relację nie tylko

- dwóch indywidualności, ale
- dwóch autonomicznych bytów.



Ryc. 2.17. Autonomia; autonomia podmiotu opieki i istota podstawowych relacji.

Dodatkowe wyjaśnienia. We współczesnym pielęgniarstwie (w tym pielęgnowaniu), zgodnie z ogólnie panującymi trendami, dość powszechnie przyjmuje się, że

- pacjent to był świadomy samego siebie i wolny.

Już to wskazuje na konieczność stawiania w pielęgnowaniu (tak jak ma to miejsce w życiu) na samodzielność pacjentów rozumianą jako:

- możliwość dokonywania racjonalnych wyborów.

Przyjmuje się, że to powinno zagwarantować pacjentowi możliwość panowania nad własnym stanem i sytuacją, w jakiej się znajduje (Hall, 1992).

Uwaga. Istnieje powszechna zgoda co do tego, że nasze życie należy do nas i mamy „pełne i niezbywalne prawo do samego siebie, czyli (...) prawo własności względem siebie jako osoby” (Nowacka, 2003).

Jako jednostki ludzkie *własne życie* „możemy (...) kształtować według własnych preferencji i wyborów” (Bauchamp, Chidress, 1996).

Zapamiętaj:

Człowiek (pacjent; podmiot opieki) autonomiczny, to człowiek wolny, podejmujący decyzje dotyczące samego siebie.

Nie można mówić o wolności osoby ludzkiej, jeśli nie uwzględnia się możliwości krytycznego myślenia i takiego samego działania.

W pielęgnowaniu należy postawić na

- umożliwianie pacjentowi osiągnięcia takiego stanu, w którym kształtowanie krytycznego myślenia (i podobnego działania) będzie nie tylko możliwe, ale także rozwijane.

Zapamiętaj:

Autonomia oznacza określone prawa, przy czym do podstawowych zalicza się takie, jak:

- decydowanie o sobie samym, w tym: o swoim życiu, losie, zdrowiu,
- wybieranie najlepszych sposobów postępowania.

Dodatkowe wyjaśnienia. Współczesny pacjent (pojedynczy, grupa osób) ma zagwarantowane określone prawa, a pracownicy placówek ochrony zdrowia mają obowiązek przestrzegania ich. Nie jest to nic niezwykłego, bowiem prawa pacjenta są składową praw człowieka.

W wielu opracowaniach podkreśla się, że w USA początek działań na rzecz tworzenia i przestrzegania praw pacjenta przypada na początek lat 60. XX wieku, a w 1973 r. sformułowano i przyjęto pierwszą kartę praw pacjenta. Było to jednoznaczne z:

- opowiedzeniem się przedstawicieli wszystkich grup zawodowych, odpowiedzialnych (bezpośrednio lub pośrednio) za zdrowie społeczeństwa, za autonomią.

W Europie prawa pacjenta utrwalone są w takich dokumentach jak np.: Deklaracja Praw Pacjenta, Europejska Karta Praw Pacjenta; w Polsce — w Karcie Praw Pacjenta, dokumencie opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia i przyjętym jako obowiązujący (Bronikowska, Wdowiak, 2003).

Uwaga. Wejście człowieka (zdrowego, narażonego na zachorowanie, chorego) w system opieki zdrowotnej, nie może pozbawiać go:

- możliwości decydowania o wszystkim tym, co dotyczy jego osoby, a ma miejsce w szpitalu czy innej placówce, do której trafia z powodu problemów zdrowotnych (Bevis, 1979).

Oznacza to, że nikt nie może narzucić pacjentowi tego, jaką decyzję ma podjąć. Stąd kładzie się nacisk na wykluczenie obecności takich czynników, jak:

- zastraszanie,
- manipulowanie,
- wywieranie nacisku psychicznego,
- pozbawianie dostępu do informacji (niezbędnych do podjęcia właściwej decyzji) (Bjørkøe, 1997).

Dodatkowe wyjaśnienia. Za wyjątkowo ciekawe należy uznać stwierdzenie mówiące o tym, że „promocja autonomii pacjenta dokonuje się już przez samo pozostawienie określenia »pacjent« w zamian za »klient« i »podopieczny«” (Niebrój, 2002). Autor wyjaśnia, że „termin »podopieczny« nie mówi, kim jest ten, który jest tak nazywany (ze względu na siebie samego), lecz raczej kim on jest ze względu na inne osoby, z którymi wchodzi w relacje (...)” (Niebrój, 2002).

2.5

Istota działalności praktycznej

Wprowadzając w to zagadnienie, należy przyjąć za S. Poznańską, że: „pielęgnowanie zdrowia w powszechnym rozumieniu jest jedną z bardziej fundamentalnych aktywności człowieka, bez której niemożliwe byłoby utrzymanie życia i zachowanie zdrowia. Aktywność tę człowiek podejmuje w stosunku do siebie i w stosunku do swoich bliskich. Szczególnie ważną rolę w świadczeniu jej w stosunku do innych spełniają kobiety [...]” (Poznańska, 1989).

W cytowanym fragmencie definicji S. Poznańska ukazuje pielęgnowanie w bardzo ogólnym rozumieniu. Nie mówi w nim jeszcze o zawodowym (a tym bardziej profesjonalnym) pielęgnowaniu.

Pomimo to w cytowanej definicji znajdują się takie prawdy, które stanowią istotną wartość dla współczesnego pielęgniarstwa i pielęgnowania (samoopieka, samopielęgnowanie).

W bogatym pod względem wyrażeń języku polskim działalność praktyczna pielęgniarki skierowana na podmiot opieki określana jest jako pielęgnowanie.

Zapamiętaj:

To, jak rozumiane jest pojęcie **pielęgnowanie**, uzależnione jest od wielu czynników. Do podstawowych można zaliczyć:

- tradycję zawodową,
 - preferencje zawodowe pielęgniarek,
- a także to, co można określić jako
- modę.

Stąd w dostępnej literaturze pielęgniarstwie (choć nie tylko) można napotkać często różne określenia i definicje tego pojęcia. Ich autorzy usiłują wyrazić (niekiedy przekonać), czym wg nich jest pielęgnowanie (lub czym na pewno nie jest) (tab. 2.1).

Tabela 2.1. Przykłady definicji pojęcia pielęgnowanie

Rok	Autor (twórca) definicji	Treść pojęcia pielęgnowanie	Uwagi; zwięzły komentarz
1956	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization; WHO)	„Sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia” (Poznańska, 1989)	Pomimo znacznej wartości definicji istnieje spora trudność w jej pełnym i prawidłowym odbiorze (pojęcie pielęgnowanie usiłuje się wyjaśnić za pomocą innego — opieka; czym jest opieka? Brak wyjaśnienia)
1966	Virginia Henderson; definicja przyjęta przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ang. International Council of Nurses; ICN)	Pielęgnowanie jest to „pomaganie człowiekowi zdrowemu lub choremu (grupie ludzi) w wykonywaniu czynności znaczących dla utrzymania zdrowia lub jego odzyskania (także dla zapewnienia spokojnej śmierci), które mógłby on wykonać sam, gdyby miał potrzebną do tego siłę, wiedzę. Świadczenie tej pomocy winno jak najszybciej doprowadzić do usamodzielnienia człowieka” (Poznańska, 1989)	Ważna i ciągle znacząca definicja (pomaganie w pielęgnowaniu)
1976	Jadwiga Iżycka	„Zespół czynności wchodzących w proces pielęgnowania chorych lub postępowania w zakresie ochrony zdrowia ludzi” (Iżycka, 1976)	Określenie proces pielęgnowania na pewno oznaczało planowe i celowe zadania, ale prawdopodobnie nie w obecnym rozumieniu tego pojęcia
1994	Centrum Edukacji Medycznej (Warszawa); zespół autorów	„Profesjonalne pomaganie i towarzyszenie pojedynczemu człowiekowi i grupie ludzi w zdrowiu i w chorobie oraz kształtowanie umiejętności do samoopieki i samopielęgnowania w celu utrzymania komfortu życia codziennego w zdrowiu i w życiu z chorobą” (Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa)	Rozwinięcia zagadnienia samoopieki i samopielęgnowania szukaj w rozdz. 13

Oznacza to, że rozumienie istoty pojęcia pielęgnowanie:

- podlega różnym wpływom, a tym samym
- zmienia się w perspektywie czasowej,

odzwierciedlając to, co można określić mianem:

- stanu świadomości pielęgniarek (grupy zawodowej),
- kompetencji zawodowych i
- autonomii (niezależności w dziedzinie pielęgnowania).

Zapamiętaj:

Bez względu na to, jak rozumiane było (i jest) pielęgnowanie, a więc jak poszczególne autorzy określali je, to zawsze

- zawarty jest w nim pierwiastek humanistyczny.

Dodatkowe wyjaśnienia. Pomimo funkcjonowania wielu różnych definicji pojęcia pielęgnowanie (w tab. 2.1 ukazano tylko cztery wybrane) badacze zajmujący się ich analizowaniem i interpretowaniem znajdują w nich pewne elementy wspólne, takie jak:

- zawodowe zainteresowanie podmiotem opieki,
- zindywidualizowane podejście (oparte na rozpoznaniu i planowaniu),
- ocenianie (jako istotny element pielęgnowania),
- towarzyszenie i pomaganie w zdrowiu, chorobie, umieraniu i śmierci,
- koncentrowanie się na podmiocie opieki,
- analizowanie aktualnego stanu podmiotu (w tym i jego przyczyn) i rzutowanie na przyszłość,
- respektowanie życzeń i preferencji podmiotu opieki, w szczególności w odniesieniu do zakresu i charakteru proponowanej (planowanej) opieki,
- przestrzeganie zasady jednakowego traktowania różnych podmiotów opieki (bez względu na takie zmienne, jak np. pochodzenie, religia).

Coraz częściej definicje pielęgnowania (obowiązujące w danym kraju, regionie czy instytucji ochrony zdrowia) skorelowane są z

- przyjętymi założeniami filozofii pielęgniarstwa.

Uwaga. Dla celów tego opracowania można przyjąć, że **pielęgnowanie to: wyuczona, zawodowa, celowa i planowa praca pielęgniarki skierowana na podmiot opieki, realizowana z nim i dla niego.**

Pielęgnowanie zawodowe — podstawowe założenia:

- doprowadzenie do stanu utrzymania, promowania zdrowia, jego przywrócenia, a jeśli nie jest to możliwe, to do
- ograniczania skutków niepomyślnych następstw,
- towarzyszenie człowiekowi w spokojnym i godnym umieraniu.

Pielęgnowanie zawodowe coraz częściej rozumiane jest jako:

- **pomaganie (pomaganie w pielęgnowaniu)** (Zarzycka, 2004),
- **towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie, niepełnej sprawności,**
- **kształtowanie umiejętności samoopiekuńczych (samopielęgnacyjnych) w celu utrzymania komfortu życia codziennego, a jeśli nie jest to możliwe, to do życia w cierpieniu i (lub) z chorobą.**

Pielęgnowanie zawodowe może obejmować różne kategorie osób (pojedyncze, grupy osób; zdrowe, chore itd.).

Zapamiętaj:

W zależności od przyjętych w danej placówce ochrony zdrowia rozwiązań dotyczących pielęgnowania może ono przybierać różne formy i charakter. Można wówczas mówić o różnych wzorach pielęgnowania. Dość powszechnie przyjęł się podział na:

- pielęgnowanie tradycyjne,
- pielęgnowanie nowoczesne.

Pielęgowanie tradycyjne

Jak sama nazwa wskazuje, **powiązane jest z tradycją, z tym, co charakteryzowało opiekę pielęgniarską pojmowaną i realizowaną jako pomocniczą (w stosunku do leczenia), a więc**

- podporządkowaną działaniom leczniczym (lekarzowi i diagnozie lekarskiej).

W tradycyjnym pielęgowaniu pielęgniarka występuje w roli

- pomocnika lekarza (pomocnika w zakresie leczenia przez wykonywanie zleceń lekarskich).

Pielęgowanie tradycyjne — wybrane cechy:

- ograniczone,
- zależne.

Oznacza to, że zakres i charakter pracy pielęgniarki jest wyznaczony:

- zleceniami lekarskimi wynikającymi z ustalonego przez lekarza programu leczenia (podstawowa orientacja: pojedyncza, chora osoba),
- specjalizacją zawodową lub funkcyjną pielęgniarki (np. pielęgniarka opatrunkowa, od wstrzyknięć dożylnych, od tzw. drobnych zabiegów pielęgniarskich; pielęgniarka odpowiedzialna, starsza) (Górajek-Jóźwik, 1993).

Pielęgowanie nowoczesne

Mówiąc najprościej

- **to takie, które pozostaje w wyraźnej opozycji do pielęgowania tradycyjnego.**

Pielęgowanie nowoczesne — wybrane cechy:

- zorientowanie na stan zdrowia szeroko rozumianego podmiotu opieki (patrz podrozdz. 2.4 pt. Podmiot opieki w pielęgowaniu),
- autonomia (pielęgowanie może być realizowane niezależnie od leczenia),
- oparcie się na zdobycach pielęgniarstwa (nauka o pielęgowaniu ludzi) oraz nauk wspierających, takich jak np. medycyna, psychologia, socjologia.

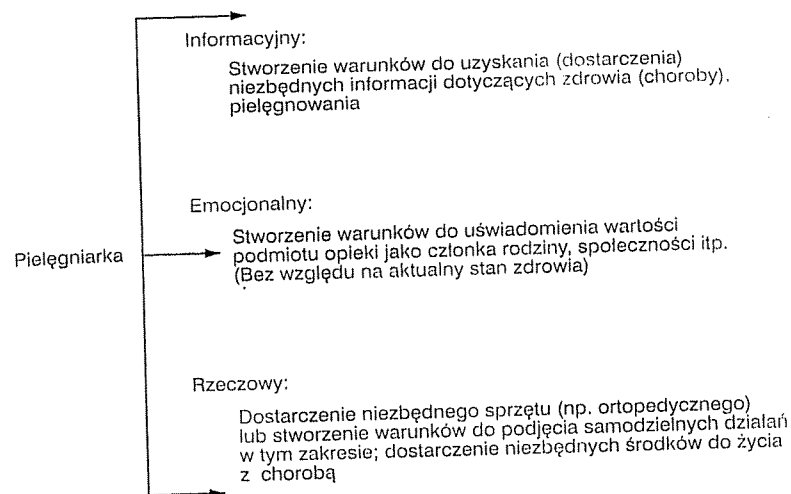
Pielęgowanie nowoczesne — istota:

- pomaganie (w pielęgowaniu),
- asystowanie (podmiotowi opieki).

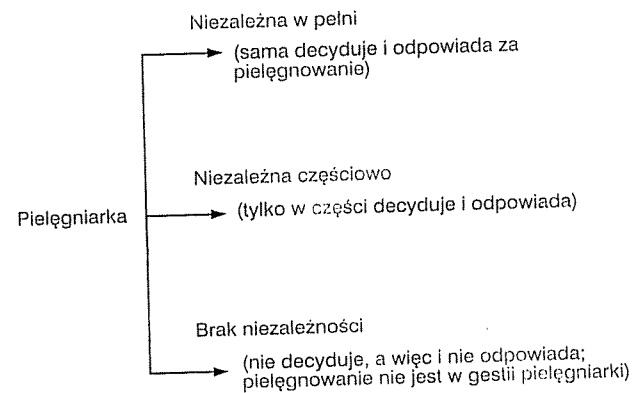
Pomaganie w pielęgowaniu — podstawowe założenia: nie pozbawiać podmiotu opieki własnych chęci i sił do:

- samodzielnego działania (na rzecz własnego zdrowia i samopoczucia),
- przejawiania własnej inicjatywy (co do pielęgowania, przede wszystkim, choć nie tylko), ale także
- nie naruszać autonomii człowieka,
- tworzyć warunki sprzyjające lepszemu poznaniu samego siebie (ja jako całość, jedność biopsychospołeczna, kulturowa i duchowa; moje zdrowie, jego uwarunkowania itd.),

Charakter



Ryc. 2.18. Zakres i charakter pomagania w pielęgowaniu.



Ryc. 2.19. Wzór pielęgowania. Zmienna różnicująca: stopień niezależności pielęgniarki w pielęgowaniu.

- tworzyć warunki sprzyjające braniu odpowiedzialności za zdrowie i życie własne, swoich najbliższych, społeczności, w której dana osoba żyje i którą współtworzy.

Zapamiętaj:

Warunki niezbędne do tego, aby pomaganie w pielęgowaniu mogło zaistnieć, to:

- wytworzenie podstaw do rzeczywistej współpracy pomiędzy dawcami i biorcami,

- uwzględnienie wcześniejszych doświadczeń podmiotu opieki w zakresie korzystania z działań o charakterze pomocy oraz świadczenia ich na rzecz innych.

Zakres i charakter pomagania w pielęgnowaniu może być różny (ryc. 2.18).

Asystowanie podmiotowi opieki — podstawowe założenia:

- być obecnym z nim,
- nie pozostawiać go samego z jego problemami zdrowotnymi i pielęgnacyjnymi,
- pomagać, współdziałać z nim.

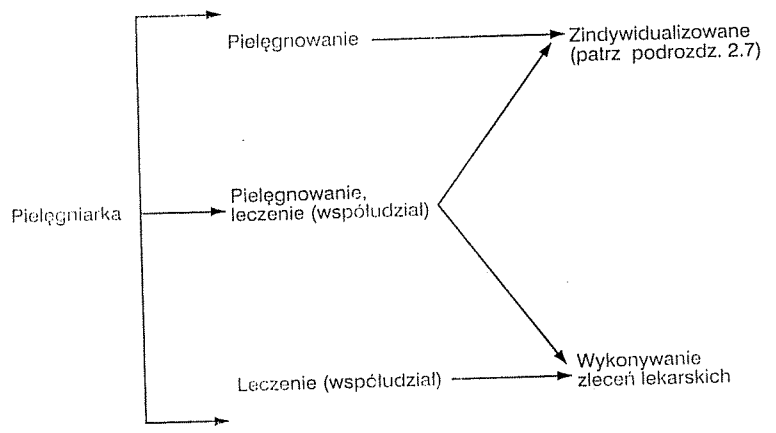
Zapamiętaj:

Istnieje spora zbieżność pomiędzy pomaganiem w pielęgnowaniu a asystowaniem podmiotowi opieki.

W podziale na pielęgnowanie:

- tradycyjne i
- nowoczesne

za kryterium różnicujące przyjmuje się „czas” (przeszłość, teraźniejszość) oraz stopień samodzielności pielęgniarki (ryc. 2.19 i 2.20).



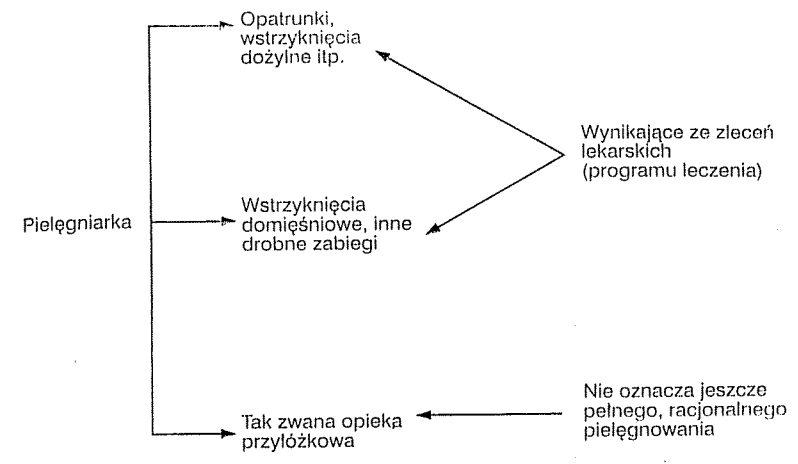
Ryc. 2.20. Wzór pielęgnowania. Zmienna różnicująca: ogólna orientacja zawodowa pielęgniarki.

Zapamiętaj:

Wyłączne skupienie się pielęgniarki na wykonywaniu zleceń lekarskich powoduje, iż za podstawowy cel przyjmuje się:

- osiągnięcie biegłości i bezbłędności w ich wykonywaniu („im pielęgniarka szybsza, tym lepsza”).

Dodatkowe wyjaśnienia (do ryc. 2.21). Podmiot opieki zostaje podzielony na części, fragmenty, z których każdy stanowi przedmiot zainteresowania innej pielęgniarki.



Ryc. 2.21. Wzór pielęgnowania. Zmienna różnicująca: „specjalizacja” zawodowa (lub funkcyjna).

2.5.1 Pielęgniowanie ukierunkowane na potrzeby

Pielęgniarstwo (w tym pielęgnowanie) niemal od zawsze miało świadomość bliskiego związku człowieka z przyrodą, środowiskiem, w którym żyje, pracuje, odpoczywa. Interesowało się potrzebami:

- biologicznymi,
- psychicznymi,
- społecznymi i
- duchowymi człowieka.

Inwestowano w ich rozpoznawanie i zaspokajanie (Torres, 1986; Wrońska, 1995; Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Szczególną wagę przywiązywano (i nadal się przywiązuje) do opracowań tych teoretyków pielęgniarstwa, którzy zajmowali się potrzebami i z nich uczynili przedmiot szczególnego zainteresowania (np. Peplau, Henderson, Orem).

Dodatkowe wyjaśnienia. W rodzimych opracowaniach w ciągu ostatnich lat stosunkowo wiele miejsca poświęcano takim zagadnieniom, jak:

- rozpoznanie/rozpoznawanie potrzeb (najczęściej: zakres i charakter),
- znaczenie potrzeb (dla pacjenta, pielęgniarki, pielęgnowania, pielęgniarstwa; dla teorii i praktyki; dla nauczania pielęgniarstwa),
- dokumentowanie potrzeb rozpoznanych (dla celów racjonalnego pielęgnowania),
- weryfikowanie potrzeb (sprawdzanie stopnia zaspokojenia, porównywanie z tym, co założono osiągnąć),

ale i konsekwentnie dalej:

- formułowanie diagnozy pielęgniarstwa w kategoriach potrzeb (diagnoza — rozpoznanie pielęgniarstwa mówiące o tym, na ile potrzeby biopsychospołeczne indywidualnego pacjenta zostały zaspokojone lub nie).

Uwaga. W pielęgniarstwie (pielęgowaniu), jak w każdej innej dyscyplinie mającej sferę działalności praktycznej, istnieje możliwość dokonywania autonomicznych wyborów, decydowania o wprowadzanych i(lub) sprawdzanych rozwiązaniach praktycznych, ale i ustaleniach teoretycznych. Należy pamiętać, że każda decyzja, w tym pielęgniarstwa, którą może podjąć pojedyncza osoba (pielęgniarka) lub grupa ludzi, pociąga za sobą określone konsekwencje, których należy być świadomym.

Zapamiętaj:

Przyjęcie w pielęgniarstwie koncepcji potrzeb oznacza:

- konieczność konsekwentnego „podporządkowanego” potrzebom postępowania w pracy z pojedynczym pacjentem i grupą ludzi objętych opieką.

Wymaga także:

- opowiedzenia się za określonymi ustaleniami teoretycznymi i czynienia w nie wkładu, m.in. przez szukanie odpowiedzi na pytania istotne dla pielęgniarstwa jako nauki.

Potrzeby a praktyka

W praktyce oznacza to, że u pacjenta wchodzącego w system opieki zdrowotnej rozpoznawanie będzie prowadzone po linii ustalenia:

- czy, a jeśli tak, to na ile zaspokojone są jego potrzeby biopsychospołeczne.

W zależności od sformułowanego rozpoznania pielęgniarstwa (diagnozy):

- zaplanowane zostaną, a następnie
- podjęte takie działania, które będą mogły przyczynić się (w sposób bezpośredni lub pośredni) do utrzymania lub zmiany w dotychczasowym zaspokajaniu podstawowych potrzeb.

Konsekwentnie:

- uzyskane wyniki pielęgniarstwa będą obrazować aktualny stopień zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych przez pacjenta i(lub) pielęgniarkę (przy jej udziale), czyli to, co zostało osiągnięte po podjęciu określonych działań.

Potrzeby a nauka

Pielęgniarstwo (pielęgowanie), korzystając w swym rozwoju z dorobku innych dyscyplin naukowych, przyjęło za psychologią, że termin potrzeba określa:

„zależność (...) człowieka od otoczenia, którą subiektywnie odczuwa się jako brak czegoś (np. brak powietrza do oddychania, brak pokarmu do zaspokojenia głodu, brak wypoczynku w stanie zmęczenia, brak książki w wolnym czasie, brak przyjaciela w osamotnieniu (...)). To, że „**potrzeby sygnalizują brak równowagi między organizmem a otoczeniem (...)**” (Klimkowski, 1996) zostało przyjęte przez pielęgniarstwo, w tym pielęgniarstwo niejako a priori (czyli bez dowodu). Dzisiejsza wiedza i doświadczenie pozwala wnioskować, że słabą stroną jest to, że

- pielęgniarstwo (teoria i praktyka) nie okazało dostatecznie dużego zainteresowania prawdą wskazującą na:
 - motywującą,
 - aktywizującą i
 - ukierunkowującą wartość zaspokajania potrzeb,

jak również i to, że potrzeby nie są dostatecznie dobrą podstawą, aby na niej budować teorię, przyczyniać się do rozwoju pielęgniarstwa jako nauki.

Uwaga. Zainteresowanie praktycznego i teoretycznego pielęgniarstwa potrzebami pociąga za sobą konieczność m.in.:

- wykazania się przez pielęgniarki znajomością potrzeb (istota, znaczenie, uwarunkowania, konsekwencje itd.),
- rozumienia związku, jaki zachodzi pomiędzy stanem zaspokojenia potrzeb a zdrowiem człowieka,
- rozpoznawania czynników [ludzkich i(lub) rzeczowych], które w warunkach choroby i(lub) hospitalizacji, sprawowania opieki w warunkach domowych (lub jeszcze innych) utrudniają lub wręcz uniemożliwiają zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych; podejmowania prób wartościowania stopnia oddziaływania rozpoznanych czynników,
- przewidywania zachowań człowieka (istotnych z punktu widzenia opieki pielęgniarstwa), u którego nie dochodzi do pełnego zaspokojenia podstawowych potrzeb,
- dokumentowania i analizowania wyników pozwalających na rozpoznawanie działań przyczyniających się do lepszego zaspokojenia potrzeb,
- wnioskowania, uogólniania, na ile opieka pielęgniarstwa może mieć wpływ na zdrowie człowieka, przez racjonalne inwestowanie w potrzeby.

2.5.2

Pielęgowanie ukierunkowane na problemy

Obok zasygnalizowanych potrzeb człowieka, ich znaczenia dla pielęgniarstwa i miejsca, jakie zajmują w pielęgniarstwie (patrz 2.5.1.), szczególnie obszar zainteresowania stanowi pojęcie „problem” (problemy), „problem opiekuńczy” i wszystko to, co wiąże się z nim bezpośrednio, a niekiedy tylko pośrednio.

Zapamiętaj:

Problem — mówiąc najprościej — to trudność, jaką ktoś napotyka, np. statystyczny człowiek, pielęgniarka, pacjent. Nie mogąc poradzić sobie samemu z własnymi problemami, poszukuje innych (lub inni jego), którzy będą mogli mu pomóc.

Wielu autorów zwraca uwagę na fakt braku w pielęgniarstwie (pielęgowaniu) istotnego „dopowiedzenia” i(lub) dookreślenia, pozwalającego na jednoznaczność w interpretacji pojęcia „problem” (problemy).

Mówi się i pisze o:

- problemach pielęgniarki (czyli takich, które napotyka sama pielęgniarka),
- problemach pielęgniarstwa [pielęgniarski, to inaczej — przynależący do pielęgniarstwa i(lub) pielęgniarki],

- problemach pielęgnacyjnych, nazywanych także opiekuńczymi (związanych z pielęgnowaniem, które nie zawsze jest, czy też musi być realizowane przez samych profesjonalistów; problemy pielęgnacyjne mogą napotykać także wszyscy ci, którzy nie mając specjalnego przygotowania zawodowego, włączają się w opiekę i realizują ją — czyli nieprofesjonaliści),
- problemach pacjenta, czyli trudnościach, jakie napotyka on sam, przy czym nie wszystkie one muszą być związane z jego aktualnym stanem zdrowia.

Zapamiętaj:

W wielu ośrodkach od lat mówi się i stosuje rozpoznanie pielęgniarskie, którego celem jest:

- ustalenie i określenie zakresu i charakteru problemów pacjentów, pojawiających się w trakcie trwania choroby i(lub) hospitalizacji, przebywania w ośrodkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, pozostających pod opieką pielęgniarek środowiskowych itp.

Warto uściślić, że chodzi o problemy pielęgnacyjne pacjentów. Do ich identyfikacji dochodzi za pomocą wyciągania wniosków ze zgromadzonych danych o pacjencie i jego środowisku. W ten sposób dochodzi do ustalenia diagnozy problemów występujących u określonego pacjenta, przy uwzględnieniu ich zakresu (ile) i charakteru (jakie), a często i stopnia nasilenia.

Nietrudno się zorientować, bo podpowiada to życie, że każdy człowiek, nowy pacjent wchodzący w system ochrony zdrowia, wnosi ze sobą swój bagaż doświadczeń i problemów, przy czym waga ich jest bardzo różna. Różne są też możliwości poszczególnych osób w radzeniu sobie z nimi.

Problem (problemy) a praktyka

W pielęgnowaniu zorientowanym na problemy wszystko zostaje im podporządkowane, a w szczególności: rozpoznanie — diagnoza pielęgniarska, planowane działania, realizowane i oceniane.

Dość oczywiste wydaje się to, że chodzi o problemy, jakie napotyka pacjent, ale jak podpowiada praktyka, nie zawsze i nie dla wszystkich jest to tak oczywiste.

Przykład

Z udokumentowanego stwierdzenia: „pacjent zaniedbany pod względem higienicznym”, nie wynika, że jest to jego problem. To problem pielęgniarki i(lub) innych osób sprawujących nad nim opiekę.

Trudność, jaka napotyka pielęgniarka, polega na tym, że pacjent powinien być umyty, przebrany itp. Przedstawiony stan dopóty nie może być zaklasyfikowany jako problem pacjenta, dopóki on nie zrozumie [sam i(lub) przy pomocy innych], uświadomi sobie, że nie jest dostatecznie czysty jak na warunki, w jakich się znalazł. Tam gdzie dotychczas przebywał, realizował swoje życie, nie musiał np. szczególnie dbać o higienę. Nie miał (i nadal nie ma) z tym żadnego problemu. Natomiast określoną trudność napotyka pielęgniarka.

Zapamiętaj:

W pielęgnowaniu ukierunkowanym na problemy, za istotny błąd należy uznać próbę przenoszenia własnych trudności na inne osoby, głównie pacjentów. Nie można przypisywać ich tym, którzy nie odczuwają ich obecności.

Problem (problemy) a nauka

Od pielęgniarstwa (pielęgowania) opowiadającego się za tym, że jest ukierunkowane na problemy, wymaga się, aby skupiło swoją uwagę przede wszystkim na:

- badaniu samej istoty pojęcia „problem”, jak również pojęć bliskoznacznych,
- poznawaniu zakresu i charakteru problemów opiekuńczych, jakie napotyka pacjent (podejście problemowe); wymaga to:
 - zdefiniowania lub przeddefiniowania istniejącego już pojęcia „problem”; „problemy” (dla potrzeb praktycznego pielęgnowania),
 - dysponowania właściwymi narzędziami do celów gromadzenia danych i ich przechowywania, diagnozowania problemów,
 - dokumentowania i analizowania uzyskanych wyników w zakresie rozpoznawanych problemów.

2.5.3

Pielęgowanie ukierunkowane na stan

Niemal równolegle z zainteresowaniem pielęgniarstwa (pielęgowania) — potrzebami człowieka, ich rozpoznawaniem i zaspokajaniem oraz problemami opiekuńczymi — pojawiło się zainteresowanie określeniem „stan” (diagnoza stanu). W wielu, szczególnie zachodnich ośrodkach, pojęcie to racjonalnie wartościowano, co spowodowało, że nie tyle zdominowało ono, ile odsunęło nieco na bok dwa wcześniej omówione. Oczywiście nie oznacza to, że w ten sposób zlikwidowano wszystkie problemy. Rozwiązanie to jest ze wszech miar pożądane i nie należy traktować go w kategoriach szczególności i niezwykłości. Przez przejście na poziom rozpoznawania stanu biopsychospołecznego podmiotu opieki pielęgniarstwo (w tym pielęgnowanie) dołącza do tych nauk, które stan diagnozowanego uczyniły przedmiotem szczególnego zainteresowania.

Oznacza to, że:

wszędzie tam, gdzie za obowiązujące przyjęto prawdy, mówiące o konieczności racjonalnego inwestowania w stan pacjenta, przedmiotem zawodowego zainteresowania pielęgniarki stało się właśnie zagadnienie stanu biopsychospołecznego podmiotu opieki. W ramach tego zainteresowania m.in. poszukiwano przyczyn wyznaczających dany stan, a także zakładano, jak najprawdopodobniej rozpoznany stan będzie się rozwijał.

Uwaga. Wszystko, co zaistnieje w pielęgnowaniu pojedynczych osób i całych grup ludzi, zostaje podporządkowane rozpoznaniu stanu i działaniom, które mają doprowadzić do jego utrzymania lub zmiany.

Stan a praktyka

Mając rozpoznany stan pacjenta, pielęgniarka musi zdecydować o tym:

- czy stan ten (np. wymioty) wymaga podjęcia fachowych działań przez pielęgniarkę, a jeśli tak, to w jakim zakresie, za pomocą jakich środków i kwalifikacji zawodowych pielęgniarki,

- czy stan ten może być zmieniony (utrzymany, potęgowany) dzięki własnym wysiłkom pacjenta i(lub) pomocy świadczonej mu przez rodzinę, osoby mu bliskie itp.

Stosunkowo duża pojemność omawianego pojęcia powoduje, że rozpoznany przez pielęgniarkę stan może określać, a jednocześnie oznaczać:

- kategorię (np. zdrowy, chory),
- właściwość lub cechę (np. nawyki higieniczne),
- ilość lub miarę czegoś (np. masa ciała),
- składnik sytuacji (np. pierwsza doba po zabiegu operacyjnym),
- fakt towarzyszący pielęgnowaniu/leczeniu (np. niepokój o wyniki),
- to, co może być odbierane subiektywnie (np. szum w uszach).

Stan a nauka

Zwraca się uwagę na to, że w tych naukach, które interesują się diagnozą (diagnozowaniem), zawsze stawia się na rozpoznanie stanu. Dlatego jeśli pielęgniarstwo, jako stosunkowo młoda dyscyplina (wykładana na poziomie akademickim) chce pozostawać w zgodzie z innymi, najczęściej dużo starszymi dyscyplinami, za przedmiot teoretycznego zainteresowania, przekładający się na działania praktyczne (takie jak rozpoznanie stanu, planowanie pielęgnowania, realizowanie i ocenianie uzyskanych wyników w postaci stanu) musi przyjąć diagnozę stanu podmiotu opieki i jego środowiska.

Uwaga. Za dużą nieprawidłowość uznaje się takie rozwiązania teoretyczno-praktyczne, w których widoczne jest (niczym nieuzasadnione) dowolne przechodzenie z jednego pojęcia w drugie. W praktyce oznacza to, że rozpoznaje się np. potrzeby, a ocenia problemy, lub że rozpoznaje się problemy, a ocenia stan. Świadczy to o braku konsekwencji i(lub) zrozumienia. Butrym określa to jako „omijanie zasady zgodności pojęć z pojęciami przyjętymi wcześniej w innych dyscyplinach”. Dodaje, że „wymóg ten obowiązuje także pielęgniarstwo” (Butrym, 1986).

2.6

Problemy współczesnej opieki pielęgniarskiej

Wychodząc z bardzo ogólnego stwierdzenia należy przyjąć, że praktyczne pielęgniarstwo niejako z założenia musi dźwigać problemy współczesnego pielęgniarstwa, bowiem jest jego integralną częścią (patrz podrozdz. 1.9). Nie ma możliwości całkowitego oddzielenia pielęgniarstwa od pielęgnowania (nawet nie ma takiej potrzeby), tym samym jednych problemów od drugich.

Uwaga. Należy przyjąć, że podstawowa trudność współczesnego, szczególnie rodzimego pielęgniarstwa to:

- brak dostatecznej argumentacji do pokazania pojedynczym ludziom, całemu społeczeństwu, czym jest pielęgnowanie.

Dodatkowe wyjaśnienia. W celu zobrazowania istoty problemu należy postawić kilka pytań o charakterze nieco bardziej szczegółowym. Oto one:

- czym różni się pielęgnowanie od innych sposobów dbania o zdrowie?
- na czym polega praktyczne realizowanie niezależnej funkcji opiekuńczej; czy nie przegrywa ona w konkurencji z zależną — terapeutyczną, w której realizacji pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie, tym samym bierze współudział w leczeniu?
- co można osiągnąć przez racjonalne pielęgnowanie, czyli — na ile profesjonalne pielęgnowanie może przyczynić się do utrzymania zdrowia, jego poprawy i potęgowania?
- jakie działania należy podejmować, aby przyczyniały się one do angażowania się nieprofesjonalistów w sprawę zdrowia innych?

Odrębne zagadnienie stanowi:

- identyfikacja najkorzystniejszych działań opiekuńczych (pielęgnacyjnych), czyli takich, które przynoszą najlepsze wyniki.

Uwaga. Za ważny dla współczesnego praktycznego pielęgnowania należy uznać problem:

- braku „współbrzmienia” pomiędzy teorią a praktyką.
- Praktyka nie interesuje się w dostatecznym stopniu tym, co ma do zaoferowania teoria. Z kolei teoretycy nie wyrażają potrzeby bliskiej współpracy z praktykami, dla potrzeb podnoszenia poziomu opieki. Dla współczesnego pielęgnowania istotne jest dążenie do tego, aby:
- praktykę oprzeć na zweryfikowanej wiedzy, na faktach (patrz podrozdz. 1.11).

Dodatkowe wyjaśnienia. Słabym punktem jest to, że

- idea primary nursing nie zaistniała w rodzimym pielęgniarstwie, z kolei
 - proces pielęgnowania w większości przypadków jest dość dowolnie interpretowany i praktykowany,
 - a teorie pielęgniarstwa traktowane są jako coś, co ma wartość historyczną, a nie zdecydowanie praktyczną (patrz podrozdz. 2.7.1).

Zapamiętaj:

Prawdą jest, że primary nursing, jako istotny element składowy zindywidualizowanego pielęgnowania daje mu jednoznacznie określone organizacyjne podstawy, na których proces pielęgnowania może być budowany. Pacjent nie tylko „czuje”, że jest pielęgnowany, ale dokładnie wie co, jak, dlaczego i przez kogo będzie realizowane. Wie również, kto ponosi pełną odpowiedzialność za wszystko, co jest związane z opieką nad nim.

Podsumowanie. Należy zwrócić uwagę na to, że współczesne praktyczne pielęgniarstwo musi podejmować wiele inicjatyw i działań na rzecz tego, aby nie przegrać z innymi, bardziej atrakcyjnymi dla wielu młodych ludzi zawodami. Musi dążyć do pokazywania ciekawych rozwiązań i wzorów opieki, ale i ludzi-tworzących i(lub) współtworzących ją. Musi kreować idee, na których buduje istotę opieki pielęgniarskiej.

Rodzime praktyczne pielęgniarstwo nie radzi sobie ze zindywidualizowanym pielęgnowaniem opartym na teorii, na podstawach naukowych. Jeśli realizowany jest proces pielęgnowania, to najczęściej tylko niektórzy (wybrani) pacjenci zostają nim objęci.

2.7

Pielęgnowanie zindywidualizowane — historia, rozwój, istota

Wprowadzenie

Ogólnie przyjmuje się, że:

Indywidualizacja w odniesieniu do człowieka polega na: zwracaniu uwagi na charakterystyczne cechy wyróżniające go spośród innych ludzi.

Zindywidualizowane pielęgnowanie to takie, które jest dostosowane do oczekiwań i wymagań podmiotu opieki oraz warunków, w jakich opieka pielęgniarska jest realizowana (placówki ochrony zdrowia, miejsce bytowania pacjenta, rodziny) (Górajek-Jóźwik, 1997).

Pielęgnowanie zindywidualizowane to nowoczesna, powszechnie akceptowana forma pielęgnowania zawodowego. To z kolei oznacza:

- „samodzielną działalność pielęgniarki, opartą na racjonalnych podstawach teoretycznych, ogólnych zasadach postępowania i zasadach etycznych” (Ciechaniewicz, 2000).

Indywidualizacja to istota opieki pielęgniarskiej, inaczej — jej treść.

Zapamiętaj:

Umiejętność wykorzystywania indywidualnego podejścia do życia i zdrowia człowieka (grupy ludzi) jest

- istotną wartością, ale (co należy wyraźnie podkreślić)
- nie jest odkryciem pielęgniarstwa (pielęgniarki, pielęgnowania).

Jest to ważne, bowiem oznacza

- możliwość odwoływania się do źródeł pozapielęgniarskich (takich jak np.: medycyna, psychologia, pedagogika) dla celów:
- potwierdzenia nie tylko wartości zindywidualizowanego podejścia do podmiotu opieki, ale także
- poznawania i weryfikowania podstaw i założeń takiego właśnie podejścia (Górajek-Jóźwik, 1998).

Dodatkowe wyjaśnienia. W medycynie, psychologii, a także w innych naukach o charakterze społeczno-opiekuńczym orientacja na

- rozpoznanie stanu stanowi punkt wyjścia do dalszych planowych działań.

Takie podejście gwarantuje, jeśli nie całkowitą zgodność, to przynajmniej znaczne zbliżenie pomiędzy:

- oczekiwaniami „biorcy” a
- konkretną, realną propozycją „dawcy”.

W rodzimym pielęgniarstwie dotychczasowe, dość wąsko rozumiane pojęcie indywidualizacji łączone było (a w wielu ośrodkach nadal jest) z ideą procesu pielęgnowania. Szersze spojrzenie zmusza do racjonalnego łączenia dwóch kolejnych, istotnych zmiennych:

- primary nursing i
- teorii pielęgniarstwa.

W światowym pielęgniarstwie przyjmuje się, że jest to

- triada warunkująca świadczenie zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej, opartej na:
 - założeniach teoretycznych: procesu pielęgnowania, primary nursing i
 - prawdach zakodowanych w teoriach pielęgniarstwa.

Odzwierciedlenie w świadomości poszczególnych pielęgniarek każdego z tych trzech pojęć jest różne, natomiast w literaturze fachowej (głównie światowej — anglojęzycznej) — proporcjonalne.

Proces pielęgnowania

Proces pielęgnowania to jedno z bardziej znaczących zagadnień dla współczesnego pielęgniarstwa (tym samym pielęgnowania i pielęgniarki). Ma ciekawą historię, a także założenia. Aby mógł zaistnieć w praktyce, muszą być spełnione warunki:

- komunikowania się z podmiotem opieki oraz
- prowadzenia określonej dokumentacji na potrzeby pielęgnowania podmiotu opieki.

Proces pielęgnowania jest różnie określany i definiowany.

Można przyjąć, że oznacza:

- stosowanie rozpoznania stanu biopsychospołecznego podmiotu opieki i
- podejmowanie celowych i planowych działań wynikających z rozpoznania, a także
- ocenianie uzyskanych wyników (w stosunku do założonych celów opieki pielęgniarskiej).

Rodowód procesu pielęgnowania

- miejsce „narodzin”: Stany Zjednoczone Ameryki Północnej,
- czas „narodzin”: tuż po II wojnie światowej,
- uwarunkowania: szybki rozwój we wszystkich dziedzinach wiedzy, w tym także w medycynie.

Pielęgniarki w USA (po II wojnie światowej) miały świadomość:

- braku dostatecznej wiedzy zawodowej (niezbędnej do tego, aby odnaleźć się w nowej, powojennej rzeczywistości),
- silnego rzutowania tradycyjnego rozumienia i realizowania pielęgnowania (opartego na zleceniach lekarskich i przydzielonych działaniach lub zadaniach do wykonania) na rzeczywistość opiekuńczą.

Pielęgniarki wiedziały, że bez odpowiedniej wiedzy zawodowej (pielęgniarstwo) i pełnego rozumienia wykonywanej pracy zawodowej nie może być mowy o podnoszeniu jakości opieki pielęgniarskiej.

Dodatkowe wyjaśnienia. Lata siedemdziesiąte były dla wielu krajów świata okresem wyraźnego załamania w pielęgniarstwie; przełom ten dość powszechnie określano mianem „kryzysu tożsamości zawodowej” (The nursing process, 1981).

Pielęgniarki zrozumiały wówczas, że istotą pielęgniarstwa jest pielęgnowanie, stąd

- inwestując w pielęgnowanie oraz
- budując jego treści (opierając się na założeniach teoretycznych, podstawach naukowych) będą mogły

określić swoją wyjątkową rolę i funkcje zawodowe w opiece nad zdrowiem zarówno pojedynczych osób, jak i całych grup ludzi.

Poszukiwania nowych, racjonalnych rozwiązań doprowadziły pielęgniarki amerykańskie do teoretycznego opracowania założeń takiego modelu, który dawał podstawy do osiągnięcia złożonych celów pielęgniarstwa.

Model ten, określany mianem procesu pielęgnowania, został wprowadzony do praktyki zawodowej.

Proces pielęgnowania w Polsce

Początek zainteresowania: koniec lat siedemdziesiątych; łączy się z wejściem Polski w międzynarodowy program, którego celem było:

- wdrażanie procesu pielęgnowania,
- prowadzenie badań nad procesem pielęgnowania.

Zapamiętaj:

Program ten był zainicjowany i finansowany przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mieszczące się w Kopenhadze (Dania).

Korzyści ogólne udziału polskich pielęgniarek w programie wdrażania procesu pielęgnowania:

- wyzwolenie wielu cennych inicjatyw (głównie na rzecz zmiany dotychczasowego modelu pielęgnowania; najpierw w szpitalach, a następnie w środowisku zamieszkania i bytowania człowieka — połowa lat osiemdziesiątych).

Dodatkowe wyjaśnienia:

- Pierwsze działania związane z procesem pielęgnowania rozpoczęły się na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie (Górajek-Jóźwik, 1996).
- Pod koniec 1979 r. na wydziale tym odbyła się konferencja naukowa pod hasłem „Pacjent w procesie pielęgnowania”.
- W 1984 r. zorganizowane zostało w Warszawie ogólnopolskie seminarium pt. „Proces pielęgnowania w teorii i praktyce” (organizator: Centrum Doskonalenia Nauczycieli Średnich Szkół Medycznych w Warszawie).
- W następnych latach odbyło się kilka konferencji, wiele warsztatów tematycznych i form doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i nauczycieli zawodu związanych z procesem pielęgnowania.

To powodowało; że

- nie tylko indywidualne, ale i
- zbiorowe doświadczenie pielęgniarek (społeczność pielęgniarska; grupa zawodowa pielęgniarek) na temat procesu pielęgnowania zwiększało się z roku na rok.

Jednym z przejawów tego były m.in.

- liczne artykuły publikowane w prasie pielęgniarskiej,
- publikacje zwarte na temat procesu pielęgnowania jako całości i poszczególnych jego elementów składowych.

To z kolei przyczyniło się do uporządkowania i dopracowania terminologii związanej z procesem pielęgnowania.

Zapamiętaj:

Ujednolicona terminologia to podstawowy warunek wymiany informacji między profesjonalistami (pielęgniarkami, choć nie tylko), prowadzenia dyskusji i wymiany doświadczeń (w tym przypadku na temat procesu pielęgnowania).

Korzyści najważniejsze:

- proces pielęgnowania pozwolił na odkrycie nowych (pod względem zakresu i charakteru) możliwości praktycznych i teoretycznych stojących przed pielęgniarstwem (działania możliwe do zaoferowania podmiotowi opieki, realizowane dla niego i z nim),
- proces pielęgnowania stworzył konieczność racjonalnego zainteresowania się teoriami pielęgniarstwa (na potrzeby zindywidualizowanego pielęgnowania).

Proces pielęgnowania — istota

- to propozycja takiej opieki pielęgniarskiej, która świadomie wykorzystuje rozpoznawanie stanu biopsychospołecznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki oraz
- podejmowania celowych i planowych działań, aby przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu zdrowia, a także
- oceniania uzyskanych wyników (w stosunku do założonych celów opieki — pielęgnowania).

Proces pielęgnowania ukierunkowany jest na:

- biorec opieką, a w szczególności na
- osiągnięcie założonych (ustalonych często razem z nim) celów opieki istotnych dla niego.

Zindywidualizowane pielęgnowanie — obowiązek pielęgniarki

Jeśli prawem podmiotu opieki jest otrzymanie zindywidualizowanego pielęgnowania, to na

- pielęgniarcę jako osobie merytorycznie i praktycznie przygotowanej do takiego właśnie pielęgnowania spoczywa obowiązek zagwarantowania go (świadczenia na rzecz podmiotu opieki).

Dodatkowe wyjaśnienia. Świadczenie takiej właśnie opieki leży:

- w obszarze zainteresowań i możliwości współczesnego pielęgniarstwa oraz
 - w możliwościach zawodowych pielęgniarki (jest to przypisane jej kwalifikacjom i kompetencjom zawodowym);
- to zaś pozwala na przejście na poziom

- racjonalnego rozpoznania stanu biopsychospołecznej podmiotu opieki, przy uwzględnieniu swoistego dla niego elementu duchowego i kulturowego, planowania, pielęgnowania, jego realizowania oraz oceniania (oceny) wyników uzyskanych w stosunku do założonych indywidualnych celów pielęgnowania ustalonych dla danego podmiotu opieki (patrz także podrozdz. 2.7.1).

Primary nursing

Pojęcie anglojęzyczne, od początku nielumaczone na język polski. Oznacza dość jednoznacznie określone rozwiązanie organizacyjne, którego idea zawarta jest w określeniu charakteryzującym go: „mój pacjent — moja pielęgniarka” (ang. „my patient — my nurse”). Rozwiązanie to z powodzeniem wykorzystywane jest w większości krajów świata, w dalszych jest systematycznie wprowadzane.

Redowód primary nursing

- miejsce „narodzin”: Stany Zjednoczone Ameryki Północnej (Marie Manthey* uznawana jest za twórczynię primary nursing),
- czas narodzin: początek lat 70. XX w.,
- uwarunkowania: niezadowolone biorców i dawców opieki, potwierdzone empirycznie (odpowiednimi badaniami); świadomość możliwości zmiany istniejącego stanu (z korzyścią dla obydwu stron).

Pielęgniarki w USA pod koniec lat 70. XX wieku wiedziały, a wynikało to z prowadzonych przez nie badań, że:

- statystyczny pacjent wykazywał niedostateczne zadowolenie z otrzymywanej opieki pielęgniarskiej.

Z kolei pielęgniarki, szczególnie pracujące w systemie „zadaniowym” (przydział określonych zadań do wykonania w czasie dyżuru)

- manifestowały brak satysfakcji z wykonywanej pracy.

Pielęgniarki zwracały uwagę na:

- złą organizację ich bezpośredniej pracy z pacjentem oraz poczucie, że stan ten rzutuje bezpośrednio na uzyskiwane wyniki opieki.

Uwaga. Przyjmuje się, że opracowanie i upowszechnienie założeń primary nursing (aż do dość powszechnego wdrożenia ich do praktyki niemal na całym świecie) jest

- jednym z bardziej istotnych osiągnięć współczesnego pielęgniarstwa.
- Jest to identyfikowane ze:
- szczególnym przejawem aktywności i zaangażowania społeczności pielęgniarskiej,
 - świadomym dążeniem do uzyskiwania coraz lepszych wyników w pielęgnowaniu.

* W 2001 r. gościła w Polsce (Lublin) z wykładami nt. primary nursing.

Primary nursing w Polsce

Początek zainteresowania: lata 90. XX wieku.

W 1992 r. rozwiązanie to — określone mianem nowego systemu pracy z pacjentem — po raz pierwszy zostało wprowadzone do działalności praktycznej w Klinicznych Oddziałach Demonstracyjnych w Polsko-Amerykańskim Instytucie Pediatrii (obecna nazwa: Szpital Pediatryczny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Pojedyncze doniesienia wskazują na próby wykorzystywania tego „sposobu organizacji opieki nad pacjentem” w praktyce (np. Centrum Pielęgnacyjne w Olsztynie) (Kwadrans, 2000). W Polsce do chwili obecnej ukazało się kilka krótkich, niezbyt pogłębionych publikacji na ten temat, przy czym pierwsze z nich, najistotniejsze, przypadają na lata 1994–1995 (Blak, 1995).

Primary nursing — istota

Jest to rozwiązanie dotyczące organizacji opieki nad pacjentem pozostającym w szpitalu lub innej tego typu placówce.

Praca z podmiotem opieki, oparta na założeniach primary nursing gwarantuje to, że tylko jedna osoba — Primary Nurse będzie decydowała o zakresie i charakterze pielęgnowania oraz jego przebiegu. To ona bierze pełną zawodową odpowiedzialność za wszystko, co dotyczy opieki, i odpowiada za to przed: pacjentem, zespołem pielęgniującym i zespołem terapeutycznym.

Zapamiętaj.

Zgodnie z założeniami przyjętymi przez M. Manthey, a później niemal przez całą społeczność pielęgniarską,

- jest to taki rodzaj opieki nad pacjentem (od przyjęcia do szpitala, aż do wyjścia z niego), w którym pozostaje on pod opieką jednej pielęgniarki nazywanej Primary Nurse. Ma ona do dyspozycji kilkusobowy zespół (pielęgniarki, pomoce pielęgniarskie, studentki pielęgniarsstwa), z którymi realizuje opiekę nad określoną liczbą pacjentów.
- Na czas swojej nieobecności na oddziale (np. wolne dni), przekazuje uprawnienia (deleguje) wybranej przez siebie pielęgniarence z zespołu, którym kieruje (Manthey, 1980).

Dodatkowe wyjaśnienia. Primary nursing w swoich ogólnych założeniach podobne jest do rozwiązania stosowanego w Polsce przez szpitalne zespoły leczące. Lekarz „prowadzący” odpowiada za pacjenta przez cały okres jego pobytu w szpitalu, a lekarz „dyżurny” (odpowiadający za pacjenta na czas nieobecności „prowadzącego”) kontynuuje program leczenia. W przypadkach uzasadnionych ma uprawnienia do dokonywania zmian i modyfikacji wcześniej ustalonego programu leczenia.

Uwaga. M. Manthey — pielęgniarka, która wniosła podstawowy wkład w określenie i opisanie istoty primary nursing, podkreśla jego bliski związek z tym, co stosunkowo dawno, bo w drugiej połowie XIX wieku, zawarła w swoich założeniach dotyczących pielęgniarsstwa i pielęgnowania F. Nightingale — bezpośrednią odpowiedzialność pielęgniarki za pacjenta (Manthey, 1980) (patrz także 2.7.1).

Teorie pielęgniarstwa

Ponieważ zostały omówione w punkcie 1.6, w tej części ukazane zostaną tylko te prawdy, które są konieczne do zobrazowania roli, jaką odgrywają w indywidualizacji opieki pielęgniarstwa.

Uwaga. Teorie pielęgniarstwa to jeden z kilku tematów, stanowiących przedmiot coraz szerszego zainteresowania społeczności pielęgniarstwa (choć nie wyłącznie).

Mianem tym przyjęło się określać zbiór nie zawsze jednorodnych opracowań, powstałych za sprawą sporej grupy aktywnych intelektualnie pielęgniarek (teoretycy pielęgniarstwa). W wyniku racjonalnej analizy prawd dotyczących przede wszystkim: podmiotu opieki, zdrowia i czynników mogących je zakłócać oraz pielęgnowania, doprowadziły do opisanego rzeczywistości opiekuńczej, sformułowały istotne uogólnienia i prawa.

Teoretycy pielęgniarstwa: pielęgniarki, mające duże doświadczenie zawodowe (najczęściej były bezpośrednio związane z praktyką), które przez swój wkład przyczyniły się do rozwoju pielęgniarstwa jako nauki.

Rodowód teorii pielęgniarstwa

- miejsce narodzin: Anglia, później USA,
- czas narodzin: druga połowa XIX wieku (1860 r., Florence Nightingale),
- uwarunkowania: chęć profesjonalnego pomagania potrzebującym, oparta na założeniach, wnioskach i uogólnieniach, na wiedzy, a nie tylko dobrych chęciach i intuicyjnym podejściu do opieki.

Uwaga. O znaczeniu teorii pielęgniarstwa dla praktyki opiekuńczej niech zaświadczy m.in. fakt, że w 1986 r., prawie wszystkie kraje europejskie, w tym i Polska, były diagnozowane przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze (Dania) pod kątem wykorzystywania określonych teorii pielęgniarstwa w pracy z podmiotem opieki.

Teorie pielęgniarstwa w Polsce

Na pewno nie możemy pochwalić się tym, że przed rokiem 1986 dla potrzeb praktycznego zindywidualizowanego pielęgnowania celowo i planowo wykorzystywaliśmy którąś z uznanych w światowym pielęgniarstwie „klasycznych teorii”. Może nieco lepiej było z prezentacją własnych przemyśleń, uogólnień i propozycji.

W 1983 r. R. Hutner opublikowała artykuł zatytułowany „O rozwoju teorii pielęgnowania” (Hutner, 1983), a B. Dobrowolska i Z. Putkiewicz pisali o modelu teoretycznym jedności organizmu ze środowiskiem i proponowali, aby przyjąć go dla potrzeb rodzimego pielęgniarstwa (Dobrowolska, Putkiewicz, 1983).

W 1985 r. po raz pierwszy w Polsce do programu nauczania na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie (obecna nazwa: Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu) wprowadzony został odrębny przedmiot nauczania: „Teoria pielęgnowania” (z czasem przemianowany na „Teorię pielęgniarstwa”). Nie oznaczało

to jednak, że przynajmniej wybrane założenia (np. F. Nightingale, V. Henderson, D. Orem) znalazły powszechne odzwierciedlenie w praktycznym pielęgnowaniu.

Dzisiaj nie sposób dochodzić przyczyn tego stanu. Warto natomiast analizować stopień zainteresowania rodzimej praktyki, przynajmniej „klasycznymi” teoriami.

Teorie pielęgniarstwa — istota

Najogólniej można powiedzieć, że treścią teorii pielęgniarstwa są uogólnienia, które określają i opisują podstawy praktyki pielęgniarstwa oraz wyjaśniają prawa nią rządzące.

Przyjmuje się, że dzięki oparciu pielęgnowania pojedynczej osoby (lub grupy ludzi) na założeniach jednej wybranej teorii (lub nawet kilku) można w sposób racjonalny, jednocześnie bez większych nakładów,

- wpływać na charakter opieki.

Oznacza to, że można świadczyć opiekę nastawioną np. na:

- zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych podmiotu opieki (np. według założeń V. Henderson),
- inwestowanie w działania samoopiekuńcze (np. D. Orem),
- wzmacnianie możliwości radzenia sobie ze stresem pochodzenia zewnętrznego i (lub) wewnętrznego (np. B. Neuman).

Pielęgnowanie zindywidualizowane — podsumowanie

We współczesnym pielęgniarstwie, w tym w pielęgnowaniu, indywidualizacja opieki nad pojedynczą osobą (rodziną, grupą ludzi)

- nie może być sprawą przypadku.

Jest istotą tej opieki, jej „filozofią”, dlatego wymaga świadomego i celowego inwestowania w nią.

2.7.1

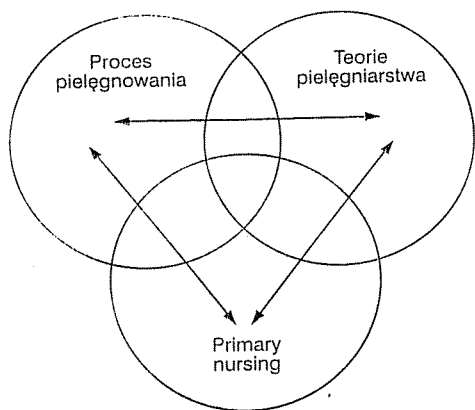
Podstawy teoretyczne zindywidualizowanego pielęgnowania

Zostało przyjęte, że określenie

- podstawy teoretyczne pielęgniarstwa oznacza ogół usystematyzowanych wiadomości pielęgniarstwa jako nauki, istotnych dla pielęgnowania.

Zakres treści przewidzianych do zaprezentowania w tym rozdziale ogranicza pojęcie „podstawy teoretyczne” do obszaru zindywidualizowanego pielęgnowania. Oznacza to, że

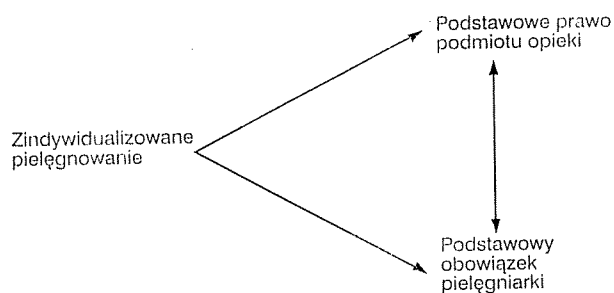
- przedmiot zainteresowania zamknie się w obrębie trzech zmiennych: procesu pielęgnowania, primary nursing i teorii pielęgniarstwa (zasygnalizowanych w podrozdz. 2.7), pomiędzy którymi zachodzą określone relacje (ryc. 2.22).



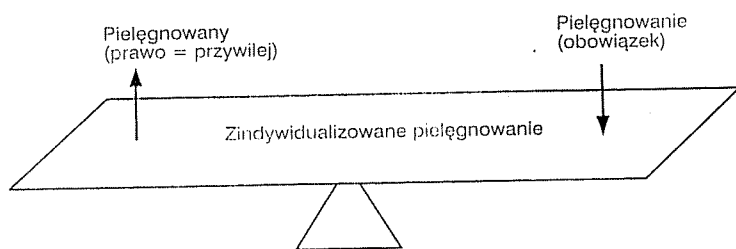
Ryc. 2.22. Zindywidualizowane pielęgnowanie: warunkowanie się zmiennych.

Analizując zindywidualizowane pielęgnowanie od strony teoretycznej, należy uwzględnić dwie zmienne:

- prawo podmiotu opieki do zindywidualizowanej opieki,
- obowiązek pielęgniarki (wynikający z jej roli zawodowej) do świadczenia takiej opieki.



Ryc. 2.23. Zindywidualizowane pielęgnowanie: prawo i obowiązek.



Ryc. 2.24. Zindywidualizowane pielęgnowanie: relacja (równowaga) pomiędzy prawem a obowiązkiem.

Podmiot opieki ma prawo do zindywidualizowanego pielęgnowania. Wynika to z założeń pielęgniarstwa, w tym procesu pielęgnowania, primary nursing i przyjętych teorii pielęgniarstwa.

Proces pielęgnowania

Założono, że o procesie pielęgnowania decyduje obecność charakterystycznych działań podejmowanych przez pielęgniarkę, takich jak:

- gromadzenie danych o pacjencie i środowisku, analizowanie ich w celu określenia stanu biopsychospołecznego,
- ustalenie planu pielęgnowania, pozwalającego na utrzymanie dotychczasowego stanu lub dokonanie celowych zmian w stanie rozpoznanym,
- realizowanie planu opieki zgodnie z ustaleniami wynikającymi z rozpoznanego stanu,
- ocenianie ustaleń teoretycznych i działań praktycznych, podjętych na rzecz pacjenta i jego środowiska, z wyciągnięciem wniosków na przyszłość.

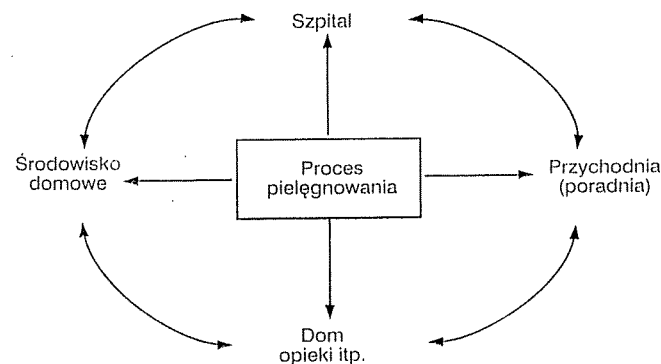
Najistotniejsze właściwości procesu pielęgnowania to:

- uniwersalność,
- ciągłość i dynamika,
- logiczność i następstwo czasowe,
- całościowe podejście do podmiotu opieki,
- szerokie możliwości realizowania opieki (ze względu na różny podmiot opieki oraz zakres działań oferowanych przez pielęgniarkę).

Wyjaśnienie pojęć:

Uniwersalność

- z teoretycznego punktu widzenia nie ma takich warunków, w których proces pielęgnowania nie mógłby być zastosowany (opieka szpitalna, opieka środowiskowa, a nie liczba pielęgniarek i sprzęt, jakim dysponują, decyduje o możliwości oparcia opieki na jego założeniach).



Ryc. 2.25. Uniwersalność procesu pielęgnowania (miejsce realizacji).

Ciągłość i dynamika

- stoi w wyraźnej opozycji do statyki — tego co jest charakterystyczne dla pielęgnowania tradycyjnego,
- porównywana jest do spirali o rozszerzających się zwojach: coraz szerzej i dalej (więcej na ten temat szukaj w: Górąjek-Jóźwik, 1993, 1995, 1999).

Logiczność

to inaczej sensowność, rozsądnosc, konsekwencja (w myśleniu i działaniu); łączące się bezpośrednio z następstwem czasowym.

Następstwo czasowe

Określa je konieczność postępowania zgodnie z teoretycznymi założeniami procesu pielęgnowania; planowanie pielęgnowania zawsze będzie poprzedzone przez formułowanie diagnozy pielęgniarstwa, a ocena stanu nastąpi po zrealizowaniu tego, co zawarte zostało w planie opracowanym na potrzeby danego podmiotu opieki (rozwinęcia tego zagadnienia szukaj w: Górąjek-Jóźwik, 1993, 1995, 1999).

Do podstawowych wymogów zakodowanych w teorii procesu pielęgnowania zaliczane są:

- komunikowanie się z podmiotem opieki (stała interakcja, dwustronna relacja pielęgniarstwa ↔ podmiot opieki),
- dokumentowanie na potrzeby pielęgnowania.

Zapamiętaj:

Dokumentacja (w której dokumentowane są dane dotyczące stanu podmiotu opieki) wypracowana na potrzeby procesu pielęgnowania stanowi nie tylko:

- źródła informacji, na podstawie których można wydawać sądy uzasadnione (racjonalne) o podmiocie opieki oraz indywidualnym celowym i planowym pielęgnowaniu, ale służy także
- do przekazywania informacji o podmiocie opieki w obrębie zespołu terapeutycznego (komunikowanie interpersonalne w sprawach szeroko rozumianej opieki, przy wykorzystaniu słowa pisanego).

Założenia dotyczące komunikowania się z podmiotem opieki

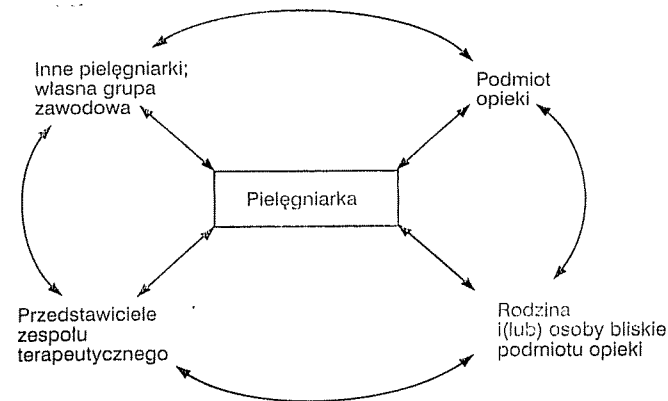
Sporo na temat komunikowania w pielęgnowaniu zawarte zostało w podrozdz. 1.8.3. Z tego powodu prezentowane tu treści ograniczone zostaną do ukazania podstawowych relacji, w jakie wchodzi pielęgniarstwo realizujące proces pielęgnowania.

Zapamiętaj:

W procesie pielęgnowania największy nacisk należy położyć na zakres i charakter relacji interpersonalnych pielęgniarstwa z:

- podmiotem opieki i
- jego rodziną, osobami mu bliskimi.

Dodatkowe wyjaśnienia. Wszystko, co zostało zawarte w dokumentacji, może stanowić przedmiot analizy, syntezy i uogólnień. To zaś kreuje zmiany w przyjętych założeniach teoretycznych (od ogólnych do bardziej szczegółowych).



Ryc. 2.26. Proces pielęgnowania: podstawowe relacje interpersonalne, w jakie wchodzi pielęgniarstwo.

Primary nursing

W teoretycznych założeniach primary nursing przyjmuje się, że:

- pielęgniarstwo/pielęgnowanie to dziedziny autonomiczne,
- społeczność pielęgniarstwa z założenia chce inwestować w praktyczne pielęgnowanie; jest przekonana, że stan taki można osiągnąć bez dodatkowego zwiększania nakładów finansowych na opiekę,
- pielęgniarstwo jest osobą merytorycznie i praktycznie przygotowaną do wzięcia pełnej odpowiedzialności za pielęgnowanie każdego powierzonego jej pacjenta,
- pielęgnowanie wymaga takiego zorganizowania, aby pacjent wiedział, kto decyduje o jego opiece (zakres i charakter) oraz jej realizacji i kto reprezentuje jego sprawy związane z pielęgnowaniem na forum oddziału, szpitala itp. (Górąjek-Jóźwik, 2004).

Przełożenie założeń teoretycznych na praktykę (pielęgnowanie) jest możliwe tylko wtedy, kiedy pielęgniarstwo jest przygotowane do zawodowego, profesjonalnego pielęgnowania, a nie tylko (wyłącznie) do pomagania lekarzowi w procesie leczenia.

Teorie pielęgniarstwa

Korzystanie z teoretycznego dorobku pielęgniarstwa pozwala sformułować uogólnienie i powiedzieć, że wszystkie teorie pielęgniarstwa:

- wzbogacają pielęgniarstwo o nowe obszary wiedzy o człowieku/środowisku i problemach w związku z pojawieniem się choroby, niepełnosprawności,
- pozwalają lepiej poznać i zrozumieć zachowania człowieka zdrowego, narazzonego na zachorowanie, chorego oraz
- pozwalają zaproponować taką pomoc (profesjonalną, inną niż profesjonalną; samoopiekę), która odpowiadałaby jego uświadomionym lub nieuświadomionym oczekiwaniom, a także
- uwzględniała własne możliwości podmiotu opieki.

Zapamiętaj:

Teorie dają teoretyczne „wsparcie” dla

- praktycznych działań pielęgniarzkich.

Dają racjonalne podstawy do:

- określenia i przyjęcia kierunku poznania podmiotu opieki,
- przewidywania wyniku opieki.

Opierając się na wiedzy, można przewidzieć:

- różnice, jakie wystąpią już na poziomie gromadzenia danych, niezbędnych do ustalenia rozpoznania pielęgniarzkiego (proces pielęgnowania).

Rozpoznanie w pielęgniarstwie (diagnoza) ukierunkowane zostanie

- przyjętymi założeniami teoretycznymi (np. F. Nightingale, D. Orem).

Stąd śmiało można powiedzieć, że:

- istota gromadzonych danych, jako pierwotna w stosunku do pozostałych etapów i faz procesu pielęgnowania, narzuca mu dość jednoznaczny charakter.

A zostaje on określony przez

- przyjętą teorię pielęgniarstwa.

Inaczej:

- teoria jest treścią,
- proces pielęgnowania — sposobem na praktyczne wykorzystanie tej treści.

Integracja teorii i procesu stanowi:

- podstawę profesjonalnej opieki pielęgniarzkiej.

Nie można świadczyć opieki pielęgniarzkiej bez:

- korzystania z wiedzy,
- właściwego „przetwarzania” jej dla potrzeb praktyki.

Uwaga.

- Teorie pielęgniarstwa stanowią teoretyczną podbudowę dla praktyki,
- proces pielęgnowania to swego rodzaju sztuka zastosowania wiedzy teoretycznej w praktyce.

Podsumowanie.

Teorie pielęgniarstwa „przypisane” do procesu pielęgnowania powodują, że

- zindywidualizowane pielęgnowanie zostaje ściśle połączone z nauką.

Natomiast primary nursing jest rozwiązaniem dotyczącym organizacji opieki pielęgniarzkiej. Stanowi swego rodzaju „rusztowanie” — strukturę organizacyjną dla procesu pielęgnowania sięgającego racjonalnie do teorii pielęgniarstwa (Górajek-Jóźwik, 2004).

U podstaw primary nursing leżą:

- autonomia pielęgniarstwa (patrz podrozdz. 1.8.1) oraz
- proces pielęgnowania (założenia teoretyczne i rozwiązania praktyczne), który z kolei sięga do
- teorii pielęgniarstwa.

Nie bez powodu, te trzy komplementarne względem siebie elementy, bezpośrednio wpływające na możliwość osiągnięcia wysokiego stopnia indywidualizacji pielęgnowania, uznaje się za wyjątkowo ważne dla współcześnie rozumianej i praktykowanej opieki.

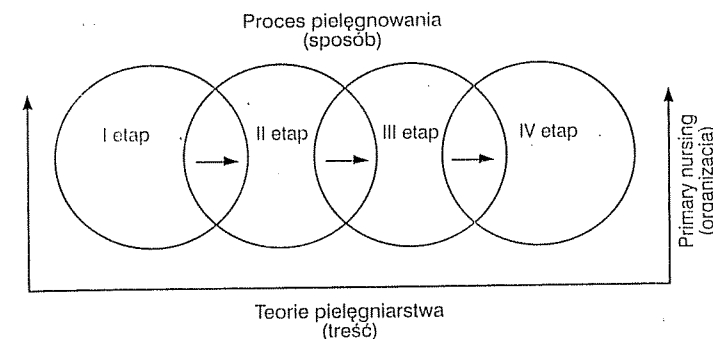
2.7.2

Organizacja zindywidualizowanego pielęgnowania

Prawdą, której nie trzeba dowodzić, jest to, że we współczesnym pielęgniarstwie, w tym w pielęgnowaniu, nie jest i nie może być sprawą przypadku.

Pielęgnowanie to ciąg racjonalnych, dość jednoznacznie określonych działań realizowanych z podmiotem opieki i na jego rzecz. Pielęgnowanie to:

- treść (istota),
- sposób (wykorzystania treści),
- organizacja profesjonalnych działań.



Ryc. 2.27. Podstawowe założenia organizacji zindywidualizowanego pielęgnowania.

Za najbardziej prawidłowe, klasyczne rozwiązanie świadczenia opieki pielęgniarzkiej należy uznać takie, w którym:

- proces pielęgnowania,
- primary nursing i
- teorie pielęgniarstwa (wybrane; jedna, kilka),

są jednakowo reprezentowane, co oznacza że:

- istnieje wiedza i świadomość co do ich znaczenia względem siebie (warunkowania się tych trzech zmiennych),
- wiedza wykorzystywana jest w praktyce opiekuńczej.

Uwaga. Temat organizacji zindywidualizowanego pielęgnowania może być analizowany i prezentowany z dwóch różnych poziomów, tym samym przy uwzględnieniu dwóch różnych sytuacji:

- klasycznej (najbardziej pożądanej) — świadome i celowe sięganie w pielęgnowaniu pojedynczych osób i całych grup ludzi do:
 - procesu pielęgnowania,
 - primary nursing i
 - teorii pielęgniarstwa.
- innej, przy czym możliwe są następujące warianty:
 - realizowanie opieki wyłącznie opierając się na założeniach teoretycznych procesu pielęgnowania (w stosunku do wszystkich lub tylko — z jakiegoś powodu — wybranych pacjentów),

- realizowanie opieki, opierając się na założeniach teoretycznych procesu pielęgnowania (teoria i praktyka) i innych zmiennych, decydujących o indywidualizacji pielęgnowania (teorie pielęgniarstwa), oparcie pielęgnowania na podstawach naukowych, z wykorzystaniem określonego rozwiązania organizacji pracy z podmiotem opieki i dla niego — primary nursing.

Zapamiętaj:

W teoretycznych założeniach pielęgniarstwa, w tym zindywidualizowanego pielęgnowania, mowa jest o trzech stałych elementach (zmiennych warunkujących się). Są to:

- proces pielęgnowania,
- primary nursing,
- teorie pielęgniarstwa,

bez podawania czy też sugerowania, w jakiej kolejności należy wprowadzać je do praktyki. Stąd, przynajmniej z teoretycznego punktu widzenia, można mieć do czynienia z trzema różnymi, jednakowo satysfakcjonującymi rozwiązaniami:

- proces pielęgnowania — jako punkt wyjścia, plus primary nursing, plus teorie pielęgniarstwa (jedna wybrana lub kilka),
- primary nursing — jako punkt wyjścia, plus proces pielęgnowania, plus teorie pielęgniarstwa (jedna wybrana lub kilka),
- teorie pielęgniarstwa — jako punkt wyjścia, plus proces pielęgnowania, plus primary nursing.

Dodatkowe wyjaśnienia. Istota poszczególnych rozwiązań wynika nie tyle z preferencji, zainteresowań czy upodobań osób odpowiedzialnych za pielęgnowanie (w kraju, rejonie, placówce ochrony zdrowia), ile ze zrozumienia ich znaczenia dla indywidualizacji pielęgnowania.

W rodzimym pielęgniarstwie, w tym pielęgnowaniu, najczęstszymi rozwiązaniami są takie, w których:

- wykorzystywane są wyłącznie założenia procesu pielęgnowania (niekiedy dość dowolnie interpretowane i modyfikowane — ze szkodą dla pielęgnowania i samego procesu),
- proces pielęgnowania stanowił punkt wyjścia, przy czym bierze się pod uwagę i (lub) rozważa możliwość podbudowania praktyki prawdami zakodowanymi w wybranych teoriach pielęgniarstwa.

Podsumowanie:

Prawdy na temat organizacji zindywidualizowanej opieki pielęgniarstwiej pozwalają na sformułowanie kilku zasad, które przedstawione zostaną w kolejnym podrozdz. (2.7.3).

2.7.3

Zasady zindywidualizowanego pielęgnowania

Pielęgnowanie to samodzielna działalność pielęgniarki, oparta na solidnych podstawach teoretycznych, ogólnych zasadach postępowania, zasadach etycznych i moralnych (Górajek-Jóźwik, Ciechaniewicz, 1999).

Wszystko, co ma miejsce w pielęgnowaniu pojedynczych osób i całych grup ludzi, oparte jest m.in. na:

- ustalonych i przyjętych przez społeczność pielęgniarstwą zasadach.

Zasady to:

- ogólne normy (reguly, prawidła), których przestrzeganie umożliwia realizowanie założonych celów.

Dodatkowe wyjaśnienie. Są one nie tylko pierwotne w stosunku do: procesu, primary nursing i teorii, ale różni je geneza, istota, przeznaczenie.

Wszystkie zasady, w tym bezpośrednio związane z pielęgnowaniem wykorzystującym założenia: procesu pielęgnowania, primary nursing i teorii pielęgniarstwa, można różnie dzielić i porządkować (według bardziej lub mniej czytelnego kryterium).

Można brać pod uwagę zmienne, takie jak np.:

- kierunek — inaczej na kogo (dawca, biorca opieki) lub co (proces, primary nursing, teorie) zasada jest zorientowana,
- stopień ogólności/szczegółowości: stąd można mówić o zasadach ogólnych i tych bardziej szczegółowych.

Mimo dużego znaczenia powszechnie przypisywanego zasadom we współczesnym rodzimym pielęgniarstwie nie cieszą się one na tyle dużym zainteresowaniem, aby można było odwoływać się do udokumentowanych treści obrazujących ich istotę, przyjęte podziały itp.* Stąd założono przedstawienie zasad o charakterze:

- Podstawowym (ogólnym), do których zaliczono następujące:
 - powszechności indywidualizacji,
 - łączenia teorii z praktyką,
 - racjonalnego postępowania,
 - ograniczonego zaufania,
 - ograniczonego modyfikowania,
 - pełnego otwarcia na podmiot opieki,
 - celowego komunikowania się,
 - racjonalnego dokumentowania;
- Szczegółowym — bezpośrednio związanych z procesem pielęgnowania, w tym:
 - konsekwentnego przechodzenia (od etapu do etapu, od fazy do fazy),
 - kompletności danych,
 - jednakowego traktowania danych,
 - całościowego diagnozowania (stanu biopsychospołecznego),
 - racjonalnego planowania,
 - konsekwentnego realizowania,
 - racjonalnego oceniania,
 - wartościowania wyników.

* Jedyna, zwarta pozycja na temat zasad, jaka dotychczas ukazała się na polskim rynku to: Górajek-Jóźwik J., Ciechaniewicz W. (red.): Zasady postępowania pielęgniarstwiej w wybranych stanach klinicznych. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa 1999.

Zasady zindywidualizowanego pielęgnowania — podstawowe

Zasada powszechności indywidualizacji

Zindywidualizowane podejście do podmiotu opieki, stanowiące swego rodzaju filozofię i podstawę działań w medycynie, psychologii, pedagogice i innych naukach społeczno-opiekuńczych, obliguje pielęgniarstwo (w tym pielęgnowanie) do przyjęcia takiego samego podejścia.

Zasada łączenia teorii z praktyką

Praktyczne pielęgnowanie powinno być tak zorganizowane, aby oparte było na założeniach teoretycznych procesu pielęgnowania, primary nursing i korzystało z teorii pielęgniarstwa (jednej, kilku wybranych).

Zasada racjonalnego postępowania

Odwolywanie się do określonych założeń teoretycznych (w omawianym przypadku są to: proces, primary nursing, teorie) powstałych w wyniku rozumnego podejścia ich twórców do opracowywanych zagadnień (opartego na rozumie) niejako wymusza taki sam sposób postępowania w praktycznym działaniu. Aby zindywidualizowane pielęgnowanie było skuteczne, musi być oparte na poprawnym myśleniu.

Zasada ograniczonego zaufania

Jeśli w pielęgnowaniu pojedynczych osób wykorzystywane są tylko założenia teoretyczne procesu pielęgnowania, to należy przyjąć postawę ograniczonego zaufania do takiego rozwiązania, gdyż może to oznaczać, że decydenci i (lub) wykonawcy nie do końca rozumieją to, na czym „zasadza się” zindywidualizowane pielęgnowanie.

Zasada ograniczonego modyfikowania

Proces pielęgnowania, primary nursing, teorie pielęgniarstwa są dość jednoznacznie określonymi i opisanymi całościami. Wszystkie razem współdecydują o istocie świadczonej opieki pielęgniarstwiej. W każdym elemencie składowym istnieje mały margines, w którego obrębie mogą być dokonywane zmiany. Dowolne modyfikowanie założeń teoretycznych, dopasowywanie ich do rzeczywistości, w jakiej opieka jest świadczona, lub wymogów stawianych przez decydentów powoduje, że powstają zupełnie nowe konstrukcje, niejednokrotnie dość odległe od pierwotnego wzorca. Wówczas może zachodzić konieczność takiego „dopracowania” tych nowych konstrukcji teoretycznych, aby po poddaniu weryfikacji i po nadaniu im odpowiednich nazw (tytułów) zostały upowszechnione.

Zasada pełnego otwarcia na podmiot opieki

Każdy zawód o charakterze opiekuńczym, w tym zawód pielęgniarki, a w szczególności pielęgnowanie o cechach zindywidualizowanego podejścia do podmiotu opieki wymaga pełnego zawodowego zaangażowania się w jego sprawę. Otwarcie rozumiane jest jako niczym nieograniczone, zawodowe bycie z pacjentem i dla niego.

Zasada celowego komunikowania się

Łączy się bezpośrednio z zasadą pełnego otwarcia na podmiot opieki, bowiem nie można tego stanu osiągnąć bez wzajemnej wymiany komunikatów, przekazywania informacji istotnych dla dwóch stron: pielęgowanej i pielęgnującej. W zindywidualizowanym pielęgnowaniu istotne znaczenie ma osiągnięcie takiego stanu, w którym i pacjent, i pielęgniarka wiedzą czemu służy wymiana komunikatów. Czym innym są tzw. pogaduszki o wszystkim i niczym — dla zabicia czasu, a czym innym luźna rozmowa, która jest zamierzonym wstępem do nawiązania bliższego, zawodowego kontaktu, w wyniku którego dojdzie do przeprowadzenia ukierunkowanego wywiadu pielęgniarstwiego.

Zasada racjonalnego dokumentowania

Zindywidualizowane pielęgnowanie jest działaniem wieloczynnikowym, wieloskładnikowym. Zorientowane jest na człowieka, złożoną istotę ludzką, pojedynczy lub grupowy podmiot opieki. Wykorzystuje przynajmniej trzy różne zmienne (sposób, treść, organizacja — patrz podrozdz. 2.7.2), jest rozłożone w czasie, realizowane przez wiele pielęgniarek, najczęściej we współpracy z przedstawicielami innych zawodów itd. Już to wskazuje na konieczność dokumentowania istotnych dla opieki faktów, zdarzeń i wyników. Bez tego niemożliwe jest uzyskanie założonych wyników, przy czym trudno nawet po czasie dochodzić tego, jakie miały być. Trudno myśleć o jakimkolwiek postępie w obszarze praktyki czy uogólniając — rozwoju nauki.

Zasady zindywidualizowanego pielęgnowania — szczegółowe

Zasada konsekwentnego przechodzenia (od etapu do etapu, od fazy do fazy)

Zasadą, a jednocześnie wymogiem, jest takie postępowanie przy realizacji procesu pielęgnowania, jakie wynika z przyjętych ustaleń, wyrażonych w jego teorii. Polega na przechodzeniu od rozpoznania stanu do jego oceniania, od faz rozpoczynających poszczególne etapy do kończących je. Etap oceniania nie zamyka cyklu działań, bowiem przeczyłoby to zasadzie ciągłości procesu pielęgnowania.

Zasada kompletności danych

Opowiedzenie się za zdrowiem jako dobrostanem biopsychospołecznym wymaga gromadzenia danych obrazujących stan funkcjonowania człowieka w obrębie trzech wymienionych sfer (np. stan pozytywny, zaburzony/zmieniony). Przedmiot zainteresowania pielęgniarstwa (pielęgowania) stanowi człowiek (pojedynczy; grupa ludzi) jako niepodzielna całość, a wyodrębnianie poszczególnych sfer jest czynione głównie dla celów dydaktycznych i (lub) praktycznych.

Dla potrzeb diagnozowania i diagnozy pielęgniarstwie konieczne jest dysponowanie pełnymi danymi (pod względem zakresu — ile, i charakteru — jakie).

Zasada jednakowego traktowania danych

W zasadzie tej szczególna uwaga zwrócona jest na dwie kategorie danych: obiektywne i subiektywne. Pierwsze z wymienionych to takie, które mogą być potwierdzone za pomocą dostępnych metod (np. obiektywnie można stwierdzić, że pacjent ma temperaturę ciała 37,8°C). Dostęp do danych subiektywnych jest możliwy tylko dla osoby odczuwającej dany stan (np. nudności, stan rozbitcia). Pielęgowanie obejmuje człowieka jako byt „obiektywny” z jego subiektywnymi stanami i możliwościami odczuwania ich, stąd zachodzi konieczność przywiązywania jednakowej wartości do każdej z wymienionych kategorii danych.

Zasada całościowego diagnozowania (stanu biopsychospołecznego)

Żadnych zastrzeżeń nie powinna budzić zasada, mówiąca o zakresie diagnozy pielęgniarstwie. Swym zasięgiem obejmuje ona całego człowieka i jego środowisko, pojedynczy i (lub) grupowy podmiot opieki. Jest to jeden z argumentów przemawiających za tym, dlaczego dla potrzeb zindywidualizowanego pielęgnowania gromadzone są dość obszerne dane — pod względem ich zakresu i charakteru.

Zasada racjonalnego planowania

W przebiegu całego procesu pielęgnowania obecne jest rozumowe podejście. Bezpośrednią konsekwencją planowania jest przyjęcie określonego programu (planu), który zostanie wdrożony do działalności praktycznej, a jeszcze dokładniej — według którego podmiot opieki będzie tak, a nie inaczej pielęgnowany. Ostateczny wynik pielęgnowania będzie wypadkową: rozpoznania, planu i konsekwentnie podjętych działań.

Zasada konsekwentnego realizowania

Mowa jest o realizowaniu planu opieki pielęgniarstwie (III etapu procesu pielęgnowania), czyli tego, co zostało wcześniej celowo i planowo ustalone i jako najbardziej korzystne dla podmiotu opieki zaproponowane do zrealizowania.

wania. Bez przejścia przez etap wykonawczy — etap „wykonania”, nie ma możliwości osiągnięcia stanu niezbędnego do przystąpienia do oceniania i oceny uzyskanego stanu.

Zasada racjonalnego oceniania

Niemal każde ocenianie z samego założenia jest racjonalne, bowiem jest to bardziej lub mniej uświadomiony sąd wartościujący przedmiot oceniania. W ocenianiu dokonywanym w procesie pielęgnowania zasadą jest uwzględnienie trzech wartości: stanu rozpoznanego, założonego w celach opieki (pielęgowania) i uzyskanego w wyniku podjętych działań (z pacjentem i na jego rzecz), przy czym ostateczna ocena odnoszona jest do tego, co zostało wyrażone w celach. Ocena ta powinna towarzyszyć podmiotowi przechodzącemu z jednego systemu opieki do drugiego, jak również w obrębie tego samego systemu (np. pacjent zostaje przeniesiony z oddziału na oddział) (więcej nt. zasad oceniania i oceny patrz 2.8.3).

Zasada wartościowania wyników

Wartościowanie to inaczej ustalanie wartości, znaczenia uzyskanych wyników pielęgnowania dla podmiotu opieki i osób pielęgnujących, w tym profesjonalistów i nieprofesjonalistów. Zasadą jest, że pojedyncze, założone i uzyskane wyniki pielęgnowania są sumowane i poddawane racjonalnej ocenie. Wyniki najbardziej zadowalające (oraz procedury pozwalające na ich uzyskanie) są uogólniane, wnioski stanowią wartość dla praktyki, ale i teorii (nauki).

Uwaga. Zaprezentowana lista zasad związanych z pielęgnowaniem zindywidualizowanym, w tym ogólnych i szczegółowych nie pretenduje do miana zamkniętej. Celem nie jest podanie wszystkich możliwych, ale raczej zobrazowanie ich istoty i możliwego zakresu.

Zadania sprawdzające

1. Przedstaw, co rozumiesz pod pojęciem zindywidualizowanego pielęgnowania.
2. Opisz, co charakteryzuje zindywidualizowane pielęgnowanie.
3. Jak rozumiesz to, że podmiot opieki ma prawo do zindywidualizowanego pielęgnowania, a pielęgniarka obowiązek świadczenia takiej opieki.
4. Omów warunki, jakie muszą być spełnione, aby mogło być realizowane zindywidualizowane pielęgnowanie.
5. Przedstaw początki procesu pielęgnowania na świecie.
6. Scharakteryzuj proces pielęgnowania.

- Wyjaśnij, co to znaczy, że indywidualne pielęgowanie musi opierać się na konkretnych założeniach (teoretycznych).
- Czy realizowanie procesu pielęgowania wyklucza współdziałanie pielęgniarki w procesie leczenia?
- Przedstaw genezę i istotę primary nursing.
- Przedstaw rodzime doświadczenia w zakresie primary nursing.
- Omów, jak powinno być zorganizowane pielęgowanie, które oparte jest na: procesie pielęgowania, primary nursing i teoriach pielęgniarstwa.
- Scharakteryzuj różnicę, jaka zachodzi pomiędzy ogólnymi a szczegółowymi zasadami związanymi z pielęgowaniem zindywidualizowanym.

Zadania do samodzielnego wykonania

- Rozpoznaj (dowiedz się), czy na oddziale, na którym aktualnie odbywasz praktykę zawodową (albo odbywałaś ostatnio), pielęgowanie oparte jest na założeniu procesu pielęgowania (możliwe odpowiedzi: tak, częściowo, nie). Jeśli Twoja odpowiedź jest tak lub częściowo, to zbadaj, kto realizuje proces pielęgowania:

Osoby realizujące	Odpowiedzi	
	TAK	NIE
tylko uczennice		
uczennice i pielęgniarki		
tylko pielęgniarki		

Refleksjami z rozwiązania tego zadania podziel się z nauczycielem zawodu.

- Kontynuacją zadania nr 1 będzie zbadanie tego, czy wszyscy pacjenci objęci są zindywidualizowanym pielęgowaniem. Do zanotowania poszukiwanych odpowiedzi wykorzystaj podany schemat:

Pacjenci objęci procesem pielęgowania	TAK
wszyscy	
większość	
mniejszość	
pojedyncze osoby	

Refleksjami z rozwiązania tego zadania podziel się z nauczycielem zawodu.

- Mając wyniki z rozpoznania, jakiego dokonałaś dla celów dwóch powyższych zadań (nr 1 i 2), przygotuj się (korzystając z pomocy wybranego przez Ciebie nauczyciela zawodu) do zaprezentowania uzyskanych wyników (np. na posiedzeniu jednego z kół zainteresowań działających w szkole lub w formie zwięzłej publikacji skierowanej do redakcji wybranego pisma zawodowego).

- Jeśli jesteś szczególnie zainteresowana zindywidualizowanym pielęgowaniem (jako całością lub poszczególnymi jego elementami), to znajdź jeszcze 3–4 osoby o podobnych zainteresowaniach i postaraj się zorganizować „klub sympatyków takiego pielęgowania”. Opracuj szczegółowy plan kilku pierwszych spotkań i przedstaw swoje propozycje wybranemu nauczycielowi zawodu. Zaproponuj, w jaki sposób rozpoznasz i udokumentujesz to, czy na oddziale, na którym odbywasz praktykę (lub już odbywałaś):
 - prowadzony jest proces pielęgowania, który
 - oparty jest na założeniach primary nursing i korzysta z
 - teorii pielęgowania (jednej wybranej, kilku).
 Uzyskanymi wynikami podziel się z osobą, którą sama uznasz za najbardziej odpowiednią do tego zadania.
- Sprawdź, jak pojęcie „zasada” definiowane jest w dostępnym Ci słowniku języka polskiego. Dla porównania zapoznaj się z takimi pojęciami, jak: „ogólne zasady postępowania”, „zasady moralne”, szukając ich w „Przewodniku encyklopedycznym dla pielęgniarek” (red. T. Widomska-Czekajńska i J. Górajek-Jóźwik). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
- Wymień kilka zasad, które uważasz za najważniejsze i kierujesz się nimi w swoim życiu jako: człowiek, osoba ucząca się (studująca) pielęgniarstwo, przyszła pielęgniarka. Zanotuj je, wykorzystując do tego celu następujący schemat:

	Zasada
ja człowiek	1 2 3
ja uczeń (student)	1 2 3
ja przyszła pielęgniarka	1 2 3

Umieść ten zapis w takim miejscu, abyś pod koniec każdego dnia mogła sprawdzić, czy postępowalaś zgodnie z tymi zasadami.

Literatura

- Blak A.: Primary Nursing. Pielęgniarstwo, 2000, 1994, nr 1, 2, 3, 4, 5 (cykl artykułów).
- Butrym Z. (red.): Podstawy naukowe diagnozy pielęgniarskiej. Akademia Medyczna w Lublinie, Wydział Pielęgniarski, Lublin 1986.
- Butrym Z., Górajek-Jóźwik J., Kahlan J.: Diagnostyka pielęgniarska. Materiały dla nauczycieli. CMDNŚSZM, Warszawa 1990.
- Ciechaniewicz W.: Miejsce procesu pielęgowania w systemie kształcenia i doskonalenia pielęgniarek. W: Jakość w opiece pielęgniarskiej. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn, 27–28.09.1996.

- Ciechaniewicz W., Górąjek-Jóźwik J.: Kryteria oceny jakości pielęgnowania na tle oceny jakości opieki. W: Jakość w opiece pielęgniarstwie. Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn, 27-28.09.1996.
- Ciechaniewicz W., Górąjek-Jóźwik J., Czachor M., Zarzycka D.: Z doświadczeń wykorzystania ogólnych zasad postępowania, standardów praktyki i opieki pielęgniarstwie dla potrzeb procesu pielęgnowania. W: Jakość w opiece pielęgniarstwie. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn, 27-28.09.1996, s. 60.
- Ciechaniewicz W. (red.): Pedagogika. Podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
- Czachor M., Górąjek-Jóźwik J., Zarzycka D.: Miejsce i znaczenie komunikacji interpersonalnej w procesie pielęgnowania. W: Jakość w opiece pielęgniarstwie. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn, 27-28.09.1996, s. 104.
- Diagnoza pielęgniarstwa. Materiały z konferencji z dnia 11.06.1984. Wydział Pielęgniarski AM w Lublinie, Lublin 1984.
- Dobrowolska B., Putkiewicz Z.: Problematyka pracy pielęgniarki środowiskowej. PZWL, Warszawa 1983.
- Górąjek-Jóźwik J.: Proces pielęgnowania. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa (red. K. Zahradniczek). Wyd. III. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1999, s. 120.
- Górąjek-Jóźwik J.: Zindywidualizowane pielęgnowanie: prawo pacjenta, obowiązek pielęgniarki. W: IV Kongres Pielęgniarek Polskich, Busko-Zdrój, 4-5.05.1998, s. 33.
- Górąjek-Jóźwik J.: Proces pielęgnowania. W: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka (red. Z. Kawczyńska-Butrym). CEM, Warszawa 1997, s. 57.
- Górąjek-Jóźwik J.: Podstawy indywidualizacji opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową. Psychonkologia, 1997, 1, 51.
- Górąjek-Jóźwik J.: Proces pielęgnowania. Historia i kierunki rozwoju. W: Jakość w opiece pielęgniarstwie. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn 27-28.09.1996, s. 86.
- Górąjek-Jóźwik J.: Sytuacja zdrowotna człowieka i środowiska. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1995, s. 85.
- Górąjek-Jóźwik J.: Wsparcie społeczne jako element procesu pielęgnowania. W: Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie (red. Z. Kawczyńska-Butrym). CEM, Warszawa 1994, s. 17.
- Górąjek-Jóźwik J.: Proces pielęgnowania. Materiały dla nauczycieli. CMDNSSzM, Warszawa 1993.
- Górąjek-Jóźwik J.: The conditioning of individualization in nursing care. Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska. Lublin-Poland, 2003, Sectio D., Vol. LVIII.
- Górąjek-Jóźwik J.: Wybrane wzory pielęgnowania. W: Podstawy pielęgniarstwa. (red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek). Wyd. Czelej, Lublin 2004.
- Górąjek-Jóźwik J.: Wprowadzenie. W: Zasady postępowania w wybranych stanach klinicznych (red. J. Górąjek-Jóźwik, W. Ciechaniewicz). Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa 1999.
- Górąjek-Jóźwik J.: Proces pielęgnowania. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa. (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1999, s. 142.
- Hutner R.: O rozwoju teorii pielęgnowania. Pielęgniarka i Położna, 1983, 6.
- Karta Praw Pacjenta opracowana przez MZiOS. Pielęgniarstwo 2000, 5, 21.
- Kawczyńska-Butrym Z. (red.): Wsparcie społeczne. Materiały z konferencji. Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Lublinie, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego. Lublin 1992, s. 5.
- Kielmas-Rak A.: Założenia opieki holistycznej M. Rogers a praktyka pielęgniarstwa (na przykładzie pacjentów o niepomyślnym rokowaniu). Praca magisterska. Akademia Medyczna, Wydział Pielęgniarski, Lublin 1999.
- Manthey M.: The practice of Primary Nursing. Blackwell Scientific Publication, INC. Boston 1980.
- Poznańska S.: Pielęgnowanie. W: Encyklopedia dla pielęgniarek (red. J. Bogusz). PZWL, Warszawa 1989, s. 365.
- Poznańska S.: Pielęgnowanie — wyzwaniem dla kształcenia. W: Wkładka specjalna do biuletynu „Sprawy Doskonalenia”. CMDNSSzM. Warszawa 1991, nr 14.
- The nursing process — teaching manual (draft). WHO, Kopenhaga 1981, s. 11.
- Widomska-Czekajka T., Górąjek-Jóźwik J. (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.

2.8

Ocenianie dla potrzeb pielęgnowania

Ocenianie w pielęgnowaniu, w tym ocenianie i ocena stanu podmiotu, to ważne i odpowiedzialne obszary zainteresowania i działania (praktyki zawodowej; pielęgnowania).

Podstawowe wymagania:

- odpowiednie przygotowanie pielęgniarki (teoretyczne i praktyczne),
- umiejętność umiejscowienia oceniania i oceny w teorii i praktyce,
- przestrzeganie ustalonych, przyjętych zasad postępowania (w tym przypadku w odniesieniu do procesu oceniania i oceny).

Zanim przystąpi się do oceniania, trzeba dokładnie wiedzieć, a tym samym mieć odpowiedzieć przynajmniej na dwa zasadnicze pytania:

1. Kto (lub co) będzie przedmiotem oceniania i konsekwentnie — oceny?
2. Jaki jest cel tego oceniania — komu i (lub), czemu ma służyć ocenianie i ocena, np.: praktyce, statystyce, badaniom naukowym?

Ocena stanu w pielęgniarstwie (zresztą jak w każdej innej dziedzinie, np.: medycynie, psychologii, pedagogice) jest wynikiem końcowym oceniania. Stąd jako zasadę przyjmuje się, że:

Każde ocenianie powinno doprowadzić do sformułowania oceny.

Ocenianie (i ocena) stanu podmiotu opieki może być analizowane i opisywane od strony:

- bardziej teoretycznej i (lub)
- bardziej praktycznej.

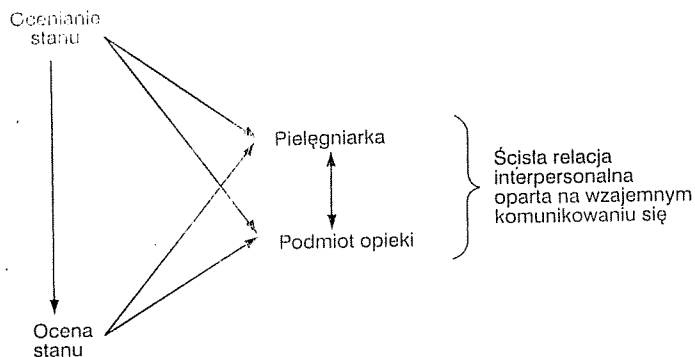
Zarówno jedno, jak i drugie podejście wymaga uświadomienia, że ocenianie stanu niemal od zawsze istniało w pielęgniarstwie (tym samym w pielęgnowaniu), a pojawiło się wraz ze skierowaniem szczególnego zainteresowania na podmiot opieki (wyodrębniony; pojedynczy lub grupowy), na to, co niepowtarzalne, specyficzne czy też typowe dla niego.

Do celów praktycznych (pielęgnowanie) i teoretycznych (pielęgniarstwo) ocena powinna zostać:

- zwerbalizowana (wyrażona słownie) w sposób zwięzły i jednoznaczny,
- udokumentowana (zapisana w sposób jednoznaczny i czytelny).

Tylko w takiej formie ocena może mieć istotną wartość.

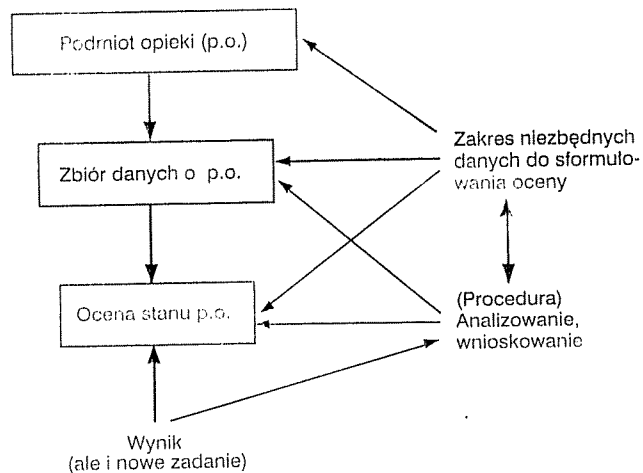
Ocenianie pielęgnowania to ciąg zamierzonych planowych i działań (głównie o charakterze intelektualnym), rozłożonych w czasie, ukierunkowanych na uzyskanie niezbędnych informacji o podmiocie opieki w postaci danych ilościowych i jakościowych.



Ryc. 2.28. Relacja między ocenianiem a oceną stanu.

Dane o podmiocie opieki stanowiąc będą swego rodzaju punkt wyjścia do

- sformułowania oceny stanu (ryc. 2.28).
- To z kolei jest podstawowym warunkiem do
- świadczenia zindywidualizowanego pielęgnowania, czyli świadczenia takiej opieki, jaka jest najbardziej potrzebna (pożądana) danemu podmiotowi opieki (ryc. 2.29).



Ryc. 2.29. Rodzowód oceny stanu podmiotu opieki (czyli: skąd się bierze ta ocena?).

2.8.1 Zakres i charakter oceniania i oceny

Zbiór danych o podmiocie opieki to minimum informacji obrazujących najczęściej stan

- zaspokajania potrzeb biopsychospołecznych,
- rozwiązywania problemów (trudności, jakie napotyka podmiot opieki).

Zbiór danych to „materiał”, na podstawie którego można wyciągnąć konkretne, uzasadnione wnioski w postaci

- oceny stanu podmiotu opieki (ryc. 2.30).

Ocena stanu określana jest często także mianem rozpoznania (stanu).

Ocena w pielęgnowaniu (mówiąc najogólniej) to sąd wartościujący wyrażony przez pielęgniarkę, a mówiący np. o stanie:

- ludzi (podmiot opieki, własna grupa zawodowa jako całość lub poszczególne pielęgniarki, inne osoby),
- rzeczy.

Aby ocena stanu podmiotu opieki mogła zostać sformułowana, muszą być spełnione określone warunki:

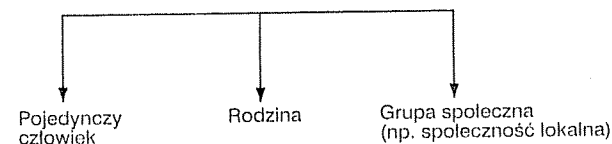
- pielęgniarka musi wiedzieć, kto stanowić będzie przedmiot oceniania i oceny,
- jaki będzie zakres oceny, czyli inaczej — granica, która wyznacza, co powinno (lub może) podlegać ocenianiu i, konsekwentnie, co zostanie wyrażone w ocenie.

Zakres oceniania i oceny stanu podmiotu opieki to z reguły trzy zmienne: 1) stan potrzeb, 2) problemów i 3) funkcjonowania biopsychospołecznego i duchowego. Nie wyklucza to możliwości oceniania (rozpoznawania) np. stanu potrzeb biopsychospołecznych i problemów opiekuńczych czy też problemów i funkcjonowania podstawowych sfer (i takie rozwiązania spotykane są w praktyce) (ryc. 2.31).

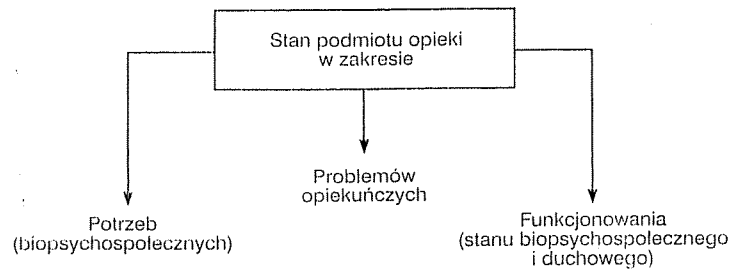
Ocena wstępna: rozpoczyna pewien cykl działań, np. formułowana w momencie wejścia podmiotu opieki w system ochrony zdrowia, niekiedy na podstawie niepełnych danych (np. bez tych pochodzących z jego środowiska życia, pracy itp.).

Ocena bieżąca: dokonywana równoległe z przebiegiem pielęgnowania.

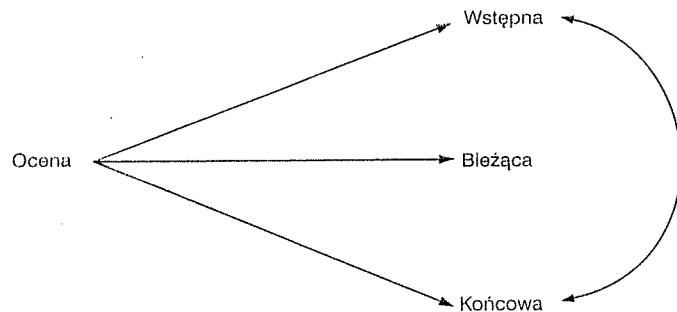
Ocena końcowa: zamykająca pewien ciąg (okres) pracy z podmiotem opieki (np. po osiągnięciu założonego celu; formułowana tuż przed wypisem ze szpitala) (ryc. 2.32).



Ryc. 2.30. Przedmiot oceniania i oceny (podmiot opieki).



Ryc. 2.31. Zakres oceniania i oceny stanu podmiotu opieki.



Ryc. 2.32. Rodzaje ocen formułowanych najczęściej (na rzecz podmiotu opieki).

Podsumowanie:

Wyniki końcowe oceniania stanu podmiotu opieki wyrażone są w postaci oceny stanu:

- zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych (stopień lub zakres),
- radzenia sobie z problemami opiekuńczymi (stopień lub zakres),
- funkcjonowania w sferze biopsychospołecznej i duchowej (prawidłowość lub jej brak; stopień lub zakres).

Oznacza to, że z teoretycznego punktu widzenia możliwe, ale niekoniecznie prawidłowe, jest sformułowanie oceny uwzględniającej wszystkie wymienione zmienne (potrzeby, problemy, sfery) (ryc. 2.31).

Ocena stanu potrzeb biopsychospołecznych

Po stwierdzeniu deficytu w zaspokajaniu potrzeb przez określony podmiot opieki (np. pojedynczego pacjenta zdrowego lub chorego), ponieważ nie chciał lub nie mógł (por. definicja pielęgnowania podana przez Virginie Henderson), pielęgniarka powinna przystąpić do ich zaspokajania.

Ocena stanu problemów opiekuńczych

Najczęściej określa się je jako trudności, jakie napotyka podmiot opieki w związku ze zmianami w stanie zdrowia, chorobą, wejściem w system opieki zdrowotnej (np. trudności z oddychaniem, ze stosowaniem zalecanej diety, z zaakceptowaniem zmienionego wyglądu ciała na skutek wypadku). Pielęgniarka jest tą osobą, która (niekiedy wraz z innymi członkami zespołu terapeutycznego) powinna pomóc w rozwiązaniu rozpoznanych problemów opiekuńczych.

Ocena funkcjonowania podmiotu opieki w sferze biopsychospołecznej i duchowej

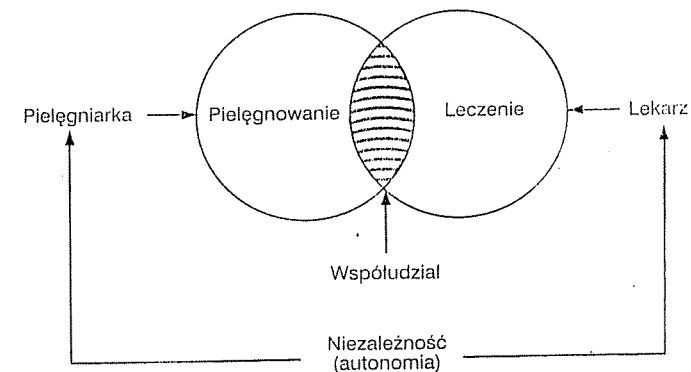
W nowoczesnie rozumianym i praktykowanym pielęgnowaniu szczególną uwagę przywiązuje się do rozpoznawania stanu poszczególnych sfer. Ma to wiele wspólnego z holistycznym „podejściem” do oceniania stanu podmiotu opieki.

Uwagi końcowe

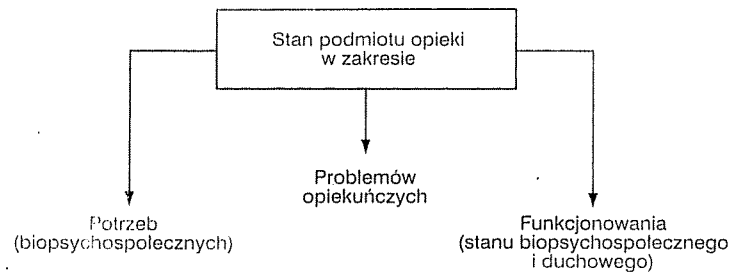
Pielęgniarka (ale również i lekarz) dokonuje oceny stanu podmiotu opieki i czyni to do celów pielęgnowania (lekarz — leczenia).

W ocenianiu i ocenie stanu pielęgniarkę i lekarza

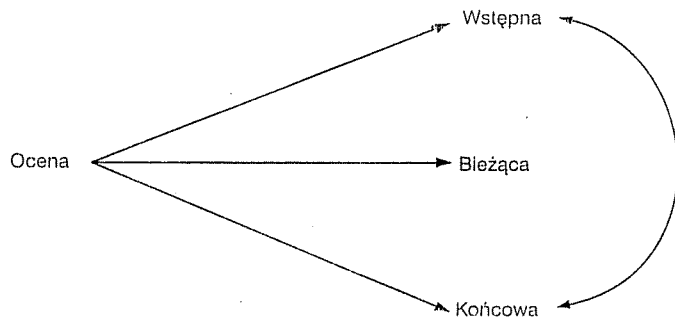
- jednoczy ten sam podmiot opieki,
- różni merytoryczne i praktyczne przygotowanie, cel oceniania i oceny.



Ryc. 2.33. Niezależność w (ocenianiu i) ocenie stanu podmiotu opieki.



Ryc. 2.31. Zakres oceniania i oceny stanu podmiotu opieki.



Ryc. 2.32. Rodzaje ocen formułowanych najczęściej (na rzecz podmiotu opieki).

Podsumowanie:

Wyniki końcowe oceniania stanu podmiotu opieki wyrażone są w postaci oceny stanu:

- zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych (stopień lub zakres),
- radzenia sobie z problemami opiekuńczymi (stopień lub zakres),
- funkcjonowania w sferze biopsychospołecznej i duchowej (prawidłowość lub jej brak; stopień lub zakres).

Oznacza to, że z teoretycznego punktu widzenia możliwe, ale niekoniecznie prawidłowe, jest sformułowanie oceny uwzględniającej wszystkie wymienione zmienne (potrzeby, problemy, sfery) (ryc. 2.31).

Ocena stanu potrzeb biopsychospołecznych

Po stwierdzeniu deficytu w zaspokajaniu potrzeb przez określony podmiot opieki (np. pojedynczego pacjenta zdrowego lub chorego), ponieważ nie chciał lub nie mógł (por. definicja pielęgnowania podana przez Virginie Henderson), pielęgniarka powinna przystąpić do ich zaspokajania.

Ocena stanu problemów opiekuńczych

Najczęściej określa się je jako trudności, jakie napotyka podmiot opieki w związku ze zmianami w stanie zdrowia, chorobą, wejściem w system opieki zdrowotnej (np. trudności z oddychaniem, ze stosowaniem zalecanej diety, z zaakceptowaniem zmienionego wyglądu ciała na skutek wypadku). Pielęgniarka jest tą osobą, która (niekiedy wraz z innymi członkami zespołu terapeutycznego) powinna pomóc w rozwiązaniu rozpoznanych problemów opiekuńczych.

Ocena funkcjonowania podmiotu opieki w sferze biopsychospołecznej i duchowej

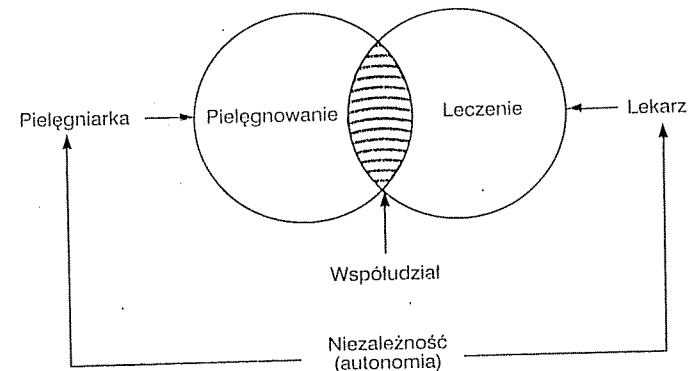
W nowoczesnie rozumianym i praktykowanym pielęgnowaniu szczególną uwagę przywiązuje się do rozpoznawania stanu poszczególnych sfer. Ma to wiele wspólnego z holistycznym „podejściem” do oceniania stanu podmiotu opieki.

Uwagi końcowe

Pielęgniarka (ale również i lekarz) dokonuje oceny stanu podmiotu opieki i czyni to do celów pielęgnowania (lekarz — leczenia).

W ocenianiu i ocenie stanu pielęgniarce i lekarza

- jednoczy ten sam podmiot opieki,
- różni merytoryczne i praktyczne przygotowanie, cel oceniania i oceny.



Ryc. 2.33. Niezależność w (ocenianiu i) ocenie stanu podmiotu opieki.

2.8.2

Dokumentowanie wyników oceniania i oceny

Prowadzenie dokumentacji pozwala przede wszystkim na utwalenie (w formie tradycyjnej — pisemnej, i(lub) elektronicznej — coraz częściej wykorzystywanej):

- zgromadzonych danych o pacjencie i jego środowisku,
- rozpoznanego stanu biopsychospołecznego (diagnoza pielęgniarstwa),
- planowanego zakresu i charakteru działań, jakie zamierza się podjąć z podmiotem opieki i jego środowiskiem i na ich rzecz,
- zrealizowanych działań (jak i kto; ewentualne trudności itp.),
- uzyskanych wyników (proces; procedura oceniania i jej wynik w postaci oceny).

Dokonywanie regularnych wpisów w poszczególnych arkuszach dokumentacji pacjenta, współlistniejącej z pielęgnowaniem zindywidualizowanym, to:

- podstawowy obowiązek pielęgniarki, szczególnie podkreślany w założeniach teoretycznych procesu pielęgnowania.

Uwaga. W wielu krajach, ośrodkach, placówkach ochrony zdrowia przyjęte zostały jednoznacznie określone wzory dla potrzeb dokumentowania procesu pielęgnowania. Ocena stanu (rozpoznanego, założonego, osiągniętego) przedstawiana jest w nich w różnej formie:

- opisowej,
- zwięzłej, niekiedy w prosty sposób „zaszyfrowanej” — w postaci umownych znaków (zapis zakodowany, czytelny tylko dla osób zawodowo zainteresowanych i wtajemniczonych).

Uwaga. Przyjmuje się, że dokumentacja pacjenta powinna:

- dać czytelny obraz (w formie określonych zapisów w dokumentacji) stanu podmiotu opieki, w tym:
 - rozpoznanego (w chwili wejścia do danego systemu opieki),
 - założonego do osiągnięcia (w celach opieki) i
 - uzyskanego (po podjęciu określonych działań).

Orientacja na 3-częściową ocenę stanu jest typowa dla wszystkich zawodów o charakterze opiekuńczym i pozwala na

- właściwe wykorzystywanie wiedzy dotyczącej tego, co jest (ocena stanu rozpoznanego), co ma/powinno być (ocena stanu założonego) i wreszcie — po prostu — co jest (ocena stanu uzyskanego).

Zapamiętaj:

Zapisy dotyczące stanu:

- rozpoznanego u danego podmiotu opieki,
- założonego i
- osiągniętego

mogą różnić się od siebie, ale mogą być takie same, przy czym jest wiele możliwych konfiguracji, tym samym wyników.

Przykład:

Starszy człowiek z reumatoidalnym zapaleniem stawów:

- stan rozpoznany: trudności w poruszaniu się w obrębie sali chorych,

- stan założony: nie dopuścić do pogłębienia się istniejących trudności (planowane działania: stosowanie rozwiązań możliwych do wykorzystania w pielęgnowaniu, a mogących przyczynić się do utrzymania określonego poziomu aktywności i wydolności),
- stan uzyskany: mimo podjęcia celowych planowych działań nie udało się utrzymać założonego stanu.

Różnica pomiędzy trzema stanami może być np.:

- duża (znaczna),
- średnia, mała (nieznaczna),
- albo żadna, co świadczy o jej braku.

Należy wziąć pod uwagę to, że bez względu na wynik porównania nie świadczy on o:

- popełnieniu błędu merytorycznego (błąd w ocenianiu i/lub ocenie),
- popełnieniu błędu technicznego (w samym zapisie, np. niezbyt czytelny zapis).

Dodatkowe wyjaśnienia. Podstawowym stanem, jaki dzięki dokumentowaniu danych dotyczących oceny stanu podmiotu opieki i jego racjonalnego (celowego i planowego) pielęgnowania zamierza się osiągnąć, jest:

- danie niezbitych dowodów, tym samym podstaw do racjonalnego wnioskowania co do formułowanych ocen dotyczących:
 - zakresu i charakteru opieki zaplanowanej i zrealizowanej w stosunku do jednego, konkretnego pacjenta (kilku, wielu),
- formułowanie praw istotnych dla zagadnienia racjonalnego oceniania w pielęgnowaniu.

Dodatkowe wyjaśnienia. Realia współczesnej rzeczywistości, w tym opiekuńczej, nie pozwalają na przechowywanie w pamięci jednej osoby wszystkiego tego, co dotyczy wieloczynnikowej i(lub) wieloskładnikowej, rozciągniętej w czasie opieki, realizowanej przez zmieniające się wieloosobowe zespoły pielęgnujące.

Nawet gdyby założyć ograniczenie liczby danych do tych określających stany: rozpoznane, założone i osiągnięte u określonej liczby pacjentów, z jakimi pielęgniarka ma do czynienia w codziennej pracy, to przekracza to możliwości statystycznego człowieka.

Wartość ma tylko to, co jest udokumentowane. Może być poddawane różnym procedurom, przetwarzane, tak dla potrzeb praktyki, jak i teorii.

Podsumowanie:

Dokumentowanie wyników oceniania pielęgnowania powinno pozwolić na:

- zgromadzenie i utwalenie danych, które są najistotniejsze dla pielęgnowania, bowiem decydują o jego ciągłości i dynamice.

Udokumentowane stają się wiarygodnym źródłem informacji, dostępnym dla potrzeb pielęgnowania poszczególnych pacjentów i całych grup. Są istotne dla czynienia wkładu w naukę.

Uwaga:

- treści (w postaci konkretnego zapisu; zapisów) zawarte w dokumentacji podmiotu opieki współlistniejącej z procesem pielęgnowania, a dotyczące oceniania i samych ocen formułowanych na potrzeby zindywidualizowanego pielęgnowania, powinny stanowić:
 - przedmiot analiz, dociekań
 - wyodrębnienia ocen ogólnych i cząstkowych,

- poszukiwania korelacji pomiędzy takimi zmiennymi, jak np. stan rozpoznany — oceniony przez pielęgniarkę, założony, a uzyskany po podjętych działaniach.

W pielęgniarstwie rodzimym, mimo podejmowania wielu prób, z których pierwsze sięgają początków lat 90. XX wieku, korzystania z doświadczeń pielęgniarstwa zachodniego oraz własnych, niemal w każdej placówce ochrony zdrowia inaczej rozumiane są takie określenia, jak:

- dokumentacja pacjenta (podmiotu opieki) współlistniejąca z procesem pielęgnowania,
- istota dokumentowania (czym jest),
- cel prowadzenia dokumentacji i dokumentowania [komu i(lub) czemu służy],

Stąd różne podejście do dokumentacji i dokumentowania i konsekwentnie — różne wyniki dotyczące oceny stanu.

Dodatkowe wyjaśnienia. Udokumentowane wyniki oceniania i konsekwentnie — ocen stanu podmiotu opieki, prowadzone dla potrzeb świadczenia zindywidualizowanego pielęgnowania, to nie wszystko, z czym w swojej pracy ma do czynienia pielęgniarka.

Pielęgnowanie, szczególnie osób chorych, jest realizowane równolegle, a niekiedy niemal jednocześnie z leczeniem. Stąd działania:

- opiekuńcze „przeplatają” się z leczniczymi (podawanie leków), przy czym należy pamiętać, że w zdecydowanej większości wykonywane są one przez pielęgniarkę — jej zawodowy współdział w leczeniu.

Działania lecznicze mają bezpośredni związek z rozpoznaniem lekarskim, w którym wyrażona jest ocena dotycząca stanu zdrowia, dokonana przez lekarza, głównie na użytek leczenia.

Dane dotyczące oceny stanu zdrowia pacjenta są udokumentowane w „historii choroby” prowadzonej przez lekarza. Udokumentowane dane nie tylko są dostępne dla pielęgniarki, ale muszą być jej znane, bowiem bierze ona współdział w procesie leczenia.

Uwaga. Przedmiot zawodowego zainteresowania pielęgniarki stanowią:

- udokumentowane wyniki pielęgniarstwa i oceny stanu podmiotu: rozpoznanego, założonego i uzyskanego, ale także
- udokumentowane wyniki oceniania stanu zdrowia dokonane przez lekarza dla potrzeb leczenia, w którym pielęgniarka bierze czynny, zawodowy współdział.

2.8.3

Zasady oceniania i oceny

Każde ocenianie, w tym podejmowane na rzecz podmiotu opieki, wymaga prawidłowego podejścia (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej) do tego zagadnienia. Oznacza to, że wszystkie osoby, które będą powołane do tego, aby:

- prowadzić samodzielnie ocenianie stanu podmiotu,
- współuczestniczyć w tych działaniach lub

- nadzorować ich przebieg (prawidłowość) i uzyskane wyniki
- muszą być świadome konieczności przestrzegania pewnych zasad postępowania.

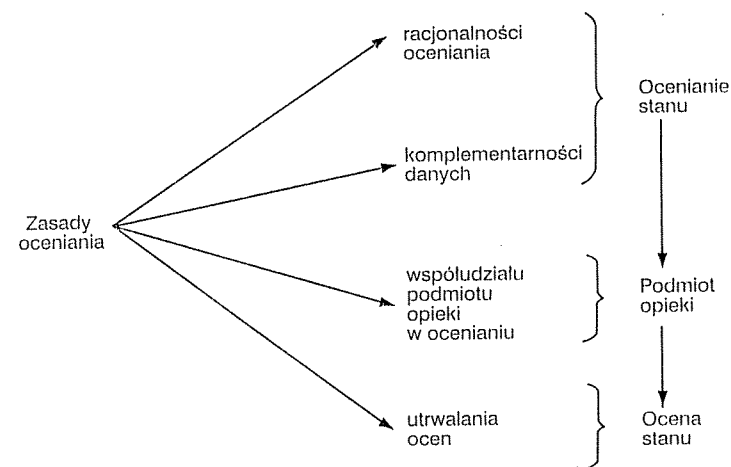
Mówiąc bardzo ogólnie:

- zasady stanowią o istocie zawodu pielęgniarstwa,
- są podstawowym warunkiem (fundamentem) jego funkcjonowania.

Natomiast w odniesieniu do omawianego zagadnienia zapewniają (gwarantują):

- prawidłowy (zgodny z założeniami) przebieg działań związanych z ocenianiem (oparty na sprawdzonych regulacjach postępowania),
- uzyskanie wiarygodnego wyniku.

Oznacza to, że gdyby powtórzyć działanie związane z ocenianiem (ten sam podmiot opieki, a inna osoba lub zespół oceniający), to wynik uzyskany powinien być porównywalny (taki sam lub bardzo zbliżony).



Ryc. 2.34. Zasady, które należy respektować przy ocenianiu stanu podmiotu opieki.

Do celów tego opracowania proponuje się przyjęcie czterech zasad, które powinny być przestrzegane (respektowane) przy ocenianiu stanu podmiotu opieki. Stanowią one pewną całość i tak też powinny być postrzegane i interpretowane. Są to:

1. Zasada racjonalności oceniania.
2. Zasada komplementarności danych.
3. Zasada współdziałania podmiotu opieki w ocenianiu.
4. Zasada utrwalania ocen („zapisywania”).

Zasady oceniania stanu

Zasada racjonalności oceniania

Oznacza konieczność oparcia wszystkich zadań i działań związanych z ocenianiem na rozumowym podejściu do tego zagadnienia (a nie wyłącznie na wcześniejszym doświadczeniu i intuicji zawodowej). Wymaga kierowania się rozumem, stawia na prawidłowe (w znaczeniu: logiczne) myślenie i wnioskowanie. Zasada racjonalności oceniania odwołuje się do teoretycznych założeń procesu pielęgnowania, a w szczególności tego, co niosą ze sobą etap I i IV (istota rozpoznawania I etap i oceniania IV).

Zasada komplementarności danych

Wcześniej omówione zagadnienia dotyczące charakteru danych gromadzonych na potrzeby oceny stanu podmiotu opieki wprowadziły już nas w zagadnienie danych obiektywnych (ilościowych) i subiektywnych (jakościowych) oraz ich znaczenia dla pielęgnowania.

Komplementarność w odniesieniu do danych o podmiocie opieki oznacza ich uzupełnianie się. Zbiór danych obejmujących podmiot opieki jako integralna całość pozwala wnioskować o jego stanie.

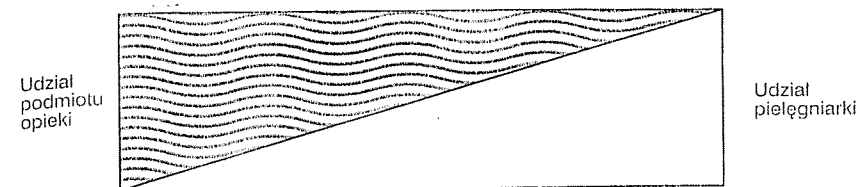
Współbrzmienie tego, co obiektywne i subiektywne, zakodowane jest w rozumieniu, kim jest człowiek, a tym samym podmiot opieki (pojedynczy, rodzina, grupa społeczna). Zawarte jest także w definicjach zdrowia przyjętych przez pielęgniarstwo.

Już w najstarszej definicji zdrowia (Światowa Organizacja Zdrowia) wyraźnie eksponowana jest konieczność uwzględniania w ocenie stanu subiektywnych odczuć człowieka. „Zdrowie to dobrostan biopsychospołeczny, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”.

Zasada współudziału podmiotu opieki w ocenianiu

Współudział najczęściej rozumiany jest jako wspólne uczestniczenie w czymś (np. w jakiejś pracy, zadaniu). Z teoretycznego punktu widzenia nie ma takiej sytuacji, aby podmiot oceny nie mógł uczestniczyć w ocenianiu własnego stanu. Udział ten może być różnie wyrażony. Oznacza to, że różny może być jego zakres i różny charakter. Samo to, że dotyczy danego człowieka (rodziny), świadczy o jego „obecności” w tym procesie.

To, co zostało zobrazowane na ryc. 2.35, jest klasycznym zapisem relacji pomiędzy udziałem podmiotu opieki i pielęgniarki w ocenianiu.



Ryc. 2.35. Zakres współudziału podmiotu opieki w ocenianiu (w zależności od jego stanu).

Jeśli w praktyce relacja ta jest zaburzona, to najczęściej z przyczyn leżących po stronie pielęgniarki. Współudział z założenia wymaga:

- traktowania podmiotu opieki jako partnera (ocenianie dotyczy jego stanu i dla niego, a nie dla pielęgniarki ma największe znaczenie i najwyższą wartość; dla pielęgniarki jest celem zawodowym);
- celowego i planowego aktywizowania (wówczas gdy jego udział nie jest wystarczający), przy wykorzystaniu dostępnych sił i środków.

Uwaga. Niekiedy za satysfakcjonujące przyjmuje się samo zaakceptowanie przez podmiot opieki i(lub) jego rodzinę, osoby bliskie:

- działań podejmowanych przez pielęgniarkę na rzecz oceny jego stanu oraz
- końcowego wyniku tych działań w postaci oceny.

Zasada utrwalania ocen („zapisywania”)

Zasada ta wskazuje na konieczność zapisywania (w różnej formie, w tym coraz częściej i w elektronicznej) i przechowywania ocen dotyczących podmiotu opieki (pojedynczy człowiek — pacjent, rodzina, społeczność lokalna), a sformułowanych na potrzeby zindywidualizowanego pielęgnowania.

To, o czym mowa w tej zasadzie, nie jest specyficzne wyłącznie dla zawodu pielęgniarki, ale dla każdego zawodu, którego przedstawiciele formułują oceny dotyczące stanu i zapisują je (np. lekarz, psycholog, pedagog). Czynią tak, aby na podstawie wpisów (zapisów) zawartych w odpowiednich dokumentach (np. historia choroby pacjenta, karta informacyjna) można było:

- potwierdzić (lub wykluczyć) istnienie określonego stanu (np. wczoraj, tydzień temu),
- uzasadnić, dlaczego takie właśnie działania (a nie inne) były realizowane na rzecz danego podmiotu,
- wyciągać uzasadnione wnioski, czyli takie, które oparte są na faktach (te zaś w postaci konkretnej oceny lub ocen odnotowane są we właściwych dokumentach pojedynczego pacjenta lub grupy osób).

Znaczenie utrwalonych (zapisanych) ocen dla praktyki:

- ogólnie:
 - ograniczone możliwości człowieka co do zapamiętywania, czyli zachowywania we własnej pamięci,
- szczególnie (szczególnie):
 - duża liczba pacjentów, rodzin itd. objętych opieką przez jedną pielęgniarkę (ogromna liczba informacji, faktów towarzyszących każdemu z nich),
 - dynamika zmian w stanie podmiotu opieki (tym samym w ocenie),
 - przenoszenie pacjenta z oddziału na oddział,
 - przechodzenie pacjenta z jednego systemu opieki do drugiego.

Pielęgnowanie wymaga wielokrotnego odwoływania się do ocen stanu, jak również porównywania ich (np. oceny stanu sformułowanej w momencie wejścia w system opieki zdrowotnej z założoną i uzyskaną w wyniku podjęcia określonych działań).

Poza tym racjonalne wykorzystywanie ocen leży u podstaw:

- zindywidualizowanego pielęgnowania oraz
- ciągłości opieki pielęgniarskiej.

Znaczenie utrwalonych (zapisanych) ocen:

- stanowią dowód,
- uzasadnienie,
- potwierdzenie tego, co miało miejsce.

Bowiem zapisany (w dokumentacji pacjenta) stan (lub stany) podmiotu opieki został „zmaterializowany” w postaci konkretnego zapisu i od tego momentu jest tym, na co można powołać się w praktyce i rozważaniach teoretycznych.

Oceny stanów (w zależności od ustalonego celu) mogą być poddawane badaniom ilościowym i (lub) jakościowym.

Wyniki tych badań mogą przyczyniać się do rozwoju praktyki i nauki o pielęgniarstwie.

2.8.4

Konsekwencje oceniania i kategoryzowania w pielęgnowaniu

Ocenianie to planowe i systematyczne szacowanie stanu pacjenta. Może dotyczyć stanu:

- rozpoznanego (I etap procesu pielęgnowania); tzw. stan wyjściowy,
- założonego (w celach procesu pielęgnowania; II etap),
- uzyskanego (IV etap).

Kategoryzowanie to dzielenie i przyporządkowywanie do określonych kategorii z jednoczesnym osądzaniem, czyli wydawaniem sądu o jednostkach kategoryzowanych (np. bogaci, biedni), rzeczach (trwale, nietrwale), roślinach (np. jednoroczne, wieloletnie) itp. Nietrudno zorientować się, że tym, co poprzedza każde kategoryzowanie, jest procedura oceniania i konsekwentnie — formułowania ocen.

Zapamiętaj:

Należy zgodzić się, że pierwszą kategoryzację istotną dla pielęgniarstwa, w tym pielęgnowania, wprowadziła D. Orem, mówiąc o niej bezpośrednio w wypracowanej przez siebie teorii samoopieki i deficytu samoopieki. Nie oznacza to jednak, że nikt przed nią tego nie czynił. I tak np. możemy domyślać się, że:

- F. Nightingale założyła istnienie dwóch kategorii pacjentów:
 - tych, co radzą sobie ze środowiskiem otaczającym, w którym żyją, pracują i odpoczywają oraz
 - tych, którzy nie osiągają tego stanu i dlatego, według oceny pielęgniarskiej, są chorzy.

Podobnie zakodowane prawdy znajdujemy w teorii:

- V. Henderson, przy której tworzeniu, na pewno myślała o:
 - pacjentach, którzy z powodzeniem zaspokajają swoje potrzeby biopsychospołeczne oraz
 - pacjentach, którzy nie radzą sobie z tym i dlatego z pozycji pielęgniarki uznawani są za ludzi chorych.

Przykłady można mnożyć, powołując się na prace kolejnych teoretyków, takich jak np. C. Roy i B. Neuman. Pierwsza mówiła o dwóch kategoriach pacjentów:

- tych, którzy radzą sobie z adaptacją do warunków zmienionych przez chorobę i
- tych znajdujących się po przeciwległej stronie.

B. Neuman mówiła o pacjentach:

- radzących sobie ze stresem (pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego) i
- nieradzących sobie z nim (patrz podrozdz. 1.6).

D. Orem wszystkich pacjentów, z jakimi pielęgniarka może mieć do czynienia, podzieliła na trzy grupy, inaczej — kategorie, przy czym za kryterium podziału przyjęła możliwości samoopiekuńcze prezentowane przez podmiot opieki. W ten sposób wyróżniła pacjentów, którzy:

- mają spory zakres własnych możliwości, a pielęgniarka potrzebna jest im do pokierowania, wyjaśnienia, zaproponowania, ukierunkowania itp.,
- mogą tylko po części podjąć działania na rzecz własnego zdrowia, co oznacza, że wymagają pomocy, którą Orem określiła jako częściowo kompensacyjną, czyli wyrównującą to, z czym podmiot opieki sobie nie radzi,
- nie mogą podjąć żadnych działań na rzecz własnego zdrowia, dlatego wymagają opieki, która w pełni zrekompensuje ich własne braki i niedomagania — opieka kompensacyjna, określana także jako pełna przyłózkowa (patrz podrozdz. 1.6).

Dodatkowe wyjaśnienia. Ten prosty podział bez problemów przekłada się na praktykę, przy czym nie zawsze pamięta się o tym, że jest to kategoryzacja, której autorką była D. Orem.

Uwaga. W rodzimym pielęgniarstwie/pielęgnowaniu stosunkowo często sięga się do kategoryzacji, które ułatwiają dość precyzyjne określenie (ocenę):

- zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarską (przy uwzględnieniu kilku lub kilkunastu wyznaczników opieki, których wartościowanie pozwala wyodrębnić i nazwać kategorie: np. minimalna opieka pielęgniarska — kategoria I, umiarkowana — II, wzmożona — III, intensywna — IV),

- możliwość wystąpienia odleżyny (czynniki ryzyka i ocena stanu — stopnia nasilenia; cztery kategorie; np. skala Nortona, Douglasa itp.); (Górajek-Jóźwik, Ciechaniewicz, 1999).

Ocenianie w pielęgnowaniu to inaczej szacowanie stanu (stanów), z jakim pielęgniarzka ma do czynienia u pielęgowanego pacjenta. Nagromadzenie takich informacji pozwala dzielić je, systematyzować. Dlatego można powiedzieć, że kategoryzowanie ma wartość porządkującą. Oceny o podobnym znaczeniu mogą utworzyć określoną, odrębną kategorię.

Dodatkowe wyjaśnienia. Pielęgniarki, głównie w USA, a później w Europie (Anglia, kraje skandynawskie itd.) przez lata prowadziły proces pielęgnowania, uzyskując w ten sposób dużą liczbę danych obrazujących stany rozpoznawane, wyrażane w postaci diagnoz pielęgniarzkich. Poddane procedurze oceniania i porządkowania według przyjętych kryteriów dały najpierw podwaliny do opracowania Taksonomii Diagnoz Pielęgniarskich Północnoamerykańskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, a następnie Międzynarodowej Klasyfikacji Diagnoz Pielęgniarskich (Górajek-Jóźwik, 2004).

Zadania sprawdzające

1. Scharakteryzuj, co różni wstępne ocenianie stanu podmiotu opieki od końcowego.
2. Omów zasadę współdziałania podmiotu opieki w ocenianiu jego własnego stanu.
3. Dlaczego w pielęgnowaniu przywiązuje się tak dużą wagę do „zapisywania” ocen stanu podmiotu opieki?
4. Wyjaśnij, jak rozumiesz takie pojęcia: „rzetelność”, „jednoznaczność” i „czytelność” w połączeniu z pojęciem „ocena”.
5. Co się stanie, jeśli pielęgniarka biorąca bezpośredni udział w ocenianiu stanu podmiotu opieki nie będzie przestrzegała przyjętych zasad?
6. Jakie warunki muszą być spełnione, aby można było powiedzieć, że ocena stanu podmiotu opieki ma wartość praktyczną?
7. Wymień tych pracowników ochrony zdrowia, którzy do celów zawodowych dokonują rozpoznania (oceny) stanu podmiotu opieki. Wytlumacz, jaki jest cel ich działań.
8. Określ relacje zachodzące pomiędzy ocenianiem a oceną.
9. Jaką wiedzę powinna dysponować pielęgniarka, aby mogła dokonać oceny stanu podmiotu opieki?
10. Scharakteryzuj, czym różnią się oceny stanu pacjenta dokonywane przez pielęgniarkę i lekarza.

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Rozpoznaj na oddziale, na którym odbywasz praktykę (lub odbywałaś ostatnio), co jest przedmiotem oceny stanu pacjenta. Omów uzyskane wyniki w grupie koleżanek (kolegów).
2. Przeanalizuj:
 - podobieństwa i różnice w ocenach formułowanych przez dwóch różnych pracowników ochrony zdrowia, a dotyczących tego samego podmiotu opieki.
3. Przeprowadź rozmowę ukierunkowaną z 3 pielęgniarkami (np. z dowolnie wybranego oddziału szpitalnego) w celu zebrania informacji na temat czynników, które wg nich ułatwiają i utrudniają ocenianie stanu podmiotu opieki. Do udokumentowania wykorzystaj schemat.

	1 pielęgniarka	2 pielęgniarka	3 pielęgniarka
czynniki ułatwiające			
czynniki utrudniające			

4. Postaraj się określić, jakimi zasadami kierują się następujące osoby (w sposób bardziej lub mniej jawny) formułujące oceny dotyczące Twojej osoby.

Osoby	Zasady	Ewentualne uwagi
koleżanki, koledzy		
nauczyciele		
rodzice i(lub) osoby bliskie		
rodzeństwo (jeśli masz)		

5. Wykorzystując sporządzoną przez Ciebie listę zasad (p. rozwiązanie zadania nr 4) postaraj się podzielić te zasady na trzy grupy: 1) oparte na danych obiektywnych, 2) oparte na danych subiektywnych, 3) oparte na innych, bliżej nieokreślonych przesłankach. Przeanalizuj uzyskany wynik i omów go z osobą, którą lubisz (bliska Ci).
6. Zainteresuj się i opisz, jaki jest los dowolnie wybranej (np. losowo) oceny stanu podmiotu opieki (rozpoznania) sformułowanej przez uczennicę (uczni) pielęgniarstwa. Czy ocena ta jest wykorzystywana do celów praktycznych (przez pielęgniarki pracujące na danym oddziale, w środowisku życia pacjenta)?
7. Jeśli odpowiedź jest NIE (p. rozwiązanie zadania nr 6), to postaraj się wyrazić stan, jaki towarzyszył twojemu „odkryciu”. Jeśli odpowiedź jest TAK, podziel się stwierdzonym przez Ciebie faktem (i wynikającymi stąd korzyściami dla podmiotu opieki).

Literatura

- Ciechaniewicz W.*: Miejsce procesu pielęgnowania w systemie kształcenia i doskonalenia pielęgniarek. W: Jakość w opiece pielęgniarskiej. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn 27–28 IX 1996.
- Ciechaniewicz W., Górąjek-Jóźwik J.*: Kryteria oceny jakości pielęgnowania na tle oceny jakości opieki. W: Jakość w opiece pielęgniarskiej. Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn, 27–28 IX 1996.
- Ciechaniewicz W., Górąjek-Jóźwik J.*: Kryteria oceny jakości pielęgnowania na tle jakości opieki. W: Jakość w opiece pielęgniarskiej. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn, 27–28 IX 1996.
- Delmotte N.*: Dokumentowanie procesu pielęgnowania. Pielęgniarka i Położna, 1986, 7–8, 12–14.
- Diagnoza pielęgniarska. Materiały z konferencji z dnia 11 VI 1984. Wydział Pielęgniarski AM w Lublinie, Lublin 1984.
- Górąjek-Jóźwik J.*: Proces pielęgnowania. CMDNŚSzM, Warszawa 1993.
- Górąjek-Jóźwik J.*: Metody i kryteria oceny indywidualnego pielęgnowania. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1999, s. 142.
- Górąjek-Jóźwik J., Zarzycka D.*: Z badań nad ocenianiem nauczycieli i studentów. W: Ocena oraz ocenianie ucznia i nauczyciela. CMDNŚSzM, Warszawa 1992, s. 140.
- Górąjek-Jóźwik J.*: Proces pielęgnowania. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1999, s. 120–153.
- Górąjek-Jóźwik J.*: Zakres i charakter dokumentacji pielęgniarskiej a jakość w opiece. W: Postępy Pielęgniarstwa i Promocja Zdrowia. Cz. XII (red. L. Wołowicka). Akademia Medyczna, Poznań 1997, s. 164–166.
- Górąjek-Jóźwik J.*: Proces pielęgnowania. W: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka (red. Z. Kawczyńska-Butrym). CEM, Warszawa 1997, s. 57–80.
- Górąjek-Jóźwik J.*: Proces pielęgnowania. Materiały dla nauczycieli. CMDNŚSzM, Warszawa 1993.
- Górąjek-Jóźwik J.*: Dokumentacja pacjenta neurochirurgicznego. W: Proces pielęgnowania. Materiały pokonferencyjne, 28–29.10.1991. CMDNŚSzM, Warszawa 1992, s. 207–217.
- Górąjek-Jóźwik J., Ciechaniewicz W.* (red.): Zasady postępowania w wybranych stanach klinicznych. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa 1999.
- Górąjek-Jóźwik J., Zarzycka D.*: Dokumentacja pielęgniarska jako odzwierciedlenie przyjętej filozofii pielęgniarstwa. W: Jakość w opiece pielęgniarskiej. Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn, 27–28 IX 1996, s. 100–103.
- Kawczyńska-Butrym Z., Górąjek-Jóźwik J., Kahlan J.*: Diagnoza pielęgniarska. CMDNŚSzM, Warszawa 1991.
- Kopczyńska-Sikorska J.*: Nowa forma — nowa jakość. Pielęgniarka i Położna, 1993, 9.
- Poznańska S.*: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1989.
- Prażmowska B., Kubaty T.*: Projekt dokumentacji pielęgniarskiej w oddziale położniczym. W: Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa (red. L. Wołowicka). Akademia Medyczna, Poznań 1996.
- Program Akredytacji Szpitali. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1997.
- Ramowy Program 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1996.
- The nursing process — teaching manual (draft), WHO, Kopenhaga 1981, s. 11
- Widomska-Czekajska T., Górąjek-Jóźwik J.* (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.

Zadania problemowe do rozdziału 2

1. Czy zgadzasz się z następującym stwierdzeniem: rutyna to praktyka bez teorii. Jeśli TAK, to dlaczego? Rozwiń i udokumentuj swoją odpowiedź. Zachowaj ją, tak abyś mogła wrócić do niej po roku pracy zawodowej. Wtedy ponownie wykonaj to samo zadanie (zapisz i to rozwiązanie). Wracaj do tego zadania zawsze wtedy, kiedy realizując zadania zawodowe będziesz zastanawiać się nad istotą pielęgniarstwa (w tym pielęgnowania).

2. Masz podane po dwie pary zdań:

- Chcę porozmawiać z tobą.
- Chcę porozmawiać z tobą o książce, którą pożyczyłam ci w ubiegłym tygodniu.
- ✕ Proszę iść na salę (określoną np. nr 2) i porozmawiać z pacjentami leżącymi tam.
- ✕ Proszę iść na salę (określoną np. nr 2) i porozmawiać z pacjentami na temat zaleceń dotyczących dalszej samoopieki (jej zakresu).

Wykorzystując dotychczasową wiedzę na temat komunikacji interpersonalnej (komunikowania się ludzi) ustosunkuj się do każdego z nich i sporządź notatkę na ten temat (tak, abyś mogła powrócić do niej zawsze, kiedy będziesz miała jakieś trudności w komunikowaniu się z innymi ludźmi).

3. Zastanów się, co stałoby się na oddziale szpitalnym, gdyby w pewnym momencie (np. na dyżurze rannym) okazało się, że nie ma zleceń lekarskich. Zapytaj o to samo kilka pielęgniarek (4–5) z dowolnie wybranego oddziału szpitalnego. Zanotuj dokładnie ich odpowiedzi, porównaj z własnymi i wyciągnij wnioski.
4. Zastanów się dobrze nad tym, co jest Ci bliższe (co w pielęgnowaniu pociąga Cię bardziej?) — wykonywanie zleceń lekarskich czy samo pielęgnowanie? Zanotuj odpowiedź i wróć do niej po kilku tygodniach po to, aby sprawdzić, czy Twoja zawodowa orientacja nie uległa zmianie. I tym razem zanotuj odpowiedź. Wróć ponownie do tego zadania po kilku lub kilkunastu miesiącach nauki (może to być nawet tuż przed ukończeniem szkoły). Sprawdź swoją orientację zawodową po raz trzeci. Dla ułatwienia dokonywania wpisów możesz wykorzystać taki oto schemat:

Przedmiot oceny	Oceny			Terminy ocen		
	I	II	III	I	II	III
Co w pielęgnowaniu pociąga mnie przede wszystkim?						
Wykonywanie zleceń lekarskich						
Pielęgnowanie (samo w sobie)						

Podziel się uzyskanymi wynikami (i refleksjami, jakie towarzyszyły im) z rodzicami, dziadkami i (lub) innymi osobami dorosłymi, ale bliskimi Ci i życzliwymi.

5. Zaobserwuj na dowolnie wybranym oddziale szpitalnym, jak wygląda pielęgnowanie. Czy ma charakter zindywidualizowany? Jeśli nie, to jakie zmiany proponujesz wprowadzić?

Rozdział 3

PIELĘGNIARKA

Wiesława Ciechaniewicz

- 3.1. Cele rozdziału
 - 3.2. Kluczowe słowa, pojęcia
 - 3.3. Pielęgniarka — profesjonalista w pielęgnowaniu
 - 3.4. Pielęgniarka w systemie opieki
 - 3.4.1. Opieka zdrowotna, opieka profesjonalna i nieprofesjonalna
 - 3.4.2. Zadania pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej i miejsca świadczenia opieki
 - 3.5. Pielęgniarka a podmiot opieki
 - 3.6. Pielęgniarka w zespole opiekuńczym
 - 3.6.1. Zespołowe świadczenia opiekuńcze
 - 3.6.2. Istota opieki holistycznej
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
 - 3.7. Zadania zawodowe pielęgniarki
 - 3.7.1. Funkcje zawodowe pielęgniarki
 - 3.7.2. Zadania zawodowe pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki
 - 3.7.3. Zadania zawodowe pielęgniarki na rzecz zawodu i własnego rozwoju
 - 3.8. Przygotowanie pielęgniarki do zadań zawodowych
 - 3.8.1. Kwalifikacje i kompetencje pielęgniarki
 - 3.8.2. Autonomia pielęgniarki
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
 - 3.9. Podstawa działalności zawodowej pielęgniarki
 - 3.9.1. Ogólne zasady postępowania
 - 3.9.2. Procedury i algorytmy postępowania
 - 3.9.3. Normy praktyki zawodowej
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
- Zadania problemowe do rozdziału 3

3.1

Cele rozdziału

Po zapoznaniu się z treścią rozdziału uczący się:

- Wyjaśni relacje między opieką profesjonalną i nieprofesjonalną a zawodowym pielęgnowaniem.
- Wymieni i omówi zadania zawodowe pielęgniarki realizowane na rzecz podmiotu opieki.
- Określi znaczenie wiedzy (teorii, zasad postępowania) w działalności praktycznej pielęgniarki.
- Wymieni i omówi zadania pielęgniarki podejmowane na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i inwestowania we własny rozwój zawodowy.
- Scharakteryzuje istotę samodzielności zawodowej pielęgniarki.
- Określi zakres pożądanego przygotowania pielęgniarki do podejmowania zadań w zespole opiekuńczym.

3.2

Kluczowe słowa, pojęcia

Algorytm
Funkcje zawodowe pielęgniarki
Norma jakości opieki
Opieka
Opieka holistyczna
Opieka nieprofesjonalna
Opieka profesjonalna
Opieka społeczna
Opieka zdrowotna
Pielęgniarka
Procedura postępowania
Samodzielność zawodowa pielęgniarki
Standard opieki
Wielozawodowy zespół opiekuńczy
Zasady postępowania
Zespół opiekuńczy
Zespół terapeutyczny

3.3

Pielęgniarka — profesjonalista w pielęgnowaniu

Pielęgniarka — tytuł zawodowy osoby, która ukończyła obowiązujący program kształcenia na poziomie podstawowym i uzyskała prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie kraju, w którym chce praktykować.

W Polsce wykonywanie zawodu pielęgniarki regulowane jest Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej, uchwaloną przez Sejm RP 5 lipca 1996 r. (DzURP 1996 Nr 91).

Zapoznaj się z artykułami Ustawy w części określającej możliwości uzyskania wykształcenia pielęgniarki w Polsce.

Zawód pielęgniarki może wykonywać osoba, która ma wykształcenie określone powyższą ustawą i uzyska prawo wykonywania zawodu wydane przez samorząd pielęgniarek i położnych.

Samorząd pielęgniarek i położnych utworzony został na mocy Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, uchwalonej przez Sejm RP w dniu 19 kwietnia 1991 r. (DzURP 1991 Nr 41).

Zapoznaj się z artykułami Ustawy w części określającej zadania samorządu w zakresie ustalania kierunku kształcenia pielęgniarek w Polsce.

Do zadań samorządu należy m.in.:

- wydawanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki na obszarze kraju,
- ustalanie kierunku rozwoju pielęgniarstwa oraz kształcenia pielęgniarek i położnych,
- reprezentowanie i ochrona zawodu,
- ustalanie kierunku i zakresu współpracy z innymi samorządami zawodowymi,
- sprawowanie wśród członków samorządu sądownictwa dyscyplinarnego i polubownego.

Zapamiętaj:

Każda pielęgniarka czynnie uprawiająca zawód z mocy ustawy staje się członkiem samorządu zawodowego.

Pielęgniarka to osoba przygotowana do wykonywania działań wynikających z jej roli zawodowej. Treścią roli zawodowej jest zbiór wykonywanych funkcji zawodowych oraz oczekiwane zachowania i postawy, zgodne z określonymi normami i wzorami zachowań. W opisie roli zawodowej najczęściej zawarty jest zestaw uprawnień i obowiązków grupy zawodowej.

Zapamiętaj:

Rolą zawodową pielęgniarki jest pielęgnowanie, ponieważ jest zasadniczą treścią zawodu. Ze wszystkich grup zawodowych przygotowywanych do zawodów opiekuńczych tylko pielęgniarki w procesie kształcenia nabywają wiedzę i umiejętności niezbędne do świadczenia tego zakresu usług. Określając zakres roli, należy odwołać się do definicji profesjonalnego pielęgnowania (patrz podrozdz. 2.3).

Normy zachowania zawodowego formułuje Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP, zatwierdzony przez IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w dniach 8–11 grudnia 2003 r. w Warszawie.

Zgodnie z zapisami ustawy o zawodzie, wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce polega na udzielaniu, przez osobę mającą wymagane kwalifikacje, świadczeń:

- pielęgnacyjnych,
- zapobiegawczych,
- diagnostycznych,
- leczniczych,
- rehabilitacyjnych,
- z zakresu promocji zdrowia.

Wymienione świadczenia pielęgniarka wykonuje przede wszystkim przez:

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych podopiecznych,
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- edukację zdrowotną,
- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- samodzielne udzielanie świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych (zakres tych świadczeń określono rozporządzeniami MZiOS).

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również:

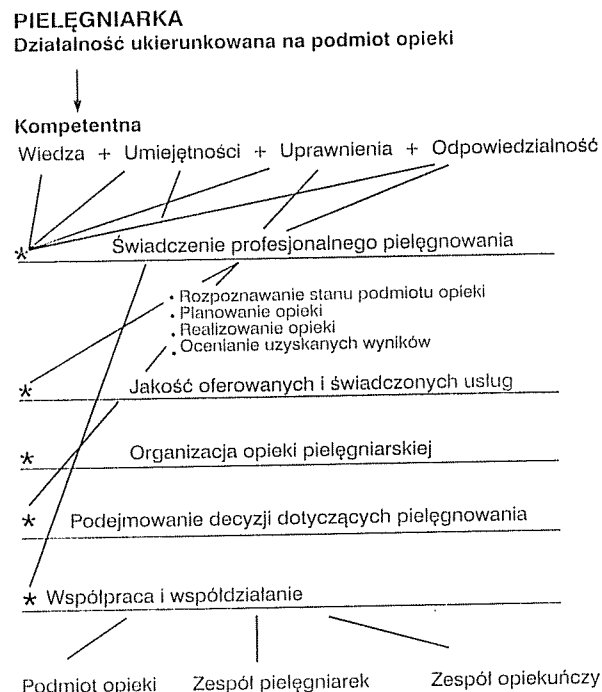
- nauczanie zawodu,
- kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych,
- prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa.

Każda pielęgniarka, która ma prawo wykonywania zawodu, powinna być profesjonalistą kompetentnym w zakresie pielęgnowania, tzn.:

- w podejmowaniu niezależnych decyzji dotyczących pielęgnowania i organizowania opieki pielęgniarskiej na wszystkich szczeblach systemu ochrony zdrowia,
- do kierowania pielęgnowaniem.

Powinna być przygotowana do:

- współpracy z podmiotem opieki i jego rodziną,
- współpracy w zespole pielęgniarek,
- współdziałania w zespole opiekuńczym z profesjonalistami pracującymi na rzecz zdrowia (osoby, rodziny, społeczności, społeczeństwa) (ryc. 3.1).



Ryc. 3.1. Zakres kompetencji pielęgniarki w działaniach na rzecz podmiotu opieki.

3.4 Pielęgniarka w systemie opieki

3.4.1 Opieka zdrowotna, opieka profesjonalna i nieprofesjonalna

Opieka

Pojęcie opieka charakteryzowane jest jako: troszczenie się, dbanie o kogoś, doглядanie, uczuciowe zainteresowanie, udzielanie pomocy, zabezpieczanie potrzeb fizycznych, pocieszanie, ochrona, kontrola, nadzór.

Pielęgniarstwo jest zawodem opiekuńczym (patrz podrozdz. 1.3), pielęgniarka realizuje swoją działalność zawodową w systemie opieki zdrowotnej albo opieki społecznej.

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.7.1. Dokonaj analizy pojęć: opieka, troska.

Opieka społeczna

Opieka społeczna to jedna z najstarszych form udzielania przez społeczność świadczeń na rzecz osób potrzebujących wsparcia. W Polsce w drugiej połowie XX wieku obowiązek zapewnienia pomocy stał się normą prawną, obowiązującą w państwie w odniesieniu do samorządu terytorialnego. Wprowadzono nowe formy współpracy z podopiecznym i prowadzoną działalność określono pojęciem pomocy społecznej.

Celem tej działalności jest udzielanie pomocy w formie:

- usług (prowadzenie opieki w domu, prowadzenie domów pomocy społecznej),
- pomocy socjalnej sprzyjającej rozwiązywaniu doraźnych życiowych problemów podopiecznych (świadczenia materialne, zakup potrzebnych sprzętów, żywności),
- pomocy służącej trwałemu uniezależnianiu się od instytucji pomocy społecznej.

Ludziom potrzebującym pomocy udzielają instytucje powołane przez samorządy terytorialne, ale również fundacje, stowarzyszenia, związki wyznaniowe i Kościoły.

Wszystkie środki podejmowane przez nieprofesjonalistów na rzecz zdrowia społeczności określane są jako **samopomoc**.

Opieka zdrowotna

Opieka zdrowotna to działalność, której celem jest utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia indywidualnych ludzi, grup społecznych i całego społeczeństwa.

Szczegółowe działania opieki zdrowotnej ukierunkowane są na:

- wzmocnianie zdrowia,
- przywracanie zdrowia w przypadku jego osłabienia,
- pomoc człowiekowi w życiu na optymalnym poziomie, jeżeli nie jest możliwy u niego całkowity powrót do zdrowia lub przywrócenie pełnej sprawności, a zakres opieki uwarunkowany jest stanem zdrowia i wiekiem podopiecznych (ryc. 3.2).

Za podstawową formę opieki nad zdrowiem uważa się samoopiekę, a jej profesjonalnym formom i innym formom opieki nieprofesjonalnej przypisuje się jedynie rolę wspierającą i uzupełniającą.

Opieka przeznaczona jest dla tych, którzy tego potrzebują, np. ze względu na:

- wiek
 - noworodek,
 - niemowlę,
 - starzec,
- stan zdrowia
 - człowiek nieprzytomny,
 - człowiek unieruchomiony w łóżku,
 - psychicznie chory,
- brak wiedzy, umiejętności, motywacji
 - w zakresie samodzielnego dbania o własne zdrowie.

Uwaga. Ważnym aspektem opieki jest ocena zapotrzebowania człowieka na jej rodzaj i zakres (zapoznaj się dokładnie z rozdz. 13.4).

Opieka jest zawsze procesem dwustronnym. Zarówno opiekun, jak i podopieczny aktywnie albo biernie biorą udział w działaniach opiekuńczych. Istotne cechy tego procesu można wypunktować wykorzystując analizę poglądów teoretyków opieki (Hall, 1992).

1. Opieka to interakcja między opiekunem i osobą wymagającą opieki; może mieć charakter werbalny, niewerbalny, bodźcowy (np. dotykowy).
2. Każda czynność opiekuńcza zakłada obecność podopiecznego; działaniem opiekuńczym jest już sama stała obecność osoby, która zna i akceptuje podopiecznego, „bycie” z podopiecznym.
3. Elementem tej obecności jest skupienie uwagi na oczekiwaniach i potrzebach podopiecznego, również aktywna czujność na wypadek, gdyby stan tej osoby wymagał szybkiej interwencji i pomocy. Dlatego opiekunowie powinni być szczególnie wyczuleni na konieczność stałej oceny stanu podopiecznego, reagowania na jego sygnały słowne i niewerbalne.
4. Charakterystycznym aspektem opieki jest pomoc i udzielanie wsparcia w codziennych czynnościach. Wymaga to nie tylko umiejętności udzielania pomocy fizycznej przy wykonywaniu działań i czynności, ale też udzielania wskazówek i motywowania do podejmowania samodzielnych działań. **Należy umożliwić podopiecznemu dokonywanie wyboru, kontrolowanie sytuacji, podejmowanie samodzielnych działań w granicach określonych jego stanem.** Podopiecznemu należy dać dostatecznie dużo czasu na zainicjowanie dozwolonego samodzielnego działania, udzielać pomocy tylko w niezbędnym zakresie podczas jego wykonywania, udzielać wsparcia po jego zakończeniu.
5. Większość z form udzielanej opieki wymaga pewnego kontaktu fizycznego z podopiecznym (obejmowania, dotykania, podnoszenia, przenoszenia, uciśnięcia). Ważna jest świadomość dopuszczalności i granic tego kontaktu. Niektóre z form mogą być (dla obu stron tego kontaktu) uciążliwe, krępujące, a także mogą być sposobem sygnalizowania obecności, poczucia komfortu, bliskości.
6. Ważnym elementem opieki jest udzielanie informacji, przekazywanie instrukcji, wskazówek służących opanowaniu wiedzy i kształtowaniu umiejętności. Istotny jest dobór takich form i metod, aby informacje były jasne i dostosowane do wymagań podopiecznego.
7. Komunikaty werbalne mogą być również wykorzystywane jako sposób podkreślania osiągnięć podopiecznego. Komunikaty niewerbalne (postawa ciała, mimika, milczenie, niepokój) są ważnym sposobem przekazywania komunikatów o wzajemnych intencjach i nastrojach (podopiecznego i opiekuna).
8. Czynności opiekuńcze rozłożone są w czasie. Ten czas jest inaczej postrzegany przez opiekuna, a inaczej przez osobę wymagającą opieki.
9. Opiekun może przeżywać różnorodne, silne, ambiwalentne uczucia (obowiązek, zniechęcenia, bezradności, lęku, frustracji, wyczerpania, winy, żalu). Wymaga to umiejętności radzenia sobie z doznawanymi odczuciami w różnych sytuacjach opiekuńczych.

Biorąc pod uwagę aspekt przygotowania opiekunów do sprawowania opieki i miejsce jej świadczenia określamy opiekę jako nieprofesjonalną i profesjonalną.

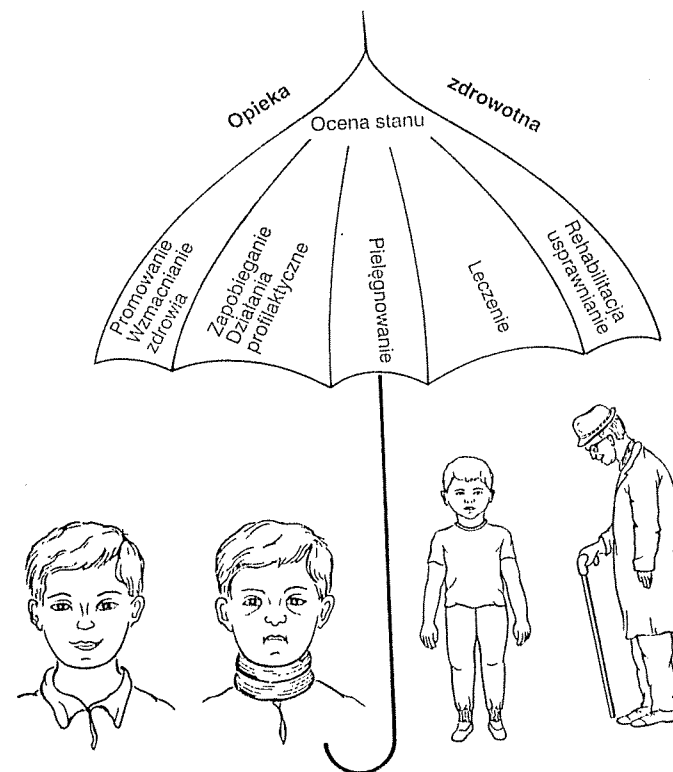
Opieka nieprofesjonalna

Opieka najczęściej sprawowana jest w domu, przez opiekunów nieformalnych i określana jest jako nieprofesjonalna. Jest to rodzaj opieki, pomocy udzielanej przez krewnych (rodziców, dzieci), przyjaciół, sąsiadów.

Opieka ze strony współmałżonka, rodziców, dzieci, sąsiadów może poprzedzać wszelkie formalne interwencje profesjonalnych opiekunów. Opieka ta może towarzyszyć leczeniu szpitalnemu lub być kontynuacją po pobycie pacjenta w szpitalu, wówczas może być świadczona również przez innych pacjentów lub byłych pacjentów.

Wszystkie środki podejmowane przez nieprofesjonalistów na rzecz społeczeństwa w celu promowania, podtrzymywania i przywracania zdrowia określa się jako samopomoc.

Osoby świadczące opiekę nieprofesjonalną z założenia nie posiadają wiedzy i umiejętności zawodowego opiekuna, opiekując się najczęściej postępują intuicyjnie, wykorzystując wzory czerpane z najbliższego środowiska, przekazów zwyczajowych i dlatego wymagają pomocy i wsparcia ze strony profesjonalistów opieki. Do opieki nieprofesjonalnej zaliczamy też samoopiekę.



Ryc. 3.2. Zakres opieki profesjonalnej.

Samoopieka

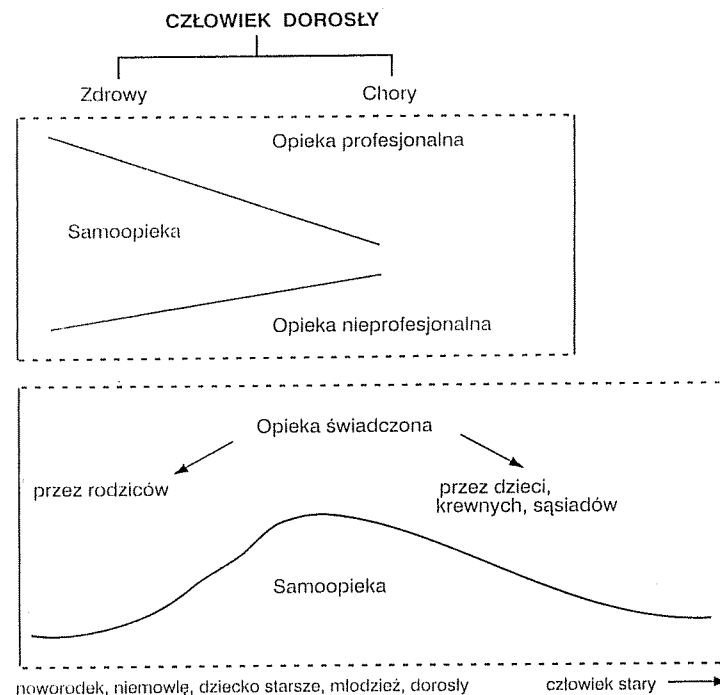
Samoopieka polega na podejmowaniu przez człowieka w codziennym życiu decyzji i działań dotyczących zdrowia i życia. Jest to wykonywanie tych wszystkich czynności życia codziennego, które przyczyniają się do utrzymania i wzmocnienia zdrowia oraz wpływają na dobre samopoczucie każdego człowieka.

Opieka profesjonalna

Opiekę określamy jako profesjonalną, jeżeli opiekun wykonuje zadania:

- w sposób rzeczowy, przestrzegając obowiązujących zasad,
- zgodnie z ustalonymi normami i procedurami,
- opierając się na wiedzy zdobytej w wyniku systematycznego kształcenia i stałego doskonalenia; ma kwalifikacje niezbędne do świadczenia określonego zakresu opieki.

Opieka profesjonalna może być świadczona w domu podopiecznego, w instytucjach ochrony zdrowia (np. w szpitalu, ambulatoryjnie) i zakładach opieki społecznej.



Ryc. 3.3. Relacje między opieką profesjonalną a samoopieką i opieką nieprofesjonalną świadczoną przez innych.

Opieka może dotyczyć:

- wzmocnienia zdrowia,
- zapobiegania chorobom i urazom,
- wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych, rehabilitacyjnych.

Relacje między zakresem opieki profesjonalnej i nieprofesjonalnej przedstawiono na ryc. 3.3. Zakres opieki profesjonalnej uwarunkowany jest przede wszystkim wiekiem i stanem zdrowia. Człowiek zdrowy dorosły z założenia powinien samodzielnie dbać o zdrowie i tylko sporadycznie korzystać z opieki innych ludzi i profesjonalistów, przede wszystkim w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Osoba chora najczęściej potrzebuje opieki profesjonalnej, ale często także nieprofesjonalnej. Dzieci i ludzie starzy niezależnie od stanu zdrowia wymagają opieki ze strony innych osób.

3.4.2

Zadania pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej i miejsca świadczenia opieki

Zadania, które realizują pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej, uwarunkowane są miejscem pielęgniarstwa w tym systemie.

Dodatkowe wyjaśnienie. Zadania pielęgniarstwa w systemie opieki zdrowotnej uregulowane są przepisami prawa (ustawami, rozporządzeniami).

Pielęgniarstwo jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Ma własną, określoną strukturę organizacyjną i kadry przygotowane do realizacji wyodrębnionych celów i zadań. Osiągnięcie tych celów przyczynia się do realizacji celów całego systemu i poprawnego jego funkcjonowania.

Misją pielęgniarstwa w społeczeństwie jest udzielanie pomocy jednostkom, rodzinom i grupom w ocenianiu i osiąganiu ich własnego fizycznego, psychicznego i społecznego potencjału, a także realizacja tego zadania w środowisku, w którym mieszkają (Salvage, 1998).

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.4.

Działalność praktyczna realizowana przez pielęgniarki jest określana zawodowym (profesjonalnym) pielęgnowaniem. Pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej odpowiedzialne są za zadania dotyczące:

1. Pielęgnowania osób zdrowych, chorych, niepełnosprawnych; ludzi w każdym wieku; przebywających w domu rodzinnym, we wszystkich instytucjach ochrony zdrowia i opieki społecznej.
2. Organizowania opieki, opiekowania się i niesienia ulgi człowiekowi w cierpieniu i umieraniu.
3. Pomagania człowiekowi z problemami zdrowotnymi i organizowania wsparcia (w wymiarze emocjonalnym, informacyjnym, usługowo-rzeczowym); dotyczy również pomagania rodzinie, grupie ludzi.

Pielęgniarstwo współuczestniczy również w realizacji zadań dotyczących:

- promowania zdrowia,
- zapobiegania wypadkom, chorobom, niepełnosprawności,

- diagnozowania stanu podopiecznych,
- leczenia pacjentów,
- rehabilitacji.

Szczegółowy zakres zadań, które pielęgniarka może realizować na rzecz podmiotu opieki w systemie opieki zdrowotnej omówiono w podrozdz. 3.7.2.

Miejsca świadczenia opieki przez pielęgniarkę

Pielęgniarka może świadczyć usługi opiekuńcze:

- w zakładach opieki zdrowotnej,
- w instytucjach pomocy społecznej
- prowadząc własną praktykę zawodową.

Zakładem opieki zdrowotnej określa się zespół wyodrębnionych środków majątkowych i ludzi, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Pojęcie świadczeń zdrowotnych jest szeroko rozumiane, ponieważ może to być działalność usługowa w zakresie świadczeń zdrowotnych, ale też prowadzenie badań naukowych, prac naukowo-rozwojowych, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych.

Do zakładów opieki zdrowotnej zaliczamy m.in.:

- szpitale,
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- zakłady opiekuńczo-lecznicze,
- przychodnie (poradnie, ośrodki zdrowia),
- pracownie diagnostyczne,
- zakłady rehabilitacji leczniczej,
- pogotowie ratunkowe,
- żłobki,
- sanatoria,
- prewentoria.

W tych wszystkich instytucjach może być zatrudniona pielęgniarka. W ramach świadczeń pomocy społecznej pielęgniarki najczęściej pracują w domach pomocy społecznej.

Uwzględniając sposób zatrudnienia pielęgniarka może wykonywać zawód:

- na podstawie umowy o pracę,
- na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- prowadząc własną praktykę w gabinecie,
- prowadząc własną praktykę bez gabinetu, świadcząc usługi najczęściej w miejscu zamieszkania podopiecznego.
- wykonując praktykę pracowniczą,
- w ramach praktyki grupowej,
- prowadząc niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.

Dodatkowe wyjaśnienie. Miejsca świadczenia opieki przez pielęgniarkę i sposób jej zatrudnienia regulowane są przepisami prawa określonymi w ustawie o zawodzie, systemie opieki zdrowotnej i społecznej oraz odpowiednich rozporządzeniach.

3.5

Pielęgniarka a podmiot opieki

Podmiotowość definiowana jest przez różne dyscypliny nauki w różnych znaczeniach. Pojęcie **podmiot opieki** wyjaśniono w podrozdz. 2.4 i 3.6.2. W tym rozdziale omówione zostanie to zagadnienie w relacji pielęgniarka–podmiot opieki. **Podmiot oznacza osobę poznającą, przeżywającą, działającą, ale też taką, która ma określony zakres praw i obowiązków.** Przez podmiotowość rozumiemy „świat wewnętrzny” człowieka, odbierany, odczuwany i wyrażany tylko przez tę osobę. **Wyrazem podmiotowości człowieka jest tkwica w nim i otaczająca rzeczywistość, ale dostrzegana subiektywnie i ujmowana od strony jego własnych przeżyć.**

Człowiek jest indywidualnością, ponieważ subiektywnie, w sposób tylko właściwy dla siebie, odczuwa każdy stan i sytuację. Niepowtarzalne i subiektywne dostrzeganie rzeczywistości wpływa na zachowanie człowieka. Człowiek tworzy i kreuje obraz samego siebie, własne miejsce w otaczającym środowisku i świecie, a to wpływa na odczuwanie komfortu i dyskomfortu, a w rezultacie na prowadzony styl życia.

Z perspektywy własnych odczuć **podmiotowość rozumiana jest przez człowieka jako możliwość kierowania swoim życiem i kontroli nad nim, przewidywania przyszłych zdarzeń i wpływania na te zdarzenia, a więc dostrzegania związku między osobistymi decyzjami a konsekwencjami odczuwanymi w codziennym życiu.**

W praktyce oznacza to, że **pielęgniarka traktuje podopiecznego/pacjenta podmiotowo, jeżeli:**

- dostrzega i akceptuje jego indywidualność i inność,
- umacnia w nim poczucie własnej wartości, dba o szanowanie jego godności,
- respektuje prawo do subiektywnego odczuwania stanu poczucia zdrowia, choroby, bólu, lęku, niepokoju, komfortu, dobrostanu,
- w formułowaniu diagnozy i planowaniu pielęgnowania uwzględnia wszystkie dane dotyczące jego subiektywnych odczuć,
- wspólnie z pacjentem określa cele pielęgnowania i ocenia wyniki,
- w planowaniu pielęgnowania uwzględnia możliwości samoopiekuńcze i preferencje pacjenta w zakresie potrzebnych świadczeń opieki nieprofesjonalnej,
- umożliwia pacjentowi dokonywanie wyboru i podejmowanie decyzji dotyczących oczekiwanej przez niego pomocy, co daje mu prawo do bycia samodzielnym w ponoszeniu odpowiedzialności za zdrowie.

W działalności opiekuńczej pielęgniarka spotyka również osoby, które nie chcą lub nie mogą przejąć w pełni odpowiedzialności za własne życie i sytuację, w jakiej się znalazły (noworodki, osoby nieprzytomne). Równie często opiekuje się takimi osobami, które odpowiedzialnością za zdrowie obarczyłyby innych, np. rodziców, współmałżonka, lekarza. Nie zmienia to faktu, że takie osoby również należy traktować podmiotowo.

W relacjach pielęgniarka–pacjent wyznaczniki podmiotowego traktowania pacjenta odnoszą się nie tylko do indywidualnej osoby, ale również do rodziny. Każda rodzina, tak jak każda społeczność i wspólnota, charakteryzuje się własną tożsamością, żyje zgodnie z określonymi wzorami, normami, wartościami i tworzy tylko właściwy dla siebie styl życia.

Pomoc indywidualnemu człowiekowi może okazać się nieskuteczna, jeżeli nie uwzględni się aspektu jego życia w rodzinie.

3.6

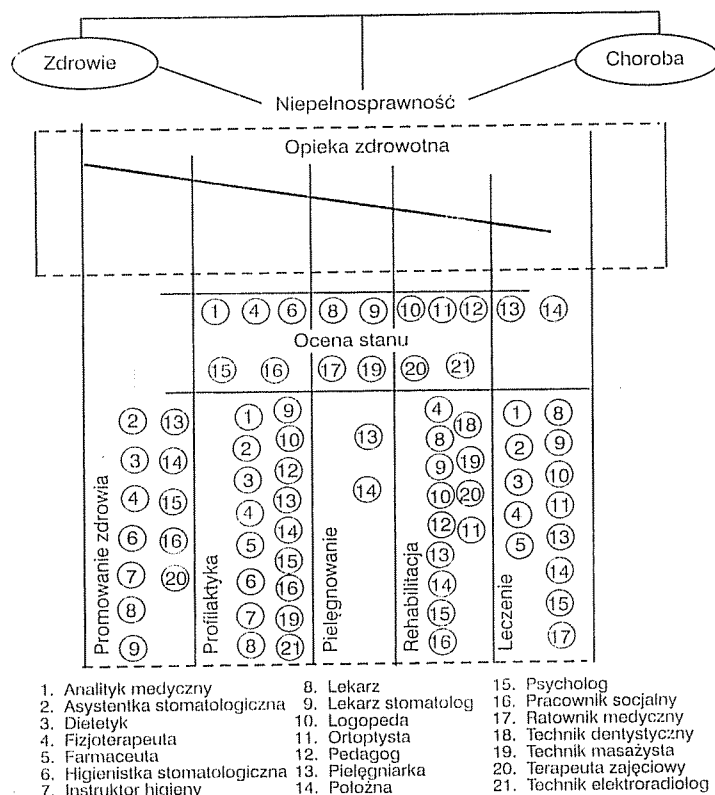
Pielęgniarka w zespole opiekuńczym

3.6.1

Zespołowe świadczenia opiekuńcze

Zespół opiekuńczy to grupa ludzi o różnym przygotowaniu zawodowym, reprezentantów różnych zawodów, świadczących usługi w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów i ich rodzin. Jeżeli celem działań tych osób jest udzielanie świadczeń diagnostyczno-leczniczo-usprawniających, to taka grupa ludzi określana jest jako zespół terapeutyczny.

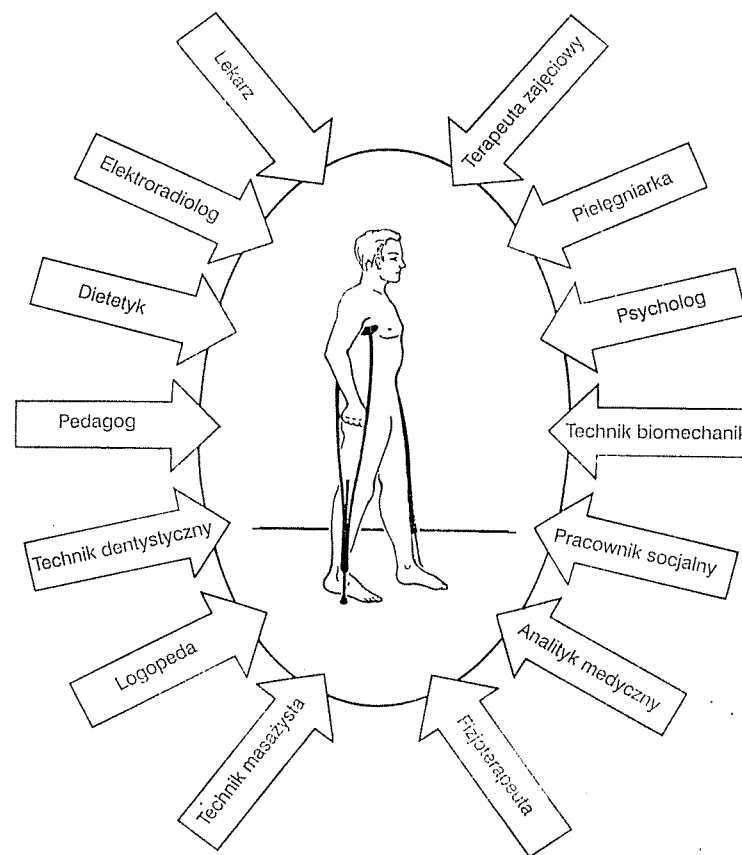
Praca zespołowa polega na tym, że grupa ludzi realizuje różne zadania, dążąc do osiągnięcia określonego i wspólnego celu. Przy tym każdy z członków grupy wykonuje szczegółowe czynności i zadania na rzecz osiągnięcia wspólnego celu, wykorzystując swoje specjalistyczne umiejętności, wiedzę i doświadczenie.



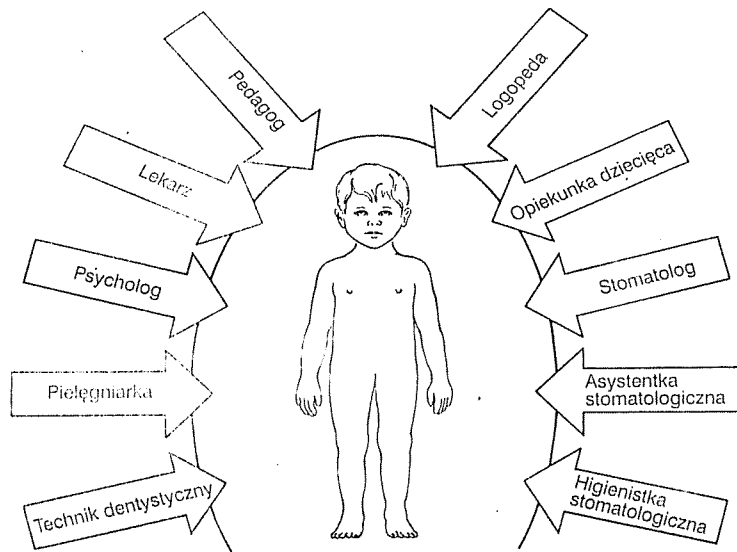
Ryc. 3.4. Wielozaawodowy zespół opiekuńczy na rzecz zdrowia podopiecznych.

W zespole opiekuńczym celem działania grupy profesjonalistów jest pomoc podopiecznemu w rozwiązaniu jego problemów zdrowotnych. Pacjenci zwykle mają wiele problemów, które są uwarunkowane stanem ich zdrowia i sytuacją społeczną. Udzielenie skutecznej pomocy w rozwiązaniu problemów wymaga najczęściej dużego doświadczenia, specjalistycznej wiedzy i umiejętności. Całościowe postrzeganie osoby pacjenta powoduje, że ta pomoc powinna być działaniem zespołowym grupy ludzi o różnorodnym przygotowaniu zawodowym. Uświadomienie tego, że takie zawody, jak pielęgniarka, rehabilitant, lekarz, dietetyk, psycholog, są komplementarne względem siebie, stanowi punkt wyjścia, a jednocześnie podstawę wspólnej pracy na rzecz człowieka potrzebującego opieki. Współpracując ze sobą osoby określamy wielozawodowym zespołem opiekuńczym.

Każda grupa zawodowa ma do odegrania istotną, swoistą rolę i funkcję. Istnieje jednak duży obszar działań wspólnych (np. promowanie zdrowia, profilaktyka — ryc. 3.4), który powinien być wypełniony dzięki podjęciu świadomego wspólnego wysiłku większej grupy ludzi.



Ryc. 3.5. Zespół opiekuńczy w opiece nad osobą dorosłą niepełnosprawną.



Ryc. 3.6. Zespół opiekuńczy w opiece nad zdrowiem dziecka w wieku szkolnym z problemami stomatologicznymi i wadą zgryzu.

Większość z funkcji pełnionych przez członków zespołu opiekuńczego można określić jako współzależne, chociaż odmienny jest zakres zadań i czynności przypisanych tym funkcjom. W pracy zespołowej istotne jest postrzeganie każdego z profesjonalistów jako samodzielnego i niezależnego praktyka mającego określone kompetencje.

Skład zespołu opiekuńczego może być różny, zależy przede wszystkim od problemów pacjenta, a także od miejsca, w którym opieka jest świadczona. Jako przykład można przedstawić skład zespołu opiekuńczego pracującego na rzecz osoby niepełnosprawnej (ryc. 3.5) i chorego dziecka (ryc. 3.6).

Racjonalne planowanie opieki oznacza wspólne podejmowanie decyzji w zespole. Niezmiernie rzadko całościową opiekę nad pacjentem lub rodziną może zaplanować i zrealizować jedna osoba. Wymaga to najczęściej pracy zespołowej; w zespole pielęgniarek lub zespole wielodyscyplinarnym. Koordynacja i integracja opieki jest podstawą opieki holistycznej.

Zakres udziału pielęgniarek w planowaniu i realizowaniu tak rozumianej opieki zależy w dużym stopniu od organizacji pracy w instytucji opiekuńczej, a także od przygotowania pielęgniarki do takiego stylu pracy.

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 2.6 i 2.7, w których omówiono idee primary nursing.

Zalety świadczeń zespołowych w działaniach opiekuńczych

1. W ocenie stanu pacjenta możliwe jest zgromadzenie większej ilości obiektywnych informacji przy wykorzystaniu różnych metod, niejednokrotnie wy-

magających specjalistycznego przygotowania (np. wykonanie rezonansu magnetycznego, testów psychologicznych). Wynik oceny stanu zdrowia wykonanej przez grupę specjalistów jest lepiej przyjmowany przez pacjenta, ponieważ wydaje się bardziej wszechstronny i obiektywny.

2. W opracowaniu planu postępowania opiekuńczego (pielęgniacyjnego, leczniczego, usprawniającego) i późniejszego jego wykonania można uwzględnić więcej propozycji alternatywnych rozwiązań. Istnieje większa możliwość podejmowania decyzji na podstawie racjonalnych argumentów przedstawianych przez różnych profesjonalistów, znawców i specjalistów określonej dziedziny.

Praca zespołowa wymaga, aby jeden z członków zespołu przyjął na siebie rolę koordynatora i osoby podejmującej ostateczną decyzję wypracowaną przez grupę. Dotyczy to również sytuacji zespołu jednozawodowego (składającego się np. tylko z pielęgniarek lub tylko z lekarzy).

Dużym utrudnieniem w pracy zespołowej może być wyraźna dominacja koordynatora, nieliczenie się ze zdaniem innych, wymóg wykonywania przez członków zespołu tylko zleceń koordynatora. Jest to zaprzeczeniem idei pracy zespołowej.

Skuteczna współpraca zespołu jest możliwa tylko wtedy, gdy:

- cele i zadania zespołu są wspólne i jednoznaczne dla wszystkich,
- każdy członek zespołu rozumie własną rolę i funkcje, a także rolę i funkcje innych członków zespołu,
- wszyscy przedstawiciele grupy są przygotowani do współdziałania.

Umiejętności niezbędne do współdziałania w wielozawodowym zespole opiekuńczym

1. **Umiejętność komunikowania się**, na którą składa się m.in.:

- zwięzły, jasny i zrozumiały sposób formułowania informacji, przy wykorzystaniu obowiązującej, zawodowej terminologii,
- wzajemne przekazywanie informacji zgodnie z obowiązującą (ustaloną) w zespole procedurą,
- rzetelne prowadzenie dokumentacji pacjenta,
- poprawne wykorzystanie informacji zgromadzonych przez siebie i otrzymanych od innych.

2. **Umiejętność współdecydowania o sprawach podopiecznego**, a to wymaga:

- przejawiania samodzielności w myśleniu i działaniu,
- przedstawiania merytorycznie uzasadnionych argumentów w dyskusjach,
- wykorzystania rad udzielanych przez innych ludzi przy niezależności własnych sądów uwarunkowanych wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem,
- negocjowania z pozycji rzecznika praw podopiecznego,
- podejmowania odpowiedzialnych decyzji ze świadomością ponoszenia związanych z tym konsekwencji.

3. **Umiejętność samodzielnego wykonywania zleceń** wydawanych przez innych profesjonalistów, na którą składają się:

- decyzja o podjęciu się wykonania zleconego zadania,

- wybór sposobu wykonania zadania,
- wykonanie zadania przestrzegając obowiązujących ogólnych zasad i norm jakości.

4. **Umiejętność ponoszenia indywidualnej odpowiedzialności za jakość wykonywanych zadań** składających się na osiągnięcie celu (celów) całego zespołu,

3.6.2

Istota opieki holistycznej

Podstawą zespołowych działań opiekuńczych jest założenie, że zjawiska dotyczące człowieka i stanu jego zdrowia należy rozpatrywać całościowo. Zarówno w diagnostyce, jak i w terapii pacjent powinien być traktowany jako jedność psychosomatyczna.

Wszelkie działania na ciele człowieka wywierają wpływ na jego psychikę, a każdy impuls psychiczny nie pozostaje bez wpływu na ciało. **Człowieka należy ujmować jako naturalny system żyjący we wszechświecie stanowiącym całość.**

Taki pogląd wynika z przyjęcia w naukach opiekuńczych holistycznej koncepcji świata i wynikającej z niej holistycznej koncepcji zdrowia.

Holistyczna koncepcja świata

Holistyczna koncepcja świata przyjmuje wszechświat jako żywy system, złożony ze zintegrowanych żywych całości, nazywanych holonami albo systemami. Holony tworzą wielopoziomowe, wzajemnie powiązane i współzależne struktury o coraz wyższym stopniu złożoności. Każdy holon ma z jednej strony właściwości niezależnej całości, z drugiej zaś jest zależną częścią wyższego poziomu. Wyzolowanie holonu z całości oznacza utratę jego najistotniejszych właściwości, a w konsekwencji śmierć. **Funkcjonowanie systemu jest uwarunkowane istnieniem swoistej więzi między holonami, określanej jako dynamika samoorganizacji, decydującej o tym, że wszechświat stanowi zintegrowaną całość** (Klamut, 1995).

Holizm to nazwa filozoficznej teorii rzeczywistości. Podstawą tej teorii jest założenie, że świat stanowi strukturalną globalną całość. Tej całości nie da się zredukować do prostej sumy elementów, ponieważ wszystkie one są funkcjonalnie powiązane. Całość globalna i całości niższego rzędu (składające się na całość globalną) rozwijają się harmonijnie i dynamicznie na mocy wzajemnie nieredukowalnych (choć wzajemnie warunkujących się) praw. Zakłócenia w rozwoju lub funkcjonowaniu jakiejś całości niższego rzędu muszą wywołać zakłócenia w całości globalnej (Klimowicz, w: Przewodnik encyklopedyczny, 1996, s. 202).

Idea holizmu stała się filozoficzną podstawą działań podejmowanych przez przedstawicieli zawodów opiekuńczych, których poglądy na temat zdrowia i dotyczące osoby podmiotu opieki są ukierunkowane na biopsychospołeczny model widzenia człowieka i jego zdrowia.

Podstawą biopsychospołecznego modelu zdrowia jest teoria systemów (Engel, w: Wiener, 1996, s. 225). Teoria ta jest modelem holistycznym, stworzonym przez

biologów i fizyków po to, aby wyjaśnić sposoby funkcjonowania różnych systemów jako całości. Systemy nie działają jako oddzielne i niezależne części. Każdy z nich tworzy pewną spójną strukturę, a źródła wszelkich zjawisk tkwią głęboko w środowisku, w którym te systemy działają.

Holistyczna koncepcja zdrowia

Holistyczna koncepcja zdrowia zakłada istnienie tkwiącej i działającej w każdym żywym organizmie siły, która wyraża się zdolnością do przywracania stanu równowagi w każdym przypadku jej zachwiania (Klamut, 1995).

Zdrowie rozumiane jest jako **możliwość jak najdłuższego, samodzielnego, aktywnego i twórczego życia bez chorób i niepełnosprawności, a nawet z nimi, jeżeli nie dadzą się wyeliminować.**

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.8.2, dokonaj analizy i porównaj definicję pojęcia: zdrowie.

Inwestowanie w zdrowie to proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu stałych obciążeń, jakie otoczenie nakłada na organizm. W czasie choroby człowiek jest zmuszony do uświadomienia sobie niepoprawnych zachowań i przywrócenia równowagi przez przerwanie zwyczajowego chorobotwórczego trybu życia, a niejednokrotnie zmiany tempa życia.

Jedną z teorii holizmu zakłada, że warunkiem zrozumienia zmian w stanie zdrowia człowieka jest uwzględnienie wielu informacji i danych, nie tylko biomedycznych, ale również dotyczących:

- zachowań interpersonalnych (np. osoby znaczące, na kierowniczych stanowiskach mają trudności z wejściem w rolę pacjenta),
- rodziny podopiecznego (struktury rodziny i wewnętrznych relacji),
- grup społecznych, do których podopieczny należy (funkcje pełnione przez podopiecznego),
- sfery duchowej człowieka.

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 2.4 w części: Podmiot opieki -- sfery funkcjonowania. Dokonaj analizy w kontekście holistycznej koncepcji zdrowia.

Podstawowe założenia opieki holistycznej

Podstawowe założenia opieki holistycznej można wypunktować wykorzystując model medycyny holistycznej opracowany przez J. Ch. Smutsa (W. Szulc, 1996). Założenia te uwzględniają przede wszystkim swoiste pojmowanie przez holistów:

- pojęcia zdrowia i choroby,
- podmiotu opieki,
- zakresu i charakteru opieki, jej organizacji,
- roli różnych dawców opieki w świadczeniach na rzecz podmiotu opieki.

1. Zdrowie postrzegane jest jako stan pozytywny. Opiekować się należy również tymi ludźmi, którzy dobrze funkcjonują, aby mogli robić lepszy użytek ze swoich możliwości, a leczyć należy tych, którzy są chorzy.
2. Każdy człowiek jest indywidualnością i niepowtarzalną całością, żyje w określonym środowisku, w kręgu kultury, religii, zgodnie z określonymi zwyczajami

- mi, przyzwyczajeniami, preferując właściwy dla siebie styl życia. Holistyczne podejście do osoby oznacza rozumienie i traktowanie ludzi w kontekście ich kultury, rodziny i ich społeczności. Dlatego respektujemy kulturowe uwarunkowania sposobów chorowania i leczenia, dostrzegając zasadność włączenia rodziny i społeczności do procesu opiekuńczo-terapeutycznego.
3. Każdy człowiek odpowiedzialny jest za stan swojego zdrowia. Ważne jest kształtowanie aktywności i przygotowanie każdego do samodzielności i odpowiedzialności za własne zdrowie.
 4. Istotnym elementem opieki jest pomaganie człowiekowi w zrozumieniu siebie, kształtowaniu umiejętności mobilizowania sił wewnętrznych po to, aby radzić sobie z własnymi problemami.
 5. Szczególnie ważnym aspektem opieki są działania promujące zdrowie i działania profilaktyczne.
 6. Opieka może okazać się nieskuteczna, jeżeli będzie dotyczyła pomagania człowiekowi w rozwiązaniu tylko jednego, wycinkowego problemu.
 7. Opieka powinna być organizowana zgodnie z założeniami opieki zespołowej świadczonej przez jednozawodowy albo wielozawodowy zespół opiekuńczy.
 8. W opiece ważna jest relacja między biorcą i dawcą opieki. Za szczególnie istotny uważany jest kontakt fizyczny, z tego względu podkreśla się znaczenie dotyku w działaniach opiekuńczych.
 9. Choroba to niepodzielna i odrębna jakość patologiczna. Choruje człowiek jako całość. Rzutuje to na jego interakcję ze środowiskiem i najbliższym otoczeniem. Ważne jest uświadomienie pacjentowi, że jego problemy zdrowotne to nie jest coś, co nagle się przydarzyło, a problemy ze zdrowiem mają wiele wspólnego z tym, jaki jest jego stosunek do świata i wartości. Chorobę postrzega się niejednokrotnie jako reakcję na zmianę losu, doznawane niepowodzenia i nieszczęścia. Dlatego należy dopasować sposób leczenia do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta, uznając wyjątkowość życia pacjenta przy zwyczajności przeżywanej przez niego choroby.
 10. Podejście holistyczne uwzględnia te wszystkie metody terapeutyczne, które mobilizują wewnętrzne siły i zdolność organizmu człowieka do samoleczenia.
 11. Ważna jest świadomość i wiedza profesjonalistów, że podopieczny może korzystać z metod i technik medycyny niekonwencjonalnej, różnych metod terapii (np. muzykoterapii, akupunktury), technik medytacyjnych, diety i niekonwencjonalnych metod diagnostycznych (np. wykorzystywania holograficznych map przedstawiających funkcje różnych narządów ludzkiego ciała, informacji zawartych w tęczęwce). Wynika to ze świadomości jatrogennych konsekwencji stosowania inwazyjnych metod diagnostycznych i terapeutycznych.
 12. W planowaniu opieki nad pacjentem należy uwzględnić wszystkie jej elementy, w tym udział opieki profesjonalnej, opieki nieprofesjonalnej i samoopieki.
 13. Medycyna holistyczna kładzie szczególny nacisk na przygotowanie ludzi do samoopieki, troszczenia się o siebie, radzenia sobie z własnymi problemami, zrozumienia siebie. Profesjonaliści opieki powinni być dla pacjenta przede wszystkim źródłem wiedzy.
 14. W określaniu pojęcia „dobra opieka” zakłada się, że polega ona m.in. na stwarzaniu warunków do narodzin, chorowania i umierania w środowisku domowym (choć pod opieką specjalistów). Zachęca się jednak

- członków rodziny do uczestniczenia w opiece nad pacjentem, również nad pacjentem przebywającym w szpitalu i zakładzie opiekuńczym.
15. Opieka w myśl założeń holizmu to pomaganie człowiekowi we wszystkich obszarach jego życia i wszechstronna pomoc ukierunkowana na wszystkie jego problemy przy rozumieniu istoty i wieloaspektowości przyczyn każdego z nich.

Podmiot opieki

Holistyczne postrzeganie podmiotu opieki to podejście skoncentrowane na osobie, uznające, że **człowiek stanowi niepowtarzalną całość**, naturalny system żyjący we wszechświecie stanowiący całość. Oznacza to jednak coś więcej, niż że stanowi kompozycję połączonych ze sobą części. W tym ujęciu należy widzieć człowieka w inny sposób, niż uczyła nas dotychczasowa praktyka i wiedza przyswajana na zajęciach z anatomii, fizjologii, patologii.

Człowiek to nie tylko jednolita całość połączonych tkanek, komórek, układów i narządów, ale zintegrowane funkcjonowanie różnorodnych aspektów jego całości w czasie i przestrzeni (Engel, w: Wiener, 1996). Każdy człowiek ma jakąś swoistą harmonię i szczególną strukturę wynikającą z niepowtarzalnej integracji jego osoby. Przyjmuje się, że człowiek funkcjonuje na kilku poziomach, np. fizycznym, psychicznym i duchowym. Bardzo poważnie traktuje się wpływ czynników psychicznych i społecznych na zdrowie. Z tego względu sugeruje się, że w wielu sytuacjach lekiami na fizyczne dolegliwości są metody medycyny niekonwencjonalnej i zmiana postawy pacjenta wobec innych ludzi (Sheridan i Radmacher, 1998).

Skuteczność opieki i pomagania zależy więc od umiejętności znalezienia tego „czegoś”, co spowodowało zburzenie wewnętrznej harmonii i struktury swoistej dla podopiecznego i co powoduje, że człowiek powinien być otoczony opieką.

Zadania sprawdzające

1. Wyjaśnij, jak rozumiesz pojęcia: „opieka profesjonalna”, „opieka nieprofesjonalna”.
2. Określ relacje między pielęgnowaniem a opieką profesjonalną i opieką nieprofesjonalną.
3. Przedstaw ogólne założenia opieki holistycznej.
4. Wyjaśnij, jak postrzegany jest podmiot (pacjent) w opiece realizowanej zgodnie z założeniami opieki holistycznej.
5. Wymień warunki decydujące o określeniu profesjonalnego pielęgnowania mianem pielęgnowania holistycznego.
6. Wyjaśnij pojęcie: zespół opiekuńczy.
7. Wymień przedstawicieli zawodów, którzy mogą tworzyć wielozawodowy zespół opiekuńczy (np. nad pacjentem niepełnosprawnym przebywającym w szpitalu: niedowidzącym, z niedowładem kończyn dolnych, pacjentem oddziału chirurgicznego).
8. Wyjaśnij istotę pracy zespołowej w zespole opiekuńczo-terapeutycznym.

9. Przedstaw, jakie umiejętności powinna opanować pielęgniarka, aby być partnerem w zespole opiekuńczym.
10. Wymień i omów zadania pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia.

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Opierając się na zapisie Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej porównaj zakres zadań zawodowych pielęgniarki i położnej. Wyjaśnij, dlaczego dla obu tych grup zawodowych uchwalono wspólną ustawę o zawodzie i ustawę o samorządzie zawodowym.
2. Przeprowadź, z grupą koleżanek, sondaż wśród studentów i słuchaczy wydziałów: farmacji, analityki medycznej, dietetyki, fizjoterapii, na temat ich przyszłych zadań zawodowych w zespołach opiekuńczo-terapeutycznych. Porównaj ich zadania zawodowe. Określ płaszczyznę współpracy.
3. Na podstawie analizy literatury wyjaśnij pojęcia: „zawód”, „profesja”, „wolny zawód”.
4. Określ, które z poniżej wymienionych zawodów mają samorząd zawodowy, a zakres ich praktyki zawodowej reguluje ustawa o zawodzie (lekarz, lekarz stomatolog, fizjoterapeuta, psycholog, technik masażysta, dietetyk, położna, pielęgniarka, analityk medyczny, opiekunka dziecięca, pedagog, logopeda, ortoptysta, ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy, technik radiolog, elektroradiolog). Odpowiedź przygotuj na podstawie: analizy literatury, analizy ustaw, sondażu diagnostycznego.
5. Wyjaśnij, które z zadań w systemie ochrony zdrowia realizuje tylko podsystem pielęgniarstwa.

Literatura

- Damant M., Martin C., Openshaw S.: Pielęgniarstwo w praktyce ogólnej. Wyd. Med. Sanmedica, Warszawa 1997, rozdz. 4.
- Filipek J.: Biała Księga. Polska — Unia Europejska. Seria: Prawo. Wykonywanie wolnych zawodów. REAL PRESS, Warszawa 1995.
- Górajek-Józwiak J., Ciechaniewicz W.: Idea wielozawodowego kształcenia w naukach opiekuńczych. Zdrowie Publiczne, 1997, t. CVII, 8, 205.
- Hall J. N.: Psychologiczne problemy opieki. Nowiny Psychologiczne, 1992, 2 (79), 45.
- Klamut M. K.: Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycyny. Alma Mater, 1995, 5, 26.
- Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek (red. T. Widomska-Czekajka, J. Górajek-Józwiak). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996, s. 202.
- Salvage J. (red.): Pielęgniarstwo w działaniu. Publikacje regionalne ŚOZ. Seria Europejska nr 48, Warszawa 1998.
- Słowska Z., Misłuma M. (red.): Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. Agencja Promocji Lider, Warszawa 1993.
- Sheridan Ch. L., Radmacher S. A.: Psychologia zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
- Szule W.: Podejście holistyczne do zdrowia i choroby. Pielęgniarstwo 2000, 1996, 3 (26), 7.
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 5 lipca 1996. DzU RP, 1996, Nr 91, poz. 410.
- Wiener J.: Medycyna behawioralna. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1996, rozdz. 11, 15, 16.
- Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1997.

3.7 Zadania zawodowe pielęgniarki

3.7.1 Funkcje zawodowe pielęgniarki

Funkcja zawodowa pielęgniarki to zbiór zadań i czynności zawodowych, dla których można sformułować wspólny cel, a zadania te wynikają z roli zawodowej pielęgniarki.

Funkcje pielęgniarki wywodzą się bezpośrednio z misji pielęgniarstwa w społeczeństwie.

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.5 i 3.4.2.

Funkcje pielęgniarki pozostają takie same bez względu na miejsce, czas, w którym opieka pielęgniarska jest świadczona, jak również środki, którymi pielęgniarka dysponuje (Salvage, 1998).

W materiałach Światowej Organizacji Zdrowia zaproponowano przyporządkowanie zadań pielęgniarki 4 funkcjom odpowiadającym misji i funkcjom pielęgniarstwa:

1. **Świadczenie opieki zdrowotnej i zarządzanie opieką** niezależnie od tego, czy ma charakter promocyjny, prewencyjny, leczniczy, rehabilitacyjny czy dotyczy udzielania wsparcia. Pełnienie tej funkcji jest najbardziej skuteczne, jeżeli realizowane jest jako proces pielęgnowania.
2. **Uczenie pacjentów i personelu opieki zdrowotnej:**
 - ocenianie indywidualnej wiedzy i umiejętności związanych z zachowaniem zdrowia w dobrym stanie oraz przywracanie zdrowia,
 - przygotowanie i dostarczanie informacji,
 - organizowanie i uczestniczenie w zdrowotnych kampaniach edukacyjnych,
 - ocenianie skuteczności programów edukacyjnych,
 - pomaganie pielęgniarkom i innym pracownikom w zdobywaniu wiedzy i umiejętności,
 - stosowanie zaakceptowanych i właściwych norm kulturowych, etycznych i zawodowych.
3. **Działania w roli członka zespołu opieki zdrowotnej:**
 - współpraca z wszystkimi osobami zajmującymi się zdrowiem, wspólnie z nimi planowanie, organizowanie, zarządzanie i ocenianie usług pielęgniarskich,
 - podejmowanie roli lidera zespołu opieki pielęgniarskiej,
 - organizowanie pracy w zespole pielęgniarek, wspieranie zespołu w jego pracy,
 - negocjowanie z odbiorcami usług ich udziału we wdrażaniu planów opieki,
 - współpraca w zespołach interdyscyplinarnych i międzysektorowych w ramach planowania, świadczenia, rozwoju, koordynacji i ewaluacji usług zdrowotnych,
 - współpraca na rzecz pracy zespołowej i tworzenia bezpiecznego środowiska pracy,
 - aktywny udział w zmianach systemowych w ochronie zdrowia,
 - sporządzanie raportów dla władz i współpraca z mediami.



Ryc. 3.7. Funkcje zawodowe pielęgniarki.

4. Działania na rzecz rozwoju praktyki pielęgniarstwa:

- wdrażanie innowacyjnych metod pracy,
- określanie obszarów badań w pielęgniarstwie i czynne w nich uczestniczenie,
- stosowanie norm etycznych w badaniach naukowych.

Dodatkowe wyjaśnienie. Wyżej określono zadania, które przypisano pielęgniarce niezależnie od kraju, w którym realizują praktykę zawodową. Na ryc. 3.7 przedstawiono propozycję nazw funkcji zawodowych i zadań, do których przygotowana jest pielęgniarka w Polsce.

Pielęgniarka pełniąc funkcję zawodową realizuje zadania:

- **ukierunkowane na działania opiekuńcze** (w odniesieniu do podmiotu opieki może pełnić funkcje: opiekuńczą, wychowawczą, profilaktyczną, promowania zdrowia, terapeutyczną, rehabilitacyjną),
- **na rzecz własnego profesjonalnego rozwoju,**
- **na rzecz pielęgniarstwa** rozumianego jako system kształcenia, system organizacyjny i dziedzina nauki.

Natomiast wykonując zadania na rzecz własnego rozwoju i rozwoju pielęgniarstwa pełni funkcje:

- kształcenia,
- zarządzania,
- naukowo-badawczą.

3.7.2

Zadania zawodowe pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki

Celem działań opiekuńczych podejmowanych i realizowanych przez pielęgniarkę może być:

- wzmacnianie i potęgowanie zdrowia podopiecznych,
- zapobieganie chorobom, urazom, niepełnosprawności,
- motywowanie podopiecznych do podejmowania świadomej odpowiedzialności za swoje zdrowie i zdrowie osób najbliższych,
- współudział w procesie leczenia, stosowania różnych metod terapii,
- współudział w usprawnianiu podopiecznego,
- pomaganie podopiecznemu w rozwiązywaniu jego indywidualnych problemów wynikających ze stanu zdrowia,
- pomaganie w rozwiązywaniu problemów wynikających z sytuacji życia z chorobą, niepełnosprawnością,
- udzielanie wsparcia w cierpieniu i umieraniu.

W opracowaniach polskich autorów (Ciechaniewicz, 1997, 1998, 1999, 2000; patrz Podstawy programowe kształcenia w zawodzie pielęgniarki, 1997 i standardy kształcenia w zawodzie) określa się, że **pielęgniarka świadczą opiekę na rzecz podmiotu realizuje zadania przyporządkowane funkcji:**

- promowania zdrowia,
- profilaktycznej,
- wychowawczej,
- terapeutycznej,
- rehabilitacyjnej,
- opiekuńczej.

Relacje między działaniami opiekuńczymi a funkcjami zawodowymi przedstawia tab. 3.1.

Tabela 3.1. Cel działań opiekuńczych a funkcje zawodowe pielęgniarki

Cel działań opiekuńczych pielęgniarki	Funkcja zawodowa pielęgniarki
Wzmacnianie i potęgowanie zdrowia	Promowania zdrowia
Zapobieganie chorobom, niesprawności, urazom, wypadkom	Profilaktyczna
Motywowanie podopiecznych do podejmowania świadomej odpowiedzialności za zdrowie swoje i zdrowie swoich najbliższych Przygotowanie podopiecznego do samoopieki i świadczenia opieki nieprofesjonalnej	Wychowawcza
Stosowanie metod i zabiegów diagnostycznych i leczniczych	Terapeutyczna
Usprawnianie fizyczne, psychiczne i społeczne	Rehabilitacyjna
Pomaganie podopiecznemu w rozwiązywaniu jego indywidualnych problemów wynikających z życia z chorobą, niepełnosprawnością Udzielanie wsparcia w cierpieniu, umieraniu Pomaganie w rozwiązywaniu problemów podopiecznego wynikających z jego indywidualnej reakcji na stosowane metody diagnozowania, leczenia, rehabilitacji	Opiekuńcza

Zakres zadań realizowanych przez pielęgniarkę na rzecz konkretnego podopiecznego uwarunkowany jest celami sformułowanymi w planie opiekuńczym opracowanym na podstawie wyniku oceny stanu i sytuacji pacjenta.

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 2.8 i 13.4.

Spośród wszystkich zadań i czynności zawodowych wykonywanych przez pielęgniarkę najbardziej swoiste są te, które określane są jako funkcja opiekuńcza i wychowawcza. Stanowią one o istocie zawodu, są zasadniczą treścią profesjonalnego pielęgnowania.

Uwaga. Dokonaj analizy treści podrozdz. 2.5 i zastanów się, na ile są one zgodne z powyższym stwierdzeniem.

Pozostałe funkcje zawodowe pielęgniarki (terapeutyczna, rehabilitacyjna, promowania zdrowia, profilaktyczna) są składową częścią roli również innych profesjonalistów opieki. Różny jest tylko zakres szczegółowych zadań, które realizują i za które są odpowiedzialni w zespole opiekuńczym.

Uwaga. Możesz skonfrontować to stwierdzenie z wynikami rozwiązane zadania 2 (patrz str. 156), przeznaczonego do samodzielnego wykonania

W każdej grupie zawodowej istnieje tendencja do rozwijania własnej aktywności, do poszerzania zakresu wykonywanych zadań, wykraczanie poza tradycyjnie określaną rolę. Często jest to odpowiedź na oczekiwania społeczne. W odniesieniu do pielęgniarek takim zakresem zadań jest udział w promowaniu zdrowia.

Dodatkowe informacje. W tabelach 3.2–3.10 przedstawiono zadania pielęgniarki pełnione w ramach poszczególnych funkcji zawodowych. Podano też, w których rozdziałach omówiono sposób realizacji tych zadań.

Zadania funkcji opiekuńczej

Tabela 3.2. Funkcja opiekuńcza pielęgniarki

Cel zadań funkcji opiekuńczej	<p>Pomaganie, towarzyszenie, asystowanie, wspieranie przy rozwiązywaniu problemów podopiecznego dotyczących zdrowia i życia</p> <p>Pomaganie w rozwiązywaniu problemów powstających w wyniku indywidualnej reakcji podopiecznego na zastosowane metody diagnozowania, leczenia, rehabilitacji</p> <p>Asystowanie w tych czynnościach życia codziennego, w których podopieczny wymaga pomocy</p>
Zakres zadań funkcji opiekuńczej omówiony w:	<p>1. Rozpoznawanie stanu zapotrzebowania na opiekę, jej rodzaj (nieprofesjonalna, profesjonalna), zakres i charakter</p> <p>2. Stwarzanie optymalnych warunków do podtrzymywania biologicznych funkcji życiowych organizmu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – oddychania – odżywiania – wydalania – zabezpieczenia funkcji ochronnych skóry i błon śluzowych – odbierania bodźców przez narządy zmysłów

cd. tab. 3.2

podrozdz. 11.4	<p>3. Pomaganie w wykonywaniu (albo wykonywanie za podopiecznego) tych czynności życia codziennego, które gwarantują komfort w życiu codziennym (w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej):</p> <ul style="list-style-type: none"> – utrzymanie ciała i otoczenia w czystości, dbanie o estetykę – dobór odzieży, ubieranie, rozbieranie – ułatwienie i umożliwienie poruszania się, zachowania właściwej pozycji ciała przy chodzeniu i siedzeniu – ułożenie ciała i zmiana pozycji przy długotrwałym leżeniu i umieruchomieniu w łóżku
podrozdz. 11.5	<ul style="list-style-type: none"> – stwarzanie optymalnych warunków do aktywności, snu, wypoczynku – dbanie o zachowanie właściwych proporcji między aktywnością, wypoczynkiem, snem – zapewnienie aktywności właściwej dla wieku i stanu zdrowia
podrozdz. 9.7, 9.8	<ul style="list-style-type: none"> – stwarzanie warunków do pełnienia funkcji społecznych – umożliwienie utrzymania więzi i kontaktów społecznych, komunikowania się z ludźmi – zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, warunków komfortu psychicznego, spokoju – zapewnienie warunków do respektowania prawa podopiecznego do decydowania o sobie
podrozdz. 11.3	4. Pomaganie w wejściu w rolę pacjenta różnych instytucji ochrony zdrowia i opiekuńczych
podrozdz. 5.3	5. Pomaganie w rozwiązywaniu problemów wynikających ze stosowania metody diagnozowania, leczenia, rehabilitacji:
podrozdz. 1.8.3	<ul style="list-style-type: none"> – pokonywanie lęku, strachu – zapobieganie, minimalizowanie, likwidowanie bólu – zapobieganie nudnościom, wymiotom – pokonywanie uczucia skrzepowania
podrozdz. 14.7	6. Ułatwienie podopiecznemu dostępu do informacji o stanie zdrowia, planowanych działaniach opiekuńczych
	7. Ułatwienie podopiecznemu i jego rodzinie wejścia do grup wsparcia
	8. Wspieranie, tworzenie warunków i uczestniczenie w opiece terminalnej

Zadania funkcji wychowawczej

Tabela 3.3. Funkcja wychowawcza pielęgniarki

Cel zadań funkcji wychowawczej	<p>Zamierzony wpływ na podopiecznego w zakresie kształtowania prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i najbliższych</p> <p>Przygotowanie podopiecznego i jego najbliższych do współpracy w procesie pielęgnowania</p> <p>Przygotowanie podopiecznego do samoopieki i do świadczenia opieki nieprofesjonalnej</p>
--------------------------------	---

<p>Zakres zadań funkcji wychowawczej omówiony w:</p> <p>podrozdz. 12.3</p>	<p>1. Kształtowanie u podopiecznego poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i podejmowanie działań prozdrowotnych w odniesieniu do siebie, osób najbliższych i środowiska:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poznanie motywów postępowania - poznanie postawy wobec zdrowia, postaw i opinii wobec ludzi i instytucji sprawujących opiekę - poznanie systemu wartości - kształtowanie przekonań, motywów działania - wpływanie na emocje i uczucia
<p>podrozdz. 13.5, 13.6</p>	<p>2. Przygotowanie podopiecznego i jego najbliższych do współpracy w procesie pielęgnowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyjaśnienie celów opieki lub wspólne ustalenie tych celów - wyjaśnianie zaleceń i uczenie zachowań, których przestrzeganie przez pacjenta jest istotne do osiągnięcia celów pielęgnowania
<p>podrozdz. 13.5, 13.7</p>	<p>3. Przygotowanie pacjenta do samoopieki</p> <ul style="list-style-type: none"> - ocena przygotowania do samoopieki - przekazanie wiedzy i (lub) kształtowanie umiejętności <ul style="list-style-type: none"> • oceny stanu własnego zdrowia • poprawnego reagowania w sytuacji występowania powikłań w stanie zdrowia • podtrzymywania biologicznych funkcji życiowych organizmu na optymalnym poziomie • właściwe odżywianie • warunki prawidłowego oddychania • warunki do termoregulacji organizmu • właściwe wydalanie potu, moczu i kału - kształtowanie umiejętności zapewnienia sobie komfortu w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej <ul style="list-style-type: none"> • utrzymania ciała w czystości • higieny i estetyki otoczenia • stosowania właściwych form aktywności, wypoczynku • zapewnienia warunków efektywnego snu - przygotowanie do stosowania zalecanych metod terapii <ul style="list-style-type: none"> • farmakologicznej • dietetycznej • usprawniającej
<p>podrozdz. 13.6</p>	<p>4. Przygotowanie osób do realizowania opieki nieprofesjonalnej</p> <ul style="list-style-type: none"> - ocena przygotowania do świadczenia opieki - wzbudzenie motywacji do świadczenia opieki - kształtowanie umiejętności realizowania samodzielnej opieki w warunkach domowych - uświadomienie konieczności i kształtowanie umiejętności do współpracy w procesie pielęgnowania realizowanego w instytucji ochrony zdrowia lub opiekuńczej

Zadania funkcji promowania zdrowia

Tabela 3.4. Funkcja promowania zdrowia realizowana przez pielęgniarkę

<p>Cel zadań funkcji promowania zdrowia</p>	<p>Propagowanie zachowań prozdrowotnych i stylu życia wspierającego zdrowie</p> <p>Doradzanie ludziom, jak wzmacniać i utrzymać zdrowie</p> <p>Tworzenie podopiecznym warunków do realizowania stylu życia sprzyjającego utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia</p>
<p>Zakres zadań funkcji promowania zdrowia omówiony w:</p> <p>podrozdz. 12.3</p>	<p>1. Poznanie programów promocji zdrowia, czynne włączenie się w ich realizację, konstruowanie i ocenę skuteczności</p> <ul style="list-style-type: none"> - propagowanie zachowań zdrowotnych - ocena dostępności programów promocji zdrowia w środowisku podopiecznego - przetwarzanie programu promocji zdrowia na konkretną informację adresowaną do konkretnego odbiorcy - przygotowanie materiałów i środków dydaktycznych służących działaniom promocyjnym - przygotowanie autorskiego programu promocji zdrowia adresowanego do indywidualnego podopiecznego, rodziny, wybranej grupy
<p>podrozdz. 13.4, 13.7</p>	<p>2. Współdziałanie z indywidualnymi osobami, grupami wsparcia i instytucjami pracującymi na rzecz wzmacniania zdrowia społeczeństwa</p> <p>3. Tworzenie warunków podopiecznym i pracownikom instytucji ochrony zdrowia i opiekuńczych do realizowania stylu życia służącemu zdrowiu</p>
<p>podrozdz. 12.5</p>	<p>4. Przygotowanie podopiecznego do zwiększenia kontroli nad stanem własnego zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> - uświadamianie wpływu sytuacji psychospołecznej na stan zdrowia - uczenie kontrolowania stanu własnego zdrowia - zachęcanie do korzystania z profesjonalnych usług diagnostycznych <p>5. Kształtowanie postaw prozdrowotnych</p> <p>6. Pomaganie w kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu</p> <ul style="list-style-type: none"> - racjonalne odżywianie - zachowanie higieny osobistej i otoczenia - aktywny wypoczynek, dobór optymalnych form - prawidłowe zachowania służące ochronie i higienie środowiska (woda, gleba, żywność) - dbanie o higienę zdrowia psychicznego, zachowanie właściwych proporcji między aktywnością, pracą, nauką, snem, wypoczynkiem - stosowanie naturalnych metod planowania rodziny

Zadania funkcji profilaktycznej

Tabela 3.5. Funkcja profilaktyczna pielęgniarki

Cel zadań funkcji profilaktycznej	Ograniczenia zagrożeń wypadkami, uszkodzeniami, katastrofami w miejscu przebywania podopiecznych Działania zapobiegające lub ograniczające ryzyko występowania chorób i powikłań wynikających z warunków środowiskowych i preferowanego stylu życia Działania zapobiegające występowaniu chorób i powikłań wynikających ze stosowania metod diagnozowania i terapii
Zakres zadań funkcji profilaktycznej omówiony w: podrozdz. 13.4	1. Rozpoznanie stanu zagrożenia zdrowia indywidualnych osób, rodzin, grup społecznych – wynikającego z prowadzonego stylu życia – spowodowanego chorobami uznanymi za problem społeczny – wypadkami, uszkodzeniami – chorobami zawodowymi i związanymi z miejscem pracy
podrozdz. 6.4, 6.5	2. Prowadzenie badań w ramach planowych badań profilaktycznych masowych, przesiewowych
podrozdz. 12.4	3. Planowanie i realizowanie działań profilaktycznych, w odniesieniu do indywidualnej osoby albo grupy, w ramach ustalonego programu profilaktycznego – ocena stanu podopiecznego – wykonywanie szeptępień – edukacja zdrowotna
podrozdz. 5.4, 5.5, 5.6	4. Realizowanie programu działań zapobiegających lub ograniczających ryzyko wystąpienia powikłań w czasie stosowania metod diagnozowania, leczenia, rehabilitacji – przestrzeganie ogólnych zasad postępowania (zasad antyseptyki, aseptyki) – stosowanie przyjętych procedur postępowania – przygotowanie pacjenta do badań i zabiegów

Zadania funkcji terapeutycznej

Tabela 3.6. Funkcja terapeutyczna pielęgniarki

Cel zadań funkcji terapeutycznej	Udzielanie pomocy przedlekarskiej w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta Wykonywanie badań służących ocenie stanu pacjenta, zleconych w procesie diagnozowania Wykonywanie zabiegów ustalonych w planie terapii
Zakres zadań funkcji terapeutycznej omówiony w: podrozdz. 8.3, 8.4	1. Wykonywanie zadań i zabiegów w ramach pierwszej pomocy przedlekarskiej: – w nagłym załamaniu stanu zdrowia człowieka

cd. tab. 3.6

podrozdz. 6.4, 6.5

podrozdz. 6.6

podrozdz. 7.3.9

podrozdz. 6.7.2.4, 6.6.1.7

podrozdz. 6.4.2

podrozdz. 6.7

podrozdz. 7.3

- przy utracie przytomności
- zatrzymaniu krążenia
- przy braku oddechu
- w sytuacji wystąpienia:
 - omdlenia
 - krwawienia
 - krwotoku
 - obrażeń termicznych
 - w odmrożeniach
 - przy ukąszeniu przez zwierzęta
 - w zachłyśnięciu
 - podczas utonięcia
 - przy zranieniu
- zorganizowanie pomocy w miejscu wypadku, katastrofy
- 2. Współudział w procesie diagnozowania pacjenta
 - wykonywanie i dokumentowanie pomiarów podstawowych czynności życiowych
 - tętno
 - ciśnienie tętnicze krwi
 - oddech
 - temperatura ciała
 - pobieranie materiału do badań laboratoryjnych i wykonywanie niektórych z nich
 - krew
 - moc
 - kał
 - płwocina
 - treść żołądka i dwunastnicy
 - wydzielina z nosa i gardła
 - wykonywanie prób, np.:
 - uczuleniowych
 - wysiłkowych
 - wykonywanie badań
 - bilansowych (np. bilans płynów)
 - elektrokardiograficznych (EKG)
 - wykonywanie pomiarów
 - wzrostu
 - masy ciała
 - ostrości wzroku
 - ostrości słuchu
 - pomoc lekarzowi w wykonywaniu badań
 - nieinwazyjnych (np. urografia)
 - inwazyjnych (np. angiografia, nakłucie mostka)
- 3. Wykonanie zabiegów zleconych w planie terapii
 - leczenie farmakologiczne, podawanie leków, wykonywanie zabiegów:
 - przez przewód pokarmowy doustnie
 - doodbytniczo
 - przez układ oddechowy
 - przez błony śluzowe do worka spojłkowego do pochwy

cd. tab. 3.6

podrozdz. 7.4	<ul style="list-style-type: none"> • przez skórę • dotkankowo • wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe wstrzyknięcia i wlewy dożylnic
podrozdz. 7.5	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie dietetyczne <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie i podanie posiłków zgodnie z opracowanym planem - leczenie zabiegowe <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie pacjenta, np.: przewodu pokarmowego • przygotowanie i obsługa aparatury i sprzętu, instrumentowanie • wykonywanie i zmiana opatrunków

Zadania funkcji rehabilitacyjnej

Tabela 3.7. Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki

Cel zadań funkcji rehabilitacyjnej	Pomaganie pacjentowi w uzyskaniu niezależności i umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej, która powstała z przyczyn rozwojowych, choroby, urazu
Zakres zadań funkcji rehabilitacyjnej omówiony w: podrozdz. 13.7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pomaganie pacjentowi w zdobyciu nowych umiejętności lub wyćwiczeniu funkcji niezbędnych do poradzenia sobie w nowej sytuacji powstałej w wyniku choroby, urazu lub zastosowanej metody leczenia 2. Współpraca z rodziną pacjenta w zakresie przygotowania do współdziałania w usprawnianiu podopiecznego w czasie pobytu w szpitalu i dalszego kontynuowania w warunkach domowych <ul style="list-style-type: none"> - usprawnianie układu oddechowego <ul style="list-style-type: none"> • gimnastyka oddechowa • drenaż ułożeniowy • toaleta drzewa oskrzelowego • postępowanie z pacjentem z założoną rurką tracheostomijną - usprawnianie układu pokarmowego <ul style="list-style-type: none"> • podawanie płynów i pokarmów przez zgłębnik • postępowanie z pacjentem z wylonioną stomią jelitową - usprawnianie układu moczowego <ul style="list-style-type: none"> • postępowanie z pacjentem z założonym cewnikiem moczowym • postępowanie z pacjentem z wylonioną stomią moczową - usprawnianie układu kostno-stawowo-mięśniowego <ul style="list-style-type: none"> • nacieranie, oklepywanie • przygotowanie do samoobsługi w obrębie łóżka u pacjenta unieruchomionego • stosowanie ciepła i zimna
podrozdz. 9.3.1	
podrozdz. 9.3.2	
podrozdz. 9.3.3	
podrozdz. 9.3.4	

cd. tab. 3.7

podrozdz. 11.4	<ul style="list-style-type: none"> - uczenie wykonywania czynności życia codziennego <ul style="list-style-type: none"> • ubierania, rozbierania • przyjmowania pokarmów • wypróżniania się • nauka siadania, pionizacja, pomoc w chodzeniu
podrozdz. 9.7	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pomaganie w tworzeniu atmosfery zachęcającej pacjenta do pokonywania trudności w okresie usprawniania <ul style="list-style-type: none"> - stosowanie psychoterapii elementarnej - wzbudzanie motywacji do usamodzielniania się - pomoc w adaptacji do sytuacji, warunków, ograniczeń wyznaczonych przez uszkodzenie narządu i funkcji
podrozdz. 9.8	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pomaganie w przygotowaniu środowiska domowego na przyjęcie osoby niepełnosprawnej <ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie do opieki nieprofesjonalnej - aktywizowanie podopiecznego z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej - pomoc w przystosowaniu się do wymagań życia codziennego

3.7.3

Zadania zawodowe pielęgniarki na rzecz zawodu i własnego rozwoju

Rozwój pielęgniarstwa wpływa na poszerzenie zakresu zadań pielęgniarki. Każda pielęgniarka, równoległe z zadaniami realizowanymi na rzecz podmiotu opieki, powinna wykonywać te, których celem jest inwestowanie we własny profesjonalny rozwój, rozwój pielęgniarstwa i poprawne funkcjonowanie pielęgniarstwa jako systemu. Zadania powyższe przypisane są: funkcji kształcenia, funkcji naukowo-badawczej, funkcji zarządzania.

Przesłaniem skierowanym do każdej pielęgniarki są słowa Jill Macleod Clark: „Od pierwszego dnia, jako ucznia szkoły pielęgniarstwa, aż do ostatniego dnia pracy przed przejściem na emeryturę, zawodowym obowiązkiem pielęgniarki jest krytyczne, a jednocześnie twórcze rozumowanie i analizowanie wszystkich aspektów wykonywanej pracy, jak też stałe pogłębianie swej fachowej wiedzy i śledzenie wszelkich nowości i zdobyczy w tej dziedzinie” (za: Collins, 1998).

Zadania funkcji kształcenia

Tabela 3.8. Funkcja kształcenia

Cel zadań funkcji kształcenia	Uczestniczenie w procesie kształcenia kandydatów do zawodu pielęgniarki Współdziałanie w procesie doskonalenia zawodowego pielęgniarek Realizowanie własnego kształcenia i doskonalenia zawodowego

<p>Zakres zadań funkcji kształcenia omówiony w: podrozdz. 3.8</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czynne uczestnictwo w zajęciach praktycznych organizowanych dla uczniów i studentów pielęgniarstwa <ul style="list-style-type: none"> - tworzenie pożądanych sytuacji dydaktycznych w miejscu pracy - motywowanie i zachęcanie uczących się do podejmowania współpracy w zespole pielęgniarek - wspólne z uczącym się wykonywanie zadań zawodowych - ocena umiejętności zawodowych uczącego się - diagnozowanie przyczyn niepowodzeń i trudności występujących w procesie kształcenia praktycznego 2. Współdziałanie w procesie adaptacji nowych pracowników 3. Prowadzenie wybranych form zajęć w doskonaleniu wewnątrzzakładowym 4. Współdziałanie w tworzeniu planów i programów kształcenia i doskonalenia pielęgniarek <ul style="list-style-type: none"> - udział w ustalaniu standardów kształcenia i kwalifikacji zawodowych pielęgniarek - opiniowanie programów kształcenia i doskonalenia 5. Inwestowanie we własny rozwój zawodowy <ul style="list-style-type: none"> - systematyczne samokształcenie realizowane w różnych formach - udział w kursach, szkoleniach - kontynuowanie nauki na studiach wyższych, podyplomowych - uzyskiwanie stopni specjalizacji zawodowych
---	--

Zadania funkcji zarządzania

Tabela 3.9. Funkcje zawodowe pielęgniarki — funkcja zarządzania

<p>Cel zadań funkcji zarządzania</p>	<p>Rozpoznawanie stanu służb pielęgniarskich Planowanie i organizowanie zespołów pielęgniarskich na potrzeby różnych kategorii odbiorców i warunków, w jakich opieka jest realizowana Planowanie i organizowanie pracy własnej Kierowanie pracą zespołów pielęgniarskich Podejmowanie decyzji dotyczących służb pielęgniarskich Wprowadzanie modyfikacji i zmian w organizacji oraz zarządzaniu opieką pielęgniarską</p>
<p>Zakres zadań funkcji zarządzania omówiony w: podrozdz. 2.7</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planowanie pracy własnej i (lub) zespołów pielęgniarskich <ul style="list-style-type: none"> - określenie celu lub celów, w tym celów pośrednich i szczegółowych - ustalenie zadań niezbędnych do osiągnięcia celów - określenie zasobów do realizacji zadań, potrzebnych środków, zasobów rzeczowych i ludzkich

<p>podrozdz. 2.8, 3.9.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ustalenie optymalnego terminu osiągnięcia celu (celów) - wyznaczenie kryteriów pomiaru wyników - ustalenie metodologii opracowania planu <ol style="list-style-type: none"> 2. Projektowanie działań, koordynowanie ich wykonania <ul style="list-style-type: none"> - ustalanie struktury organizacyjnej - określenie obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności realizatorów szczegółowych zadań i celów - zabezpieczenie środków do właściwej realizacji zadań 3. Motywowanie ludzi do osiągania celów i uczestniczenia w realizacji działań i zadań <ul style="list-style-type: none"> - ukazywanie współpracownikom powiązań pomiędzy pracą, ich wysiłkiem a uzyskanymi efektami - nagradzanie pożądanych zachowań - stosowanie środków dyscyplinujących 4. Porównanie wykonania zadania (zadań) ze wzorcem, pożądanym stanem <ul style="list-style-type: none"> - ocena uzyskanych wyników w odniesieniu do określonego celu - ustalenie występowania odchyleń, ich źródeł - ustalenie warunków pozwalających na uzyskiwanie w przyszłości wyników zgodnych ze wzorcem i ustalonym celem
-----------------------------	---

Zadania funkcji naukowo-badawczej

Tabela 3.10. Funkcja zawodowa pielęgniarki — funkcja naukowo-badawcza

<p>Cel zadań funkcji naukowo-badawczej</p>	<p>Rozpoznawanie zapotrzebowania na rodzaj, zakres i charakter badań naukowych w pielęgniarstwie i dla pielęgniarstwa Organizowanie i kierowanie zespołem prowadzącym badania Ocenianie wyników badań pod kątem ich wykorzystania w praktyce Współpraca w zespołach prowadzących badania podstawowe i kliniczne Korzystanie z informacji naukowej</p>
<p>Zakres badań funkcji naukowo-badawczej omówiony w: podrozdz. 1.10, 1.11</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykorzystywanie wyników badań w działalności praktycznej <ul style="list-style-type: none"> - systematyczne studiowanie i analizowanie literatury zawodowej i naukowej - uczestniczenie w konferencjach i zjazdach naukowych - przetwarzanie informacji zawartych w publikacjach i doniesieniach z intencją ich wdrożenia w warunkach prowadzonej działalności zawodowej - rozpoznawanie stanu zapotrzebowania na badania na rzecz rozwoju pielęgniarstwa 2. Współdziałanie w badaniach naukowych <ul style="list-style-type: none"> - ustalanie problemu badawczego

- ocena problemu w świetle literatury przedmiotu
- określenie hipotez, niezbędnych założeń, prawdopodobnych rozwiązań
- opracowanie programu badawczego
- prowadzenie badań właściwych (gromadzenie danych przy zastosowaniu różnych metod i technik)
- opracowanie zebranego materiału
- sformułowanie wniosków
- propagowanie wyników badań
 - przygotowanie doniesienia, publikacji
 - zaprezentowanie wyników na konferencji
 - zaprezentowanie wyników w środowisku pracy

Wyznaczenie szczegółowych zadań w ramach każdej z funkcji ułatwia przygotowanie programów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek.

Zakres i charakter wykonywanych zadań uwarunkowany jest miejscem pracy lub zajmowanym stanowiskiem. Najczęściej to zajmowane stanowisko wyznacza wymagania w zakresie przygotowania zawodowego pielęgniarek, od wykształcenia na poziomie podstawowym, przez dodatkowe legitymowanie się ukończeniem kursu kwalifikacyjnego, posiadaniem specjalizacji zawodowej, wyższych studiów magisterskich, aż po studia podyplomowe.

3.8 Przygotowanie pielęgniarki do zadań zawodowych

Pielęgniarka powinna być świadoma konieczności stałego inwestowania we własny rozwój zawodowy. Wynika to z faktu systematycznego rozwoju każdej dziedziny nauki, szczególnie tych jej obszarów, które integralnie związane są z opieką i pielęgnowaniem. Stale poszerza się zakres działalności praktycznej pielęgniarki i coraz wyższy jest poziom wykształcenia pacjentów/podopiecznych. Pielęgniarka, jeżeli chce być partnerem w relacjach opiekuńczych z podmiotem opieki i współpartnerem w interdyscyplinarnym zespole opiekuńczym powinna systematycznie dbać o rozwój własnych umiejętności, planować ten rozwój, projektować samokształcenie, korzystać z możliwych form doskonalenia podnosząc poziom kwalifikacji.

W przygotowaniu zawodowym ważne są posiadane przez pielęgniarkę kwalifikacje oraz kompetencje.

3.8.1 Kwalifikacje i kompetencje pielęgniarki

Kwalifikacje zawodowe to układ wiadomości, umiejętności i postaw niezbędnych do wykonywania zadań zawodowych. Kwalifikacje różnicujemy na **formalne** (umiejętności potwierdzone dyplomem szkoły/uczelni) i **realne** (umiejętności prze-

jawiające się w konkretnym działaniu). W niektórych zawodach poziom kwalifikacji formalnych pracowników może być zróżnicowany i taka sytuacja jest w zawodzie pielęgniarki.

W Polsce kwalifikacje umożliwiające zdobycie uprawnień do tytułu pielęgniarki i warunkujące uzyskanie prawa wykonywania zawodu można uzyskać w wyniku ukończenia studiów w wyższych szkołach zawodowych lub akademickich szkołach wyższych (absolwent uzyskuje tytuł licencjata) albo szkołach wyższych prowadzących kształcenie na poziomie studiów magisterskich (absolwent uzyskuje tytuł magistra pielęgniarstwa). Do 2000 r. kształcenie prowadzone było również w szkołach pomaturalnych, a wcześniej w liceach medycznych (absolwenci uzyskiwali tytuł zawodowy pielęgniarki).

Uwaga. Załącznika dotyczące kształcenia pielęgniarek do zawodu reguluje Ustawa z dnia 5 lipca 1996 o zawodach pielęgniarki i położnej (DzURP Nr 91, poz. 410, z późniejszymi zmianami).

Za najistotniejsze realne umiejętności w przygotowaniu zawodowym pielęgniarki uważamy te, które dotyczą:

- komunikowania z podmiotem opieki, w grupie zawodowej i w zespole opiekuńczo-terapeutycznym,
- wykonywania (zgodnie z obowiązującymi zasadami i procedurą) zabiegów i czynności pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych, usprawniających,
- organizowania pracy własnej i pracy z podopiecznym.

Dodatkowe wyjaśnienie. Dąży się do ujednoczenia wymagań w zakresie wykształcenia pielęgniarek kształconych w krajach europejskich. Z inicjatywy Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Światowej Organizacji Zdrowia kraje członkowskie Unii Europejskiej podpisały porozumienie w zakresie wymaganego czasu kształcenia i treści programowych obowiązujących w kształceniu pielęgniarek. Umożliwiło to opracowanie standardów kształcenia obowiązujących na każdym poziomie kształcenia i doskonalenia, a w rezultacie wzajemne uznawanie dyplomów pielęgniarek kształconych zgodnie ze standardami.

Uwaga. Pielęgniarki po uzyskaniu dyplomu szkoły, stwierdzającego podstawowe wykształcenie zawodowe w zakresie pielęgniarstwa, mogą kontynuować kształcenie w formie kursów kwalifikacyjnych, studiów magisterskich, studiów podyplomowych, w tym takich, które umożliwiają uzyskanie specjalizacji w pielęgniarstwie.

Kompetencje to uprawnienia i pełnomocnictwa nadane do podejmowania działań. W działalności zawodowej zakres kompetencji powinien być związany z poziomem wykształcenia i kwalifikacji zawodowych oraz zajmowanym stanowiskiem. Są to tak zwane **kompetencje formalne**. Uzyskanie dyplomu szkoły stwierdzającego uzyskanie kwalifikacji pielęgniarki nie jest jedynym warunkiem uprawniającym do praktykowania w zawodzie. Zgodnie z Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej konieczne jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu wydawane przez Samorząd Pielęgniarek i Położnych. W Ustawie określono warunki, które musi spełnić osoba ubiegająca się o takie prawo w Polsce.

Uwaga. Zapoznaj się z zapisami Ustawy w części dotyczącej warunków uzyskania prawa wykonywania zawodu i określ, jakie warunki musi spełnić absolwent studiów licencjackich w Polsce, aby takie prawo uzyskać.

Uwzględniając poziom wykształcenia pielęgniarek i miejsce pielęgniarstwa w systemie opieki można określić **kompetencje realne** pielęgniarki, tzn. uprawnie- nia i odpowiedzialność za określony zakres zadań.

Uważa się, że **kompetentna pielęgniarka dokonuje trafnej oceny sytuacji, szybko ko podejmuje decyzje, jest w stanie przewidzieć prawdopodobne skutki różnych działań, wykorzystując własną wiedzę potrafi wybrać właściwe metody postępo- wania** (Damant i wsp., 1997).

Zagadnienie realnych kompetencji pielęgniarki omówiono w podrozdz. 3.3 i 3.4. Z pojęciem kwalifikacji i kompetencji pielęgniarki łączy się pojęcie jej autonomii.

3.8.2 Autonomia pielęgniarki

Pojęcie autonomii rozumiane jest jako:

- prawo do samodzielnego rozstrzygania spraw wewnątrz jakiejś zbiorowości,
- prawo do samostanowienia,
- samodzielność, niezależność osoby.

Dwa pierwsze wyznaczniki dotyczą grupy zawodowej pielęgniarek i zagwaran- towane są w zapisach ustawy o zawodzie, a także istnieniem samorządu pielęgna- rek i położnych.

Uwaga. Zapoznaj się z zapisami Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej i Ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Zapisy ustawy o zawodzie gwarantują grupie zawodowej pielęgniarek prawo do samodzielności w zakresie ustalania zakresu praktyki, zarządzania pielęgniarstwem, kształcenia do zawodu, nadawania prawa wykonywania w zawodzie i samodzielnego rozstrzygania spraw dotyczących pielęgniarstwa wewnątrz grupy zawodowej.

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.8.1. Zastanów się, w czym wyraża się autonomia pielęgniarki, a co oznacza autonomia pielęgniarstwa.

Samodzielność osoby rozpatrywana jest w znaczeniu samodzielności człowieka w:

- myśleniu,
- działaniu,
- podejmowaniu decyzji,
- uczeniu się.

O samodzielnym myśleniu mówimy wówczas, gdy człowiek sam potrafi posta- wić problem, rozwiązać go racjonalnie, posługując się wiedzą i przy zastosowaniu właściwych metod sprawdzić wartość rozwiązania.

Jednym z podstawowych aspektów samodzielności człowieka jest **niezależność** jego myśli i działań od różnych czynników, w tym nacisku innych osób. Działanie określamy jako samodzielne, jeżeli inicjatywa i koncepcja wykonania jest świadoma, przebieg i kontrola wykonania zależą od człowieka wykonującego, a całość za- dania jest realizowana bez nadzoru i pomocy innych osób.

Samodzielność jest cechą osobową przejawiającą się w decydowaniu. Decyzja oznacza gotowość do działania w zaistniałej sytuacji, przejawiającą się w wyborze jednej spośród wielu możliwości (celów, dróg, metod, środków), i gotowość dzia- łania w określonej sytuacji.

Samodzielnym pracownikiem jest ten, kto nie wymaga nieustannego instruowa- nia, nie czeka na otrzymanie zadania, ale sam dostrzega konieczność jego wykona- nia, trafnie doбира środki niezbędne do wykonania zadania, wykonuje zadanie i sprawdza jego skuteczność. Ważne jest przy tym poczucie niezależności myślenia, tzn. nieuleganie wpływom różnych sugestii i naciskom z zewnątrz, a kierowanie się własnym zdaniem.

Samodzielne postępowanie nie może być jednak sprzeczne z przyjętymi norma- mi, w tym normami współżycia między ludźmi. Samodzielność będąca w sprzecz- ności z ogólnymi zasadami postępowania, przyjętymi normami staje się samowolą.

Pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu powinna być samodzielną i przejawiać tę cechę w odniesieniu do wszystkich zadań zawodowych, również tych, które wykonuje na zlecenie innych osób. Pielęgniarka powinna decydować o:

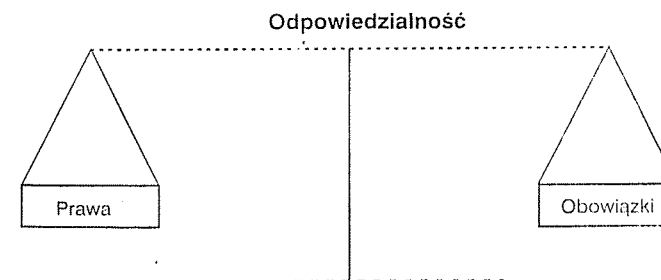
- doborze i określaniu celu działania,
- sposobie wykonywania zadań,
- kolejności rozwiązywania problemów,
- zakresie odpowiedzialności za przebieg i rezultat podejmowanych działań.

Samodzielność to swoboda w podejmowaniu decyzji (tab. 3.11) ograniczona tylko wiedzą i doświadczeniem zawodowym. Związana jest z odpowiedzialnością, czyli koniecznością ponoszenia konsekwencji swoich zachowań. Prawidłowa reali- zacja zadań zawodowych jest możliwa tylko wtedy, gdy zakres obowiązków, upraw- nień i odpowiedzialności pozostają we właściwych relacjach (ryc. 3.8).

Pielęgniarka powinna być przygotowana do podejmowania i wykonania decyzji zawodowych w realizowaniu indywidualnych zadań, jak również w pracy w zespole pielęgniarek i zespole wielozawodowym. Pielęgniarka musi pracować jako partner przedstawicieli innych profesji i zawodów biorących udział w świadczeniu usług zdrowotnych. Istotę procesu podejmowania decyzji pokazano w tab. 3.11.

Uwaga. Zapoznaj się z zapisami Kodeksu etyki pielęgniarki i położnej. Doko- naj analizy pojęcia samodzielności zawodowej z punktu widzenia przestrzegania zasad etyki zawodowej.

Podstawowym czynnikiem decydującym o rozwoju zawodu jest konieczność sys- tematycznej przebudowy tradycyjnej roli pielęgniarki (pielęgniarka służy lekarzo- wi) na taką, która odpowiadałaby nie tyle potrzebom systemu zdrowia, co ludzkim potrzebom zdrowotnym (pielęgniarka służy pacjentowi) (Salvage, 1998).



Ryc. 3.8. Relacje między obowiązkami, prawami a odpowiedzialnością w realizowaniu zadań zawo- dowych.

Tabela 3.11. Proces podejmowania decyzji w działaniach zawodowych

Etapy podejmowania decyzji przy wykonaniu zadania	Zakres działań i ich uwarunkowanie
Powstanie sytuacji pobudzającej do działania	Zadanie do wykonania jako problem – uświadomienie sobie, że w zadaniu jest pewna trudność , którą należy pokonać – dostrzeżenie trudności – zrozumienie istoty trudności i jej nazwanie — ustalenie celów szczegółowych
Analiza sytuacji	Gromadzenie informacji – dobór zakresu gromadzonych informacji – wybór metod gromadzenia informacji Uwaga praktyczna Ważne jest: – szybkość zdobywania informacji – poprawne opracowanie uzyskanych informacji – sposób i czas przekazywania informacji Ocena informacji – analiza zgromadzonych informacji – ustalenie wniosków
Podjęcie decyzji	Uwaga praktyczna Falszywe wnioski mogą być wyciągane przy nadmiarze i przy zbyt małej liczbie informacji Analiza możliwości rozwiązania zadania Wybór możliwości rozwiązania zadania Uwaga praktyczna Przy podejmowaniu decyzji istotny jest krytycyzm, umiejętność wykorzystywania rad udzielanych przez innych ludzi przy niezależności własnych sądów Wybrany sposób wykonania zadania uzyskuje rangę rozstrzygającą i dominującą
Wykonanie zadania	Ustalenie planu wykonania zadania Wykonanie zadania na podstawie wybranej procedury
Sprawdzenie prawidłowości podjętej i wykonanej decyzji	Ocena osiągniętego wyniku w odniesieniu do ustalonego celu

Z tego względu każda pielęgniarka powinna rozumieć istotę własnej odpowiedzialności w świadczeniu opieki i fakt, iż jest niezależnym praktykiem odpowiedzialnym za świadczoną opiekę, za ocenę osobistych potrzeb związanych z ciągłym kształceniem oraz za podejmowane przez siebie działania w celu zaspokojenia tych potrzeb (Salvage, 1998). Kształcenie może dotyczyć m.in. umiejętności podejmowania decyzji koniecznych w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa, do nauczania pielęgniarstwa, w praktyce klinicznej lub do prowadzenia badań naukowych.

Zadania sprawdzające

1. Wyjaśnij pojęcia: „rola zawodowa”, „funkcje zawodowe”, „zadania zawodowe”.
2. Wymień główne zadania zawodowe pielęgniarki, które zapisano w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 1996 r.
3. Podaj przyjęte w Polsce określenie zawodu pielęgniarki.
4. Wymień zasadnicze grupy zadań, które pielęgniarka może realizować na rzecz podmiotu opieki.
5. Wyjaśnij, jak rozumiesz pojęcie: „funkcja opiekuńcza pielęgniarki”. Wymień zadania, które może realizować pielęgniarka w ramach tej funkcji.
6. Określ istotę zadań funkcji promowania zdrowia.
7. Wymień i omów zadania, które powinna realizować pielęgniarka na rzecz profilaktyki.
8. Wymień zadania zawodowe, które pielęgniarka może wykonywać na rzecz pacjenta, współpracując w realizacji planu leczenia i rehabilitacji.
9. Wyjaśnij, jak rozumiesz pojęcie współzależności w wykonywaniu zadań zawodowych przez pielęgniarkę.
10. Wymień i omów zakres zadań pielęgniarki wykonywanych na rzecz rozwoju pielęgniarstwa.

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Przygotuj argumenty do dyskusji: „Istota samodzielności pielęgniarki w pracy wielozawodowego zespołu opiekuńczego”.
2. Uzasadnij konieczność współdziałania pielęgniarek praktyków w realizowaniu programu badań na rzecz poprawy jakości opieki.
3. Przygotuj listę publikacji, które ukazały się w ostatnim roku w czasopiśmie zawodowych, a ich problematyka dotyczyła zadań pielęgniarki na rzecz promocji zdrowia.
4. Porównaj zakres zadań pielęgniarki pracującej w gabinecie zabiegowym przychodni i pielęgniarki odcinkowej oddziału pediatrycznego. Określ, jakich funkcji dotyczą te zadania. Pracę wykonaj porównując m.in. regulaminy pracy pielęgniarek przychodni i szpitala.
5. Wymień i omów zadania wykonywane przez pielęgniarkę w ramach funkcji kształcenia.

Literatura

- Ciechaniewicz W: Funkcje zawodowe pielęgniarek, cz. I–XII. Pielęgniarstwo 2000, 1997, 2, 4, 5, 6 (31, 33, 34, 35); 1998, 1–6 (36–41); 1999, 1–3 (42–44).
- Ciechaniewicz W: Pielęgniarka i pielęgnowanie w opiece nad zdrowiem dziecka. W: Choroby wieku rozwojowego (red. I. Szajner-Milart, A. Papierkowski). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1997.
- Collins S., Parker E. (red.): Propedeutyka pielęgniarstwa. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.

- Damant M., Martin C., Openshaw S.: Pielęgniarstwo w praktyce ogólnej. Wyd. Med. Sanmedica, Warszawa 1997.
- Formański J. (red.): Kształcenie pielęgniarek w Norwegii. CEM, Warszawa 1996.
- Lenartowicz H.: Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarskiej. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Podstawa programowa kształcenia w zawodzie pielęgniarki. 27 07. MZiOS, Warszawa 1997.
- Poznańska S.: Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1988.
- Salvage J. (red.): Pielęgniarstwo w działaniu. Publikacje regionalne ŚOZ. Seria Europejska nr 48, Warszawa 1998.
- Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z 19 kwietnia 1991. DzURP 1991, Nr 41, poz. 178.
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 5 lipca 1996. DzURP 1996, Nr 91, poz. 410.
- Wronska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1997.

3.9

Podstawa działalności zawodowej pielęgniarki

Pielęgnowanie profesjonalne to zawodowa działalność pielęgniarki oparta na racjonalnych podstawach teoretycznych:

- teoriach i modelach pielęgnowania (zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.6),
- zasadach postępowania zawodowego,
- zasadach etycznych.

W działaniach zawodowych w czasie wykonywania zabiegów pielęgniarka powinna pracować, opierając się na obowiązujących procedurach i opracowanych algorytmach.

3.9.1

Ogólne zasady postępowania

Zasady postępowania zawodowego

Ogólne zasady postępowania są **podstawowymi regułami wykonywania zadań i rozwiązywania problemów zawodowych**. Formułowane są na podstawie wiedzy i wyników badań z różnych dziedzin nauki. Określają i wyznaczają racjonalny sposób postępowania uważany za obowiązujący, ponieważ został opracowany przy wykorzystaniu wiedzy, najnowszych osiągnięć i wyników badań naukowych zweryfikowanych praktyką.

Zasady są twierdzeniami opartymi na prawach naukowych rządzących określonym procesem. Stąd np. zasady antyseptyki i zasady aseptyki opracowano na podstawie wyników badań z zakresu epidemiologii, mikrobiologii i wirusologii (zapoznaj się z treścią podrozdz. 5.4.2), a zasady komunikowania się na podstawie badań z psychologii i socjologii (zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.8.3).

Pielęgniarka, rozwiązując problemy zawodowe, w tym problemy podopiecznych, swoje działania powinna opierać na obowiązujących zasadach postępowania,

a nie na intuicji czy też prostych, wyuczonych w drodze naśladownictwa, czynnościach fachowych. Chroni to ją przed świadczeniem usług nieprofesjonalnych, na niskim poziomie. Podczas wykonywania różnych zabiegów pozwala nie tylko uniknąć powikłań i niebezpieczeństw czasami groźnych dla zdrowia i życia pacjenta, ale również na uniknięcie choroby zawodowej (np. przestrzeganie zasad postępowania z materiałem zakaźnym) (zapoznaj się z treścią podrozdz. 5.5.1).

Wymóg przestrzegania obowiązujących zasad dotyczy każdej profesjonalnej działalności, nie tylko pielęgniarki, ale również lekarza, dietetyka, psychologa, analityka medycznego i innych. W opiece zdrowotnej wypracowane są wspólne zasady obowiązujące różne grupy zawodowe przy wykonywaniu tych samych zadań (np. zasady podawania leków, pobierania krwi do badania, zasady antyseptyki, aseptyki, komunikowania się z podmiotem opieki).

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdz. 1.11 i zastanów się, jakie jest znaczenie badań naukowych w tworzeniu i weryfikowaniu zasad postępowania zawodowego.

Zasady etyki zawodowej

Zasady etyki zawodowej określone są w Kodeksie Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej, który przyjęto 4 grudnia 1995 roku na II Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych, a następnie uaktualniono na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych, który odbył się w dniach 8–11 grudnia 2004 r. Kodeks zawiera treść przyrzeczenia pielęgniarek i położnych, które składają absolwenci szkoły, zobowiązując się do:

- służenia życiu i zdrowiu ludzkiemu,
- przeciwdziałania cierpieniu, zapobiegania chorobom, współuczestniczenia w procesie leczenia,
- niesienia pomocy podopiecznym, okazywania im szacunku, nie nadużywania zaufania,
- przestrzegania tajemnicy zawodowej,
- strzeżenia godności zawodu pielęgniarki,
- systematycznego podnoszenia wiedzy,
- rzetelnego wypełniania obowiązków wynikających z pracy w zawodzie.

Podstawowe zasady etyczne, do których przestrzegania zobowiązana jest pielęgniarka, można sprowadzić do kilku zasadniczych punktów:

- odpowiedzialności za działania w zakresie pielęgniarstwa,
- szacunku do godności osoby ludzkiej,
- prawa pacjenta do intymności,
- ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta,
- rozwoju wiedzy zawodowej,
- podnoszenia kwalifikacji,
- współpracy z innymi osobami w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Zasady etyki określają normy postępowania w relacjach pielęgniarki z podopiecznym i współpracownikami, w realizowaniu praktyki zawodowej i w odniesieniu do zawodu, a także postępowania poza obowiązkami zawodowymi.

3.9.2

Procedury i algorytmy postępowania

Procedury postępowania

Procedura to unormowany sposób postępowania. Ustalana jest na podstawie zasad postępowania, obowiązujących przepisów, najczęściej uwzględnia również panujące zwyczaje i doświadczenia praktyczne osób wykonujących zadanie. Ułatwia wykonanie zadania (zabiegu, czynności pielęgnacyjnych), ponieważ opisuje sposób wykonania (metodę, techniki) i zalecaną organizację pracy osób wykonujących zadanie, kompetencje tych osób.

Wszystkie zabiegi diagnostyczne, terapeutyczne i usprawniające powinny być wykonywane na podstawie opracowanych procedur. Również większość zabiegów pielęgnacyjnych należy wykonywać na podstawie ustalonej procedury.

Uwaga. Zapoznaj się z treścią podrozdziałów: 5.6, 6.4.2, 6.5.2, 6.6.1, 6.7.1, 6.7.2, 9.5, 10.4). Zastanów się, czy tak opisany sposób wykonania zadania ułatwia pielęgniarce realizację zadania.

Algorytm postępowania

Algorytm to przepis wykonania zadania. Umożliwia poprawne rozwiązanie wszystkich zadań określonych w podanym wzorze. To schemat zawierający:

- plan wszystkich kolejnych czynności składających się na wykonanie zadania,
- sposób wykonania każdej czynności,
- poprawny wynik każdej operacji.

Suma kolejnych poprawnych wyników cząstkowych daje w rezultacie poprawny wynik całego działania.

Algorytm jest wzorem, schematem, formułą. W logice określany jest jako metoda rozwiązywania określonego typu zagadnień, posługująca się językiem symbolicznym, np. matematycznym, podająca zbiór przepisów postępowania określających dokładnie kolejno następujące po sobie czynności, które należy wykonać, aby rozwiązać zagadnienie pewnego typu.

Algorytm jest wykorzystywany w procesie uczenia się, w kształtowaniu i doskonaleniu umiejętności. Pomaga w opanowaniu umiejętności wykonania zadania i umożliwia sprawdzenie poprawności (przebiegu i wyniku) wykonania całego działania. Sposób wykonania każdej czynności można opisać i pokazać za pomocą rysunków, fotografii, rycin. Algorytmy ułatwiają opanowanie umiejętności wykonania zadania przez uświadomienie struktury i konieczności zachowania poprawnej, logicznej kolejności wykonania czynności. Dzięki temu możemy kontrolować poprawność swojego działania (na każdym etapie) i ewentualnie dokonywać korekty postępowania.

Wprawdzie o umiejętności decyduje wynik, a nie sposób wykonania, to jednak w wykonaniu większości zabiegów pielęgniarstwa ważna jest poprawność wykonania czynności elementarnych, składających się na całość zabiegu. Ważne jest przestrzeganie ustalonych zasad postępowania. Przepis zawarty w algorytmie zawsze uwzględnia te zasady, a zachowanie logicznej kolejności ułatwia organizację pracy, przez co często skraca czas wykonania zadania.

Szczegółowość poleceń zawartych w opisie sposobu wykonania powinna być dostosowana do poziomu wiedzy i umiejętności osób, które będą korzystać z algorytmu. W każdym algorytmie powinny być określone wszystkie zasadnicze czynności, które wykonujemy na obiektach (pacjent, sprzęt, aparatura). Czynności wykonywane na tych obiektach są opisane w logicznej kolejności, co oznacza, że wykonanie pierwszej operacji i osiągnięcie poprawnego wyniku jest warunkiem przystąpienia do wykonania drugiej i kolejnych po sobie następujących. Rysunki, fotografie, ryciny umieszczamy wówczas, gdy skuteczniej mogą zastąpić opis obiektu i operacji, które należy wykonać. Suma poprawnych wyników cząstkowych gwarantuje osiągnięcie wyniku ogólnego określonego w celu, dla którego podejmowaliśmy działanie.

Pielęgniarki mogą przygotować i posługiwać się algorytmami wykonywania takich zabiegów, w których opracowana jest jednolita procedura postępowania. Należą do nich m.in. zabiegi:

- zapewniające pacjentowi komfort i wygodę: zabiegi higieniczne, układanie pacjenta w różnych pozycjach (patrz podrozdz. 11.6.5, 11.6.14),
- ułatwiające pacjentowi podtrzymywanie mechanizmów obronnych organizmu: zabiegi przeciwwzpalne, podawanie szczepionek (patrz podrozdz. 7.3.9, 7.3.12),
- diagnostyczne, lecznicze i usprawniające: pobieranie materiału do badań, podawanie leków w różnej postaci i różnymi drogami (patrz podrozdz. 6.6.1, 7.3.3),
- stosowane podczas udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej (patrz podrozdz. 8.4).

Algorytmy wykorzystywane są również do opisu obsługi sprzętu i aparatury.

Algorytmy postępowania należy traktować jako ułatwienie w pracy (również w procesie kształcenia i doskonalenia), ponieważ pozwalają na wykonywanie zadań zgodnie z ustaloną procedurą i na systematyczne kontrolowanie (na każdym etapie wykonania zadania) poprawności własnego działania.

3.9.3

Normy praktyki zawodowej

W profesjonalnym pielęgnowaniu należy przestrzegać obowiązujących zasad postępowania, dbając jednocześnie, aby oferowane i świadczone usługi były zgodne z ustalonymi normami wykonawstwa opieki i praktyki zawodowej. Każda pielęgniarka indywidualnie odpowiedzialna jest za jakość świadczeń. Istotą oceny jakości opieki jest systematyczne wykazywanie różnic między wskaźnikami wykonawstwa (kryteriami) a ustalonymi normami (standardami).

Znanych jest wiele określeń pojęcia **standard**, choć w praktyce zawodowej najczęściej przyjmuje się, że jest to **wzór i norma proponowanych usług, które grupa zawodowa oferuje odbiorcom, informujących ich o zakresie i gwarantowanej jakości.**

Standard w pielęgniarstwie jest normą realizacji zadań i czynności wchodzących w zakres profesjonalnej praktyki zawodowej, a wynikających z roli zawodowej pielęgniarki. W pielęgniarstwie najczęściej posługujemy się standardami praktyki zawodowej i standardami opieki pielęgniarstwa (pielęgniarskiej).

Standard praktyki zawodowej to norma wykonywania zadań, zbiorów czynności i zadań wykonywanych przez pielęgniarkę w różnych formach opieki (np. standard opieki klinicznej, standard w pielęgniarstwie rodzinnym, standard pielęgnowania w podstawowej opiece zdrowotnej).

Standard opieki pielęgniarstwiej (pielęgnowania) to norma wykonywania zadań przez pielęgniarkę w odniesieniu do pacjentów w różnym stanie (np. standard pielęgnowania pacjenta długotrwale unieruchomionego, standard pielęgnowania pacjenta nieprzytomnego).

W ustalaniu standardów pielęgnowania uwzględnia się m.in.:

- obowiązujące przepisy regulujące praktykę zawodową (Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, rozporządzenia ministra zdrowia),
- realne warunki funkcjonowania służby zdrowia w Polsce (zakres opieki, organizacja, zasady finansowania),
- kompetencje pielęgniarki pracującej na różnych stanowiskach (określone kwalifikacje, uprawnienia),
- przyjęte ogólne zasady postępowania wypracowane na podstawie wyników badań naukowych, stanowiących racjonalną podstawę praktyki w zawodzie,
- przyjęte zasady etyki zawodowej.

Standardy służą przede wszystkim obiektywnej ocenie jakości pielęgnowania. Chronią pacjenta przed otrzymywaniem usług niskiej jakości i świadczeniem ich przez osoby niekompetentne.

Można wykorzystać różne metody do obiektywnej oceny jakości opieki. Wymaga to zawsze ustalenia przede wszystkim kryteriów (wskaźników) oceny. Określają one, co oceniamy (czyli zakres oceny), a następnie do ustalonych wskaźników formułujemy normy, które wskazują, do jakiego poziomu wykonawstwa zobowiązani jesteśmy podczas wykonywania zadań.

Jakość opieki pielęgniarstwiej oceniamy najczęściej analizując:

- **wynik,**
- **proces,**
- **strukturę.**

Wynik określa stan, który powinien osiągnąć pacjent: jest to efekt podjętych przez pielęgniarkę działań. Stan pacjenta ocenia się w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, a często również w zakresie przygotowania do samoopieki (w zakresie motywacji, wiedzy i umiejętności).

Ocena procesu polega na określeniu, czy działania podejmowano zgodnie z ustaloną normą.

Ocena struktury to określenie, czy zostały spełnione wszystkie warunki niezbędne do realizowania opieki i osiągnięcia wyniku (warunki organizacyjne i techniczne, obowiązujące przepisy, zasoby rzeczowe i ludzkie, ich kwalifikacje i kompetencje).

Pielęgniarki powinny zabiegać o to, aby ich praca była oceniana w odniesieniu do obowiązujących standardów, a jednocześnie dbać o umożliwienie praktyki w zawodzie przez te osoby, które przestrzegają norm i spełniają wymogi określone w standardach.

Standardy pozwalają również na określenie ram współpracy i współdziałania w zespole opiekuńczym. Pożądane jest więc wspólne opracowywanie standardów opieki albo dążenie, aby wszystkie grupy zawodowe uczestniczące w opiece oceniały jej jakość w odniesieniu do komplementarnych standardów zawodowych.

We współczesnym pielęgniarstwie dużą wagę przywiązuje się do definiowania pojęć i właściwego ich stosowania. W tabeli 3.12 ukazano różnice, a jednocześnie związek i relacje między pojęciami powszechnie stosowanymi w praktyce, takimi jak zasady postępowania, procedura postępowania, algorytm, norma jakości (standard).

Tabela 3.12. Relacje między zasadą postępowania, procedurą, algorytmem, standardem

Nazwa pojęcia	Istota	Wykorzystanie, zastosowanie
Zasada postępowania	Obowiązująca reguła postępowania wyznaczająca racjonalny sposób postępowania	Obowiązuje przy wykonywaniu zadań i rozwiązywaniu problemów zawodowych
Procedura postępowania	Znormalizowany sposób postępowania z planem postępowania	Ułatwia wykonanie zadania, wskazując na obowiązujące zasady, metodę i techniki, zalecaną organizację pracy podczas wykonania
Algorytm	Dokładny plan wykonania całego zadania z opisem sposobu wykonania każdej czynności i oczekiwanym wynikiem każdego etapu zadania	Ułatwia sprawdzenie poprawności wykonania każdego etapu zadania Pomaga w opanowaniu umiejętności
Standard	Wymóg, norma jakości wykonania zadań	Wykorzystywany do oceny jakości wykonania Umożliwia porównanie wykonania z obowiązującymi wymaganiami

Zadania sprawdzające

1. Wyjaśnij pojęcie: „ogólne zasady postępowania”.
2. Omów znaczenie zasad postępowania w profesjonalnym pielęgnowaniu.
3. Wymień przykłady zasad, których w działaniach opiekuńczych na rzecz podopiecznego powinna przestrzegać pielęgniarka.
4. Wyjaśnij źródło formułowania ogólnych zasad postępowania w zawodzie pielęgniarki.
5. Wyjaśnij pojęcie: „procedura postępowania”.
6. Porównaj procedurę postępowania i algorytm wybranego zabiegu (działania). Wskaż na podobieństwa i różnice.
7. Omów znaczenie algorytmów postępowania w pracy pielęgniarki.

8. Wyjaśnij istotę indywidualnej odpowiedzialności pielęgniarki za jakość świadczeń opiekuńczych.
9. Wyjaśnij relację między ogólnymi zasadami postępowania a normami jakości opieki.
10. Omów znaczenie standardów dla rozwoju pielęgniarstwa.

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Wyjaśnij relacje między zasadami postępowania a standardami (podaj przykłady, posługując się poniżej podaną literaturą).
2. Przygotuj argumenty do dyskusji: „Znaczenie standardów w rozwoju zawodowego pielęgniarstwa”.
3. Przygotuj listę ogólnych zasad postępowania i standardów, na podstawie których wykonuje praktykę pielęgniarka pracująca w gabinecie zabiegowym przychodni. Pracę przygotuj opierając się na analizie literatury i wywiadzie przeprowadzonym z pielęgniarką pracującą w przychodni.
4. Zbierz informacje dotyczące standardów, na podstawie których pracują przedstawiciele innych zawodów opiekuńczych w szpitalu (fizjoterapeuta, analityk medyczny, lekarz, psycholog, dietetyk). Porównaj te standardy z tymi, które przygotowały pielęgniarki.
5. Zbierz informacje pozwalające na sformułowanie odpowiedzi na pytanie: czy inni przedstawiciele zespołu terapeutycznego (np. dietetyk, lekarz, analityk medyczny, fizjoterapeuta) posługują się ogólnymi zasadami postępowania. Jeżeli tak, to porównaj te zasady z zasadami obowiązującymi pielęgniarkę.

Literatura

- Adamczyk K., Turowski K.* (red.): Wybrane szczegółowe standardy pielęgniarstwa klinicznego. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1996.
- Górajek-Jóźwik J., Ciechaniewicz W.* (red.): Ogólne zasady postępowania w wybranych stanach klinicznych. Wydawnictwo OVO, Warszawa 1999.
- Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1995.
- Kózka M.* (red.): Wybrane standardy opieki pielęgniarstwa klinicznego. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa CM UJ, Kraków 1997.
- Lenartowicz H.*: Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarstwa. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradnicki). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Lenartowicz H.*: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa 1998.
- Piątek A.* (red.): Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.
- Reperowska K.* (red.): Wybrane standardy opieki pielęgniarstwa w nefrologii dziecięcej. CEM, Warszawa 1995.
- Turowski K.* (red.): Wybrane standardy pielęgniarstwa klinicznego. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1994.

Zadania problemowe do rozdziału 3

1. Na podstawie zapisów Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 1996 r. określ, jaką wiedzę, umiejętności należy opanować i jakie dodatkowe warunki spełnić, aby w Polsce uzyskać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.
2. Wyjaśnij, czym uwarunkowana jest konieczność wprowadzenia procedury nostryfikacji (uznawania) dyplomów ukończenia szkoły pielęgniarstwa w różnych państwach europejskich.
3. Uzasadnij, dlaczego ważny jest (z punktu widzenia rozwoju zawodu) zapis w Ustawie o zawodach pielęgniarek i położnych, przyznający tylko samorządom pielęgniarek i położnych wydawanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie kraju.
4. Wyjaśnij znaczenie samodzielności pielęgniarki w realizacji zadań funkcji terapeutycznej.
5. Rozwiń myśl zawartą w zdaniu: „Pielęgniarstwo jest zawodem, którego istotą jest pielęgniarstwo”.

Część II

**DZIAŁALNOŚĆ PRAKTYCZNA
PIEŁĘGNIARKI.**

**Zadania profilaktyczne i udział
w procesie diagnozowania**

Rozdział 4

ROLA PIEŁĘGNIARKI W PROCESIE DIAGNOZOWANIA, LECZENIA, REHABILITACJI PACJENTA

Wiesława Ciechaniewicz

- 4.1. Cele rozdziału
 - 4.2. Kluczowe słowa, pojęcia
 - 4.3. Metody, sposoby i techniki stosowane w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji
 - 4.4. Kompetencje pielęgniarki w diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji pacjenta, wynikające z zapisów ustawy o zawodzie
 - Zadania sprawdzające
 - Zadania do samodzielnego wykonania
 - Literatura
- Zadania problemowe do rozdziału 4
Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 4

4.1

Cele rozdziału

Po zapoznaniu się z treścią rozdziału uczący się:

- Wyjaśni istotę procesu diagnozowania, leczenia, rehabilitacji.
- Scharakteryzuje zadania i kompetencje pielęgniarki w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji pacjenta.
- Określi cel, wymieni i scharakteryzuje metody stosowane w diagnozowaniu pacjenta.
- Wymieni cel i wyjaśni istotę poszczególnych metod leczenia i terapii.
- Scharakteryzuje pojęcie rehabilitacji kompleksowej.

4.2

Kluczowe słowa, pojęcia

Badania: dodatkowe, ogólne, podmiotowe, przedmiotowe, specjalistyczne

Diagnoza

Fizjoterapia: balneoterapia, ciepłolecznictwo, fizykoterapia, hydroterapia, kinezyterapia, krioterapia, światłolecznictwo

Kulturoterapia

Leczenie: bodźcowe, dietetyczne, farmakologiczne, klimatyczne, spoczynkowe, zabiegowe

Proces diagnozowania

Proces leczenia

Psychoterapia

Rehabilitacja: kompleksowa, lecznicza, psychologiczna, społeczna, zawodowa

Terapia: cewnikowa, pracą, radioizotopowa, zajęciowa

4.3

Metody, sposoby i techniki stosowane w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji

Diagnozowanie

Diagnoza jest słowem pochodzenia greckiego oznaczającym rozpoznanie. Rozpoznanie prowadzone jest przez lekarzy, psychologów, pedagogów, rehabilitantów, pielęgniarki. W medycynie diagnoza to rozpoznanie (opis) stanu zdrowia pacjenta. Jeżeli osobę człowieka pojmujemy jako całość i jedność, to stan powinien być określony w aspekcie biologicznym, społecznym i psychicznym. Przez lekarzy diagnoza formułowana jest w postaci nazwy choroby zgodnie z ustaloną międzynarodową klasyfikacją. Ustalenie rozpoznania umożliwia zaplanowanie procesu leczenia.

Proces diagnozowania polega na podejmowaniu planowych działań, których celem jest określenie stanu pacjenta (podopiecznego). Proces ten obejmuje kolejne 3 etapy:

- gromadzenie informacji
- analizowanie i syntetyzowanie informacji
- ustalenie dalszego postępowania

1. Gromadzenie informacji może być prowadzone za pomocą:
 - rozmowy,
 - wywiadu,
 - obserwacji,

- badań za pomocą zmysłów i prostych urządzeń,
- dokonywania pomiarów za pomocą prostych przyrządów,
- dokonywania pomiarów za pomocą specjalistycznej aparatury.

Proces diagnozowania może być prowadzony przez jedną osobę, np. lekarza prowadzącego, ale jeżeli stan pacjenta wymaga zebrania wielu specjalistycznych informacji, to najczęściej przez wieloosobowy zespół. Wówczas pod kierunkiem i na zlecenie jednego lekarza zespół ludzi wykonuje różne badania. W gromadzeniu informacji mogą uczestniczyć np. lekarze różnych specjalności, analitycy medyczni, elektroradiolodzy, pielęgniarki, psycholog, logopeda. Pacjent może być kierowany do wielu poradni, gabinetów i pracowni diagnostycznych. Ważna jest rzetelność w gromadzeniu, dokumentowaniu i wzajemnym przekazywaniu informacji.

2. Analiza i syntetyzowanie informacji:

Często wstępna analiza wyników badań prowadzona jest przy użyciu techniki komputerowej. Za ustalenie i nazwanie problemów pacjenta odpowiedzialna jest osoba prowadząca proces diagnozowania.

3. Ustalanie dalszego postępowania:

Na tym etapie określany jest zakres i charakter działań opiekuńczych, w tym leczniczych, usprawniających, pielęgnacyjnych, profilaktycznych. Ustalenie planu postępowania wymaga określenia sytuacji pacjenta w różnych aspektach w tym:

- sytuacji społecznej,
- adaptacji do aktualnego stanu, w której ważną rolę odgrywa osobowość emocjonalna i intelektualna,
- posiadania wiedzy i umiejętności w zakresie zachowań zdrowotnych,
- motywacji i gotowości do zmiany planów życiowych,
- gotowości do realizowania w przyszłości zaleceń dotyczących leczenia, rehabilitacji i samopielęgnowania.

Metody wykorzystywane w procesie diagnozowania

Dokonywanie całościowej oceny stanu pacjenta wymaga najczęściej wielu badań. Ich wyniki mogą stać się podstawą do formułowania diagnozy, a następnie planu postępowania obejmującego, oprócz leczenia, usprawnianie i pielęgnowanie, działania promujące zdrowie i profilaktyczne. Wyniki badań mogą być też podstawą do określenia skuteczności stosowanych metod terapii i ustalenia rokowania.

Badania wykonywane do celów rozpoznania obejmują:

- 1) badania podmiotowe:
 - zbieranie informacji od pacjenta lub jego rodziny,
- 2) badania przedmiotowe (fizykalne):
 - ogólne, dokonywane za pomocą narządów zmysłów (wzroku, słuchu, dotyku, węchu) i przy zastosowaniu prostych przyrządów (lusterko laryngologiczne, stetoskop),
 - dodatkowe laboratoryjne i (lub) przy użyciu aparatury wspomagającej narządy zmysłów (badania radiologiczne, ultrasonograficzne).

– dodatkowe specjalistyczne umożliwiające szczegółową ocenę stanu pacjenta, całego organizmu, narządu, układu (biopsja, laparoscopia, badanie psychologiczne).

Rodzaje badań wykorzystywanych w procesie diagnozowania przedstawiono w tab. 4.1 i 4.2.

Tabela 4.1. Rodzaj badań i zabiegów stosowanych w procesie diagnozowania pacjenta

Rodzaj badań i zabiegów	Istota, cel badania i zabiegów	Przykłady wykorzystywanych metod
Badanie podmiotowe	Zebranie informacji od pacjenta na temat zauważonych przez niego objawów, dolegliwości, subiektywnej oceny stanu zdrowia i sytuacji społecznej Celem jest zebranie danych o: – objawach i dolegliwościach – przebytych chorobach, urazach – przebiegu aktualnej choroby, leczeniu, rehabilitacji – sytuacji społecznej, rodzinnej, zawodowej – trybie życia – nawykach i nałogach – wiedzy pacjenta na temat dbania o zdrowie – wiedzy pacjenta o chorobie, konieczności stosowania się do zaleceń	Wywiad Wywiad skategoryzowany Rozmowa
Badanie przedmiotowe ogólne (fizykalne)	Ocena stanu organizmu dokonywana za pomocą zmysłów: • wzroku • słuchu • dotyku • węchu Celem jest ocena stanu organizmu, stwierdzenie zmian w budowie i jego funkcjonowaniu	Oglądanie , również przy użyciu lusterka, w badaniu: • laryngologicznym • siematologicznym Dotykanie , obmacywanie również przez pochwę w badaniu ginekologicznym i przez odbył Opukiwanie Osluchiwanie bezpośrednio i przy użyciu słuchawek Badanie ostrości: • słuchu • wzroku • węchu
Badanie dodatkowe	Wszystkie badania wykonywane bezpośrednio z udziałem pacjenta lub badanie elementów pochodzących z jego organizmu: • komórek • fragmentów tkanek • narządów • wydzielin • wydaliny	

cd. tab. 4.1

Rodzaj badań i zabiegów	Istota, cel badania i zabiegów	Przykłady wykorzystywanych metod
	wykonywane przy użyciu dodatkowych urządzeń: • ultrasonografu • mikroskopu • endoskopu Celem badań jest: – ocena morfologiczna (budowy) struktury całego organizmu, układu, narządu, również w skali mikroskopowej (budowa tkankowa) – ocena czynności (funkcji): • układu • narządu • komórek – ocena składu (ilościowego, jakościowego): • tkanek • płynów • wydaliny • wydzielin – wykrycie obecności bakterii, pasożytów, grzybów, wirusów w tkance lub innym materiale, np.: • we krwi • w moczu • w ślinie	Metody badań nieinwazyjne: w czasie badania nie dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek lub przestrzeni biologicznych tworzących organizm, np.: – badania radiologiczne – tomografia komputerowa – elektrokardiogram – badanie moczu Metody badań inwazyjne: w czasie badania dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek lub przestrzeni biologicznych, które tworzą organizm, np.: – arteriografia
Badania dodatkowe specjalistyczne	Celem badań jest szczegółowa ocena stanu wybranego układu, narządu	Zabieg diagnostyczny: nazwa badania, w czasie którego pobierany jest fragment tkanek powodujący powstanie rany, naruszenie ciągłości tkanek: – biopsja – laparoscopia

Tabela 4.2. Rodzaj badań przedmiotowych ogólnych, dodatkowych i specjalistycznych wielonarządowych, wybranych układów i narządów organizmu człowieka

Zakres oceny Ocena stanu	Nazwa badania, zabiegu diagnostycznego
Układu krążenia	Pomiar tętna Pomiar ciśnienia tętniczego krwi Ocena występowania obrzęków Badanie elektrokardiograficzne (EKG) Próba wysiłkowa Radiogram klatki piersiowej Echokardiografia Pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego Monitorowanie EKG metodą Holtera Badanie serca radioizotopowe: • scyntygrafia perfuzyjna • angiografia radioizotopowa Arteriografia naczyń obwodowych

Zakres oceny Ocena stanu	Nazwa badania, zabiegu diagnostycznego
	Cewnikowanie serca Angiokardiografia Koronarografia
Układu oddechowego	Pomiar liczby i częstotliwości oddechów Radiogram klatki piersiowej Badanie płwociny Spirometria Punkcja opłucnej Badanie endoskopowe tchawicy i oskrzeli Rezonans magnetyczny układu oddechowego Tomografia komputerowa układu oddechowego
Układu moczowego	Badanie ogólne moczu Badanie moczu na posiew Dobowa zbiórka moczu Ocena zdolności zagęszczania moczu Ocena wielkości filtracji nerkowej Ocena występowania obrzęków Wziernikowanie pęcherza moczowego Urografia Ultrasonografia układu moczowego Scyntygrafia nerek Angiografia nerkowa Biopsja nerki
Układu rozrodczego	Ogólne badanie ginekologiczne Rozmaz mikrobiologiczny z pochwy Badanie cytologiczne Kolposkopia Ultrasonografia narządu rodnoego
Układu pokarmowego	Badanie ogólne kału Wymaz z odbytu na jaja pasożytów Zgłębnikowanie żołądka Zgłębnikowanie dwunastnicy Badanie proktologiczne (<i>per rectum</i>) Badanie radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego Cholangiografia Wlew doodbytniczy Nakłucie jamy brzusznej Koloskopia Rektoskopia Rezonans magnetyczny Ultrasonografia Tomografia komputerowa
Układu nerwowego	Badanie reakcji odruchowej Elektroencefalografia Nakłucie lędźwiowe (badanie płynu mózgowo-rdzeniowego) Angiografia mózgowa Ultrasonografia Tomografia układu nerwowego Scyntygrafia ośrodkowego układu nerwowego Rezonans magnetyczny

Zakres oceny Ocena stanu	Nazwa badania, zabiegu diagnostycznego
Układu kostno-stawowo-mięśniowego	Badanie zakresu wykonywanych ruchów Ocena napięcia mięśniowego Badanie radiologiczne Scyntygrafia Ultrasonografia
Narządu słuchu, gardła i krtani	Wymaz z nosa i gardła Badanie ostrości słuchu Badanie audiologiczne Badanie audiometryczne Badanie narządu równowagi Ultrasonografia
Skóry	Badania mikologiczne Badania cytologiczne Biopsja skóry Testy skórne na alergeny Ocena występowania obrzęków
Układu krwiotwórczego, krwi	Biopsja szpiku Grupy krwi Morfologia krwi Pomiar OB
Wybranych gruczołów: • gruczołu tarczowego • piersiowego	Scyntygrafia gruczołu tarczowego Mammografia Biopsja cienkoigłowa gruczołu piersiowego
Narządu wzroku	Ocena ostrości wzroku Ocena pola widzenia Ocena wad refrakcji oka Badanie występowania zęza Badanie ciśnienia ocznego
Badania wielonarządowe obrazowe	Angiografia Ultrasonografia Scyntygrafia Rezonans magnetyczny Tomografia komputerowa Limfografia

Leczenie

Leczenie jest postępowaniem polegającym na stosowaniu różnych procedur, metod, sposobów w celu zwalczania choroby, przywrócenia w pełni zdrowia i sprawności człowieka, poprawy jego stanu lub utrzymania go na możliwie optymalnym poziomie.

Leczenie a terapia

W praktyce opiekuńczej i medycynie często zamiennie używane jest słowo terapia i leczenie. Dla odróżnienia obu tych pojęć przyjmuje się często, że terapia to postępowanie lecznicze wobec pacjenta inne niż stosowanie środków farmakologicznych i zabiegów chirurgicznych. Opierając się na powyższym kryterium

w tab. 4.3 i 4.5 omówiono istotę różnych metod leczenia dokonując podziału na dwie grupy:

- metody leczenia (tab. 4.3),
 - metody terapii (tab. 4.5),
- uwzględniając również zwyczajowe nazwy metod.

Proces leczenia

Jest to planowe, celowe działanie obejmujące 3 kolejne etapy:

- 1) wybór metody i sposobów leczenia oraz terapii skutecznych w rozwiązywaniu problemów pacjenta, które zostały ustalone w procesie diagnozowania,
- 2) stosowanie zaplanowanych metod i procedur postępowania,
- 3) monitorowanie procesu leczenia i ocena jego skuteczności.

Metody wykorzystywane w procesie leczenia

W procesie leczenia i usprawniania mogą być wykorzystywane różne metody. Niektóre z nich można zastosować tylko w warunkach pobytu pacjenta w szpitalu (leczenie zabiegowe, terapia cewnikowa) lub sanatorium (leczenie klimatyczne), inne mogą być stosowane w warunkach ambulatoryjnych (fizjoterapia) lub nawet samodzielnie przez pacjenta w domu (leczenie farmakologiczne, spoczynkowe, dietetyczne).

Metody leczenia można usystematyzować przyjmując jako kryterium:

- kierunek i cel stosowania:
 - leczenie przyczynowe,
 - leczenie objawowe,
- skuteczność:
 - leczenie radykalne,
 - leczenie paliatywne,
- rodzaj choroby lub stanu, w którym jest stosowane:
 - leczenie przeciwwirusowe,
 - leczenie przeciwbakteryjne,
- rodzaj stosowanych środków:
 - leczenie farmakologiczne,
 - leczenie zabiegowe,
 - leczenie spoczynkowe,
 - leczenie bodźcowe,
 - leczenie dietetyczne,
 - leczenie klimatyczne.

Istota i cel stosowania wybranych metod leczenia i terapii

Leczenie przyczynowe (etiologiczne) — stosowanie środków i sposobów w celu zniszczenia i usunięcia przyczyny choroby.

Leczenie objawowe (symptomatyczne) — stosowanie środków i sposobów w celu usunięcia lub zmniejszenia poszczególnych objawów chorobowych: bólu, wysokiej gorączki, wysokiego ciśnienia krwi, krwawienia.

Tabela 4.3. Wybrane metody leczenia, ich istota, stosowane sposoby i techniki

Metody leczenia	Istota	Przykłady sposobów, technik
Leczenie farmakologiczne	Podawanie substancji chemicznych o określonej postaci i działaniu W zależności od rodzaju substancji, drogi podawania i dawki może być stosowane: • ambulatoryjnie • w warunkach szpitalnych	Podawanie leków: – doustnie • tabletki • syropy – doodbytniczo • czopki • wlewy – we wstrzyknięciach • domięśniowo • podskórnie • dożylnie – we wlewach dożylnych – w inhalacjach – na skórę • okłady • maści
Leczenie zabiegowe chirurgiczne	Umiejscowienie źródła choroby Usunięcie źródła choroby Usunięcie nieodwracalnie uszkodzonego narządu, tkanki Usprawnienie lub przywrócenie funkcji narządu lub układu	Nacięcie ropnia Wycięcie migdałków podniebnych Amputacja kończyny Wykonanie tracheostomii Usunięcie przepukliny pachwinowej Podwiązanie i usunięcie żyłaków kończyn dolnych
Leczenie spoczynkowe	Znaczne ograniczenie fizycznych wysiłków, a nawet wykonywania poszczególnych ruchów Dostosowanie aktywności fizycznej do aktualnej lub pożądanej tolerancji wysiłku Ma na celu zmniejszenie strat energii ustroju, ograniczenie do minimum dodatkowych bodźców, usprawnienie naturalnych procesów zdrowienia i regeneracji	Leżenie w łóżku Ograniczenie lub zakaz wykonywania ruchów
Leczenie bodźcowe	Podawanie środków wzmagających odczynowość ustroju	Podawanie preparatów: • doustnie • we wstrzyknięciach Zabiegi fizjoterapeutyczne Bańki
Leczenie dietetyczne	Stosowanie pokarmów o odpowiednio dobranym składzie ilościowym i jakościowym w celu ograniczenia lub wyeliminowania składników pokarmowych o niekorzystnym działaniu na organizm Może być stosowane w celu: – uzupełnienia niedoborów określonych substancji – wyeliminowania nieprawidłowości związanych ze stanem lub chorobą	Stosowanie diety: – ubogokalorycznej – bogatokalorycznej – z ograniczeniem soli – ubogobiałkowej – bogatobiałkowej – przeciwniażdżycowej

Metody leczenia	Istota	Przykłady sposobów, technik
Leczenie klimatyczne	Pobyt w miejscowościach o stwierdzonym, korzystnym, pożądanym działaniu na organizm człowieka w wybranych schorzeniach lub stanach chorobowych i rekonwalescencji	Dłuższy pobyt na świeżym powietrzu Kąpiele słoneczne Zabiegi balneologiczne: • kąpiele solankowe, siarkowe, rodanowe • okłady • natryski • inhalacje

Leczenie radykalne — to stosowanie metod, których celem jest skuteczne usunięcie przyczyny albo skutków choroby.

Leczenie paliatywne — to postępowanie, którego celem jest powstrzymanie rozwoju choroby i maksymalne wydłużenie życia pacjenta.

Rehabilitacja

Oznacza **przywracanie tego, co utracone**. W opiece to proces, którego celem jest przywracanie sprawności i możliwości samodzielnego życia w społeczeństwie człowiekowi niepełnosprawnemu.

Celem rehabilitacji jest:

- uzyskanie (podniesienie poziomu lub przywrócenie) sprawności narządu i(lub) funkcji organizmu,
- adaptacja psychiczna do sytuacji i warunków wyznaczonych przez uszkodzenie funkcji organizmu,
- przystosowanie do wymagań życia codziennego, udziału w życiu społecznym, — przygotowanie środowiska do potrzeb osoby niepełnosprawnej,
- przygotowanie osób z najbliższego środowiska do współżycia i współdziałania z osobą niepełnosprawną.

Rehabilitacja kompleksowa

Cechą nowoczesnej rehabilitacji jest kompleksowość, oznaczająca proces wielostronnego oddziaływania na podopiecznego, obejmujący działania lecznicze, społeczne, psychologiczne, pedagogiczne, zawodowe.

Celem tego procesu jest uzyskanie (lub odzyskanie wcześniej utraconej) optymalnej sprawności do aktywnego i samodzielnego życia w społeczeństwie. Uwzględniając założenia opieki holistycznej, traktującej człowieka całościowo, dla każdego niepełnosprawnego należy przygotować indywidualny program kompleksowej rehabilitacji obejmującej działania z zakresu rehabilitacji leczniczej, społecznej, psychologicznej, zawodowej. Tak rozumiany proces usprawniania pacjenta (tzn. osiągnięcie założonych celów) wymaga współpracy i współdziałania

Tabela 4.4. Rehabilitacja — rodzaj, istota, stosowane metody

Rodzaj rehabilitacji	Istota i zakres usprawniania, stosowane metody
Rehabilitacja lecznicza	Usprawnianie funkcjonalne zmian narządowych i(lub) układowych Celem jest uzyskanie optymalnej poprawy sprawności fizycznej, psychicznej, ekonomicznej, społecznej osoby niepełnosprawnej Wykorzystywane są: – fizjoterapia – psychoterapia – pielęgnowanie – edukacja ukierunkowana na uczenie wykonywania czynności życia codziennego – leczenie farmakologiczne – leczenie zabiegowe, rekonstrukcyjne – wyposażenie w sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności i funkcjonowanie w życiu codziennym, działalności zawodowej (aparaty, protezy, przybory, przyrządy)
Rehabilitacja psychologiczna	Celowe oddziaływanie psychologiczne na osobę niepełnosprawną (fizycznie, psychicznie, społecznie) Celem jest maksymalne przystosowanie osoby niepełnosprawnej, u której występuje deficyt sprawności lub trwały defekt, do otoczenia i uczestniczenia w życiu społecznym Wykorzystywane są: – mechanizm kompensacji, substytucji – reorganizacja celów i planów życiowych
Rehabilitacja społeczna	Proces celowego oddziaływania na osobę niepełnosprawną (fizycznie, psychicznie) na rzecz umożliwienia jej aktywności i współuczestniczenia w różnych sferach życia społecznego (rodzinnie, grupie rówieśniczej, środowisku zamieszkania, grupie zawodowej)
Rehabilitacja zawodowa	Proces przywrócenia aktywności lub przygotowania do podjęcia aktywności zawodowej przez osobę niepełnosprawną przy uwzględnieniu rodzaju i stopnia niepełnosprawności, wieku, umiejętności zawodowych, warunków w miejscu zamieszkania Wykorzystywane jest: – poradnictwo zawodowe – kształcenie ukierunkowane na przygotowanie do odpowiednich zawodów lub do kształtowania umiejętności ważnych do zmiany, zakresu i charakteru działalności zawodowej, uwarunkowanej niepełnosprawnością – zatrudnienie niepełnosprawnego w zakładach pracy chronionej

różnych specjalistów (np. lekarzy i fizjoterapeutów różnych specjalności, pielęgniarek, psychologa, socjologa, pedagoga i innych). Skład zespołu rehabilitacyjnego zależy od rodzaju i zakresu niesprawności, wieku niepełnosprawnego, jego warunków życiowych i środowiskowych.

W procesie leczenia i usprawniania wykorzystywane są nie tylko metody i procedury stosowane w specjalistycznych ośrodkach, takie jak terapia radioizotopo-

Tabela 4.5. Wybrane rodzaje terapii, ich istota, wykorzystywane formy i metody

Rodzaj terapii	Istota wpływu na organizm człowieka	Formy, metody terapii
Psychoterapia	Lecznicze oddziaływanie, drogą perswazji i sugestii, na stan psychiczny i zachowanie pacjenta	Metody ogólne – bezpośredniego oddziaływania na pacjenta, – pośredniego oddziaływania na środowisko pacjenta Metody szczegółowe, np. – trening autogenny, – psychodrama
Kulturoterapia	Wykorzystywanie elementów kultury do realizacji celów terapeutycznych, opiekuńczych, wychowawczych Pogłębiają one treść życia emocjonalnego, pozwalają zapomnieć o troskach, integrują człowieka ze środowiskiem, pozwalają na swobodną ekspresję, pomagają odzyskać równowagę psychiczną, rozładować i przezwyciężyć frustracje, wewnętrzne konflikty, kompleksy	Arteterapia (terapia za pomocą sztuki) Biblioterapia (terapia czytelnicza, czytanie książek, czasopism) Chromoterapia (terapia barwą, leczniczy wpływ kolorów) Choreoterapia (wykorzystanie tańca i ruchu) Psychodrama (wykorzystanie sztuki scenicznej, przygotowanie terapeutycznego działania, uczestnictwa w przygotowaniu widowisk) Muzykoterapia (terapia przez muzykę, terapeutyczne słuchanie muzyki) Estetoterapia (terapia przez kontakt z pięknem, przedmiotami sztuki)
Terapia zajęciowa	Stosowanie różnego rodzaju zajęć dostosowanych do zainteresowań, możliwości i wieku, których celem jest: – obniżenie napięcia emocjonalnego – przywrócenie, usprawnianie funkcji ruchowych, sprawności w wybranych czynnościach	Wytwarzanie przedmiotów w pracowni: – tkackiej – rzeźbiarskiej – krawieckiej
Terapia pracą (ergoterapia)	Stosowanie różnego rodzaju zajęć jako jeden z elementów readaptacji i aktywizowania przede wszystkim ludzi dorosłych Celem jest aktywizowanie, zapobieganie bezczynności, podtrzymanie automatyzmów związanych z pracą, kierowanie nadmiernej aktywności z czynności bezcelowych na celowe i uspokajające pacjenta	Praca w warsztatach: – krawieckich – kaletniczych – stolarskich – gospodarstwach ogrodniczych
Fizjoterapia	Wykorzystywanie leczniczego działania czynników fizycznych naturalnych i sztucznych:	Balneoterapia stosowanie: – wód mineralnych

cd. tab. 4.5

Rodzaj terapii	Istota wpływu na organizm człowieka	Formy, metody terapii
	<ul style="list-style-type: none"> • ciepła • zimna • wody • słońca • powietrza <p>Dobre wyniki uzyskuje się przez zsumowanie leczniczego działania serii pojedynczych zabiegów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kąpiele • płukanie • kuracja pitna – naturalnych peloidów • borowiny • błota kapiel okład zawijania <p>Cieplolecznictwo – ciepło suche</p> <ul style="list-style-type: none"> • ogrzane powietrze • ogrzany piasek • poduszka elektryczna • termofor <p>– ciepło wilgotne</p> <ul style="list-style-type: none"> • okłady parafinowe • ciepłe zawijania • ciepłe kąpiele <p>Kinezyterapia leczenie ruchem – ćwiczenia biernie – ćwiczenia czynne – ćwiczenia specjalne</p> <ul style="list-style-type: none"> • oddechowe • rozluźniające <p>Krioterapia lecnicze wykorzystywanie działania niskich temperatur na organizm człowieka: – zamrażanie ograniczonego obszaru tkanek za pomocą płynnego azotu, sprężonego gazu – ochładzanie organizmu</p> <p>Masaż wiele ruchów i chwytów polegających na mechanicznym drażnieniu tkanek ciała całą dłonią lub opuszkami palców ze stosowaniem techniki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • głaskania • rozcierania • ugniatania • oklepywania • wstrząsania <p>Światłolecznictwo wykorzystywanie światła słońca lub promieniowania ze źródeł sztucznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lampy solux • lampy kwarcowej • lampy z kolorowymi filtrami

Rodzaj terapii	Istota wpływu na organizm człowieka	Formy, metody terapii
		Hydroterapia <i>wodolecznictwo — profilaktyczne i lecznicze wykorzystywanie fizycznych właściwości zwykłej wody z ujęć wodociągowych do zabiegów:</i> <ul style="list-style-type: none"> • kąpiele • natrysków • masażu wodnych • płukań
Terapia cewnikowa	Jeden ze sposobów leczenia w radiologii zabiegowej Wprowadzenie przez światło cewnika (wprowadzonego do układu naczyniowego, przewodu odprowadzającego z narządu lub jamy ciała): <ul style="list-style-type: none"> • leku • materiału embolizacyjnego lub • precyzyjnego narzędzia chwytak balon koszyczek Służy do nieoperacyjnego <ul style="list-style-type: none"> • tamowania krwotoków i krwawień • amputacji narządów • opróżniania torbieli 	Technika Seldingera – wprowadzanie cewnika do: <ul style="list-style-type: none"> • naczyń • narządów • jam ciała
Terapia radioizotopowa	Wprowadzanie do wnętrza organizmu substancji promieniotwórczej (radiofarmaceutyku) wybiórczo gromadzącej się i długo zatrzymywanej w chorym narządzie lub tkance Promieniowanie działa miejscowo na chore tkanki, nie powodując zmian w narządach sąsiednich	Podawanie substancji promieniotwórczej: <ul style="list-style-type: none"> – doustnie – dożylnie

wa, terapia cewnikowa, ale również inne powszechnie realizowane w terapii pacjentów w różnych stanach zdrowia, a wśród nich: psychoterapia, fizjoterapia, kulturoterapia, terapia zajęciowa, terapia pracą.

Stosowanie każdej z tych metod wymaga najczęściej profesjonalnego przygotowania i udziału w tym procesie różnych specjalistów: np. lekarza, psychoterapeuty, psychologa, fizjoterapeuty. Niektóre z tych metod (po wcześniejszym przygotowaniu) mogą być samodzielnie stosowane przez pacjenta lub przez jego opiekuna.

Dodatkowego wyjaśnienia wymaga pojęcie psychoterapii. Określenie to odnosi się nie tylko do metody leczenia stosowanej przez specjalnie przygotowanego terapeuty, psychologa, lekarza ze specjalizacją w tym zakresie, ale również do psychoterapii elementarnej. To ostatnie pojęcie oznacza stwarzanie przyjaznej atmosfery sprzyjającej pozytywnym kontaktom każdego opiekuna z pacjentem

i podopiecznym. Polegają na wzbudzaniu otuchy, optymizmu, zrozumienia problemów pacjenta, łagodzeniu napięcia, niepokoju i lęku. Psychoterapia elementarna jest istotnym elementem poprawnego komunikowania się i oddziaływania terapeutycznego na pacjenta (szerzej patrz podrozdz. 9.7.2).

4.4 Kompetencje pielęgniarki w diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji pacjenta, wynikające z zapisów ustawy o zawodzie

Gromadzenie informacji istotnych do ustalenia diagnozy, wykonanie zabiegów określonych w planie leczenia i rehabilitacji wymaga współdziałania wielu osób czasami pracujących w różnych instytucjach i placówkach służby zdrowia: w przychodniach, laboratoriach analitycznych, szpitalach, gabinetach lekarskich, klinikach prywatnych, poliklinikach, sanatoriach i gabinetach fizykoterapii. W placówkach tych sposób przygotowania pacjenta do badania i zabiegu, procedura i czas trwania mogą zależeć od ustalonej w nich organizacji pracy personelu. Ważne jest poznanie ustaleń obowiązujących w tym zakresie.

W procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka wykonuje liczne zadania, przy tym różny jest jej zakres kompetencji przy realizacji poszczególnych badań i zabiegów. Stąd można określić, że do zadań pielęgniarki w procesie diagnozowania, leczenia i usprawniania może należeć:

1. **Samodzielne wykonanie całej procedury badania lub zabiegu.** Zakres kompetencji w tym zakresie reguluje Ustawa o zawodzie pielęgniarek i położnych z 1996 r. i dodatkowo Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.
2. **Wykonanie całej procedury badania lub zabiegu na zlecenie lekarza** lub innej osoby z zespołu terapeutycznego. W tej grupie można wymienić: pobieranie krwi na badanie, płukanie pęcherza moczowego, podawanie leków we wstrzyknięciach.
3. **Przygotowanie pacjenta do badania lub zabiegu.** Przygotowanie pacjenta może polegać na:
 - zastosowaniu czasowych ograniczeń dietetycznych (ograniczenia w zakresie ilości i jakości pokarmów i płynów),
 - wykonaniu zabiegów poprzedzających badanie, np. wykonanie wlewu do-odbytniczego, lewatywy, podanie leków, środków cieniujących,
 - wyjaśnieniu pacjentowi istoty badania (zabiegu) lub udzielenie dodatkowych wyjaśnień jako kontynuacja przygotowania rozpoczętego przez inną osobę, np. przez lekarza, dietetyka, fizjoterapeutę.

Uwaga. Jest to szczególnie ważny zakres zadań. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej wykonywanych u niego badań i zabiegów oraz możliwych ich następstw. Jeśli jest to wskazane, również powinien znać procedurę ich przeprowadzania, tzn. miejsce i czas trwania, pozycję ułożenia ciała, możliwość wystąpienia dolegliwości, takich jak ból, nudności, wymioty, czasowe ograniczenie sprawności.

Dodatkowe wyjaśnienie. Zrozumienie przez pacjenta istoty badania i zabiegu umożliwia wyrażenie świadomej zgody na ich wykonanie. Pozwala również na dobrą współpracę pacjenta z osobą odpowiedzialną za wykonanie. **Na wynik wielu badań i zabiegów ma wpływ sposób zachowania się pacjenta przed, w czasie i po ich wykonaniu.** Zrozumienie obowiązujących zasad i procedury wykonania znaczenie ułatwia świadomą współpracę i unikanie niepożądanych następstw.

4. **Pielęgnowanie pacjenta po badaniu lub zabiegu.** Może polegać na wykonywaniu opatrunków, podawaniu leków lub stworzeniu warunków do czasowego ograniczenia aktywności pacjenta, np. po terapii cewnikowej.
5. **Przygotowanie sprzętu, narzędzi, materiałów potrzebnych w czasie badania lub zabiegu,** np. przygotowanie sprzętu do pobrania szpiku kostnego.
6. **Postępowanie z materiałem pobranym do badania,** np. zabezpieczenie i przekazanie do laboratorium pobranego moczu, kału, płwociny.
7. **Pomoc (asystowanie) innej osobie wykonującej badanie lub zabieg,** np. pomoc lekarzowi w czasie wykonywania badań endoskopowych.
8. **Uzgodnienie miejsca i terminu wykonania badania lub zabiegu,** towarzyszenie pacjentowi w czasie jego wykonywania, np. w czasie badania ultrasonograficznego, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego.

Pielęgniarka wykonując wszystkie powyższe zadania powinna przede wszystkim respektować obowiązujące prawa pacjenta, w kontaktach z nim kierować się zasadami etyki zawodowej. **Badania i zabiegi powinna wykonywać zgodnie z obowiązującymi zasadami (zasady aseptyki, antyseptyki, dokumentowania), a także dbać o jakość ich wykonania ustaloną w standardach.**

Zadania sprawdzające

1. Wyjaśnij, jak rozumiesz pojęcia: „diagnoza”, „proces diagnozowania pacjenta”, „leczenie”, „proces leczenia pacjenta”.
2. Wymień rodzaje badań, które mogą być wykorzystywane w procesie oceny stanu pacjenta.
3. Wyjaśnij cel badań podmiotowych.
4. Określ zakres badań i metody wykorzystywane w badaniach przedmiotowych ogólnych.
5. Przyporządkuj poniżej umieszczonym określeniom (A, B, C) nazwy:
 - a) leczenie chirurgiczne
 - b) leczenie bodźcowe
 - c) leczenie przyczynowe
 - A. Celem jest stosowanie środków i sposobów mających usunąć przyczyny choroby lub przyczynę niesprawności.
 - B. Celem jest umiejscowienie źródła choroby, usunięcie nieodwracalnie uszkodzonej części lub całego narządu.
 - C. Celem jest podawanie środków i stosowanie zabiegów wzmagających odczynowość ustroju.
6. Wyjaśnij istotę terapii spoczynkowej, warunki jej stosowania.

7. Przyporządkuj odpowiadające sobie określenia z obu kolumn:

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| a) terapia tańcem | A. Ergoterapia |
| b) terapia kolorami, barwą | B. Choreoterapia |
| c) terapia pracą | C. Chromoterapia |
| d) terapia za pomocą sztuki | D. Arteterapia |

8. Metoda, w której na organizm człowieka działamy przy zastosowaniu kąpielei, wód mineralnych, promieni słonecznych, powietrza, określana jest jako (wybierz właściwą nazwę):
 - a) fizykoterapia
 - b) balneoterapia
 - c) hydroterapia
9. Określ relacje między leczeniem klimatycznym a balneoterapią.
10. Podstawowe badanie ginekologiczne zaliczane jest do badań (wybierz wszystkie poprawne określenia):
 - a) inwazyjnych
 - b) przedmiotowych
 - c) fizykalnych
 - d) ogólnych
 - e) podmiotowych
 - f) nieinwazyjnych
 - g) czynnościowych
11. Określ relacje między rehabilitacją społeczną i zawodową.
12. Wyjaśnij pojęcie rehabilitacja kompleksowa.
13. Omów zakres rehabilitacji psychologicznej.
14. Wymień profesjonalistów, którzy mogą i powinni stanowić zespół realizujący zadania rehabilitacji kompleksowej w odniesieniu do pacjenta niepełnosprawnego.
15. Omów zadania pielęgniarki w zespole terapeutycznym w działaniach na rzecz diagnozowania, leczenia, usprawniania pacjenta.

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Zapoznaj się z obowiązującymi zarządzeniami (ministra zdrowia i opieki społecznej) w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, które może wykonywać pielęgniarka bez zlecenia lekarza.
2. Na podstawie obowiązujących przepisów określ zakres uprawnień pielęgniarki (bez specjalizacji i dodatkowych kwalifikacji) do wykonywania badań i zabiegów diagnostycznych, zabiegów leczniczych, rehabilitacyjnych.
3. Zapoznaj się z obowiązującą procedurą kierowania pacjenta na zabiegi (podstawowej opieki zdrowotnej, szpitala) specjalistyczne, zabiegi rehabilitacyjne.
4. Zapoznaj się z Kodeksem etyki zawodowej polskiej pielęgniarki. Wymień te zasady, którymi powinna kierować się pielęgniarka podczas wykonywania zabiegów leczniczych.

5. W księgozbiorze biblioteki odszukaj materiały, w których opublikowano standardy obowiązujące pielęgniarkę przy wykonywaniu zadań związanych ze współuczestnictwem w leczeniu farmakologicznym pacjenta. Zapoznaj się z ich treścią.

Literatura

- Encyklopedia badań medycznych. Ilustrowana encyklopedia dla pacjenta. Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe, Gdańsk 1996.
- Majda A., Zahradniczek K.: Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek (red. T. Widomska-Czekajńska, J. Górąjek-Jóźwik). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
- Szule W.: Sztuka i terapia. CMDNŚSzMed., Warszawa 1993.
- Tatoń J., Czech A.: Ogólna diagnostyka internistyczna. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 1991.
- Ustawa o zawodach pielęgniarek i położnych z 5 lipca 1996 r. DzURP Nr 91, poz. 410.

Zadania problemowe do rozdziału 4

1. Zapoznaj się z Kartą Praw Pacjenta, opracowaną na podstawie Deklaracji Praw Pacjenta WHO. Wyjaśnij, na czym powinna polegać współpraca w procesie diagnozowania między zespołem terapeutycznym a pacjentem (np. dzieckiem, osobą dorosłą).
2. Zapoznaj się z Europejską Kartą Dziecka w szpitalu. Przygotuj argumenty do dyskusji na temat: „Świadoma zgoda dziecka na stosowanie u niego różnych metod diagnozowania i leczenia”.
3. Wytłumacz, jak rozumiesz istotę współodpowiedzialności pacjenta w procesie leczenia i usprawniania.
4. Omów, jak rozumiesz stwierdzenie: „...pielęgniarka powinna być współpartnerem w zespole terapeutycznym”.
5. Wyjaśnij, dlaczego pielęgniarka powinna znać istotę badań i zabiegów wykonywanych u pacjentów, nawet jeżeli nie jest odpowiedzialna za ich wykonanie.

Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 4

- 5) aB; bC; cA
7) aB; bC; cA; dD
8) b
10) b, c, d, f

Rozdział 5

DZIAŁANIA PIELĘGNIARKI NA RZECZ ZAPEWNIENIA PACJENTOWI BEZPIECZEŃSTWA

- 5.1. Cele rozdziału — *Krystyna Jewsiejczyk, Ewa Jakubaszek, Krystyna Makolus*
 - 5.2. Kluczowe słowa, pojęcia — *Krystyna Jewsiejczyk, Ewa Jakubaszek, Krystyna Makolus*
 - 5.3. Działania pielęgniarki na rzecz bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu — *Krystyna Jewsiejczyk*
 - 5.3.1. Bezpieczeństwo dziecka w szpitalu
 - 5.3.2. Bezpieczeństwo pacjenta w wieku starszym
 - 5.3.3. Bezpieczeństwo pacjenta nieprzytomnego
 - 5.4. Zapobieganie powikłaniom w procesie pielęgnowania, diagnozowania, leczenia, rehabilitacji — *Krystyna Jewsiejczyk*
 - 5.4.1. Szpital jako środowisko zakaźne
 - 5.4.2. Aseptyka i antyseptyka
 - 5.4.3. Metody utrzymania higieny rąk w działaniach pielęgnacyjnych
 - 5.4.4. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi w przygotowaniu do zabiegu operacyjnego
 - 5.4.5. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi diagnozowanemu metodami inwazyjnymi
 - 5.4.6. Zapobieganie powikłaniom w procesie pielęgnowania i rehabilitacji
 - 5.4.7. Zasady pielęgnowania pacjenta z chorobą zakaźną
 - 5.5. Profilaktyka zakażeń — *Krystyna Jewsiejczyk*
 - 5.5.1. Profilaktyka zakażeń w pracy pielęgniarki — bezpieczeństwo pielęgniarki
 - 5.5.2. Profilaktyka zakażeń rany pooperacyjnej
 - 5.5.3. Profilaktyka zakażeń dróg oddechowych
 - 5.5.4. Profilaktyką zakażeń dróg moczowych u pacjenta z systemem drenującym pęcherz moczowy
 - 5.5.5. Profilaktyka zakażeń podczas kaniulacji żył i wlewów dożylnych
 - 5.5.6. Profilaktyka zakażeń w postępowaniu ze zwiokami
- Zadania sprawdzające

Zadania do samodzielnego wykonania
Literatura

- 5.6. Procedury i algorytmy działań i zabiegów — *Ewa Jakubaszek*
- 5.6.1. Przygotowanie narzędzi do sterylizacji
 - 5.6.2. Przygotowanie materiału opatrunkowego do sterylizacji
 - 5.6.3. Postępowanie z materiałem zakaźnym
 - 5.6.4. Mycie rąk, higieniczne mycie rąk
 - 5.6.5. Chirurgiczne mycie rąk
 - 5.6.6. Zakładanie rękawiczek ochronnych
 - 5.6.7. Zakładanie odzieży ochronnej
 - 5.6.8. Zakładanie czepca przeciw wszawicy
- Zadania sprawdzające
Zadania do samodzielnego wykonania
Literatura

Zadania problemowe do rozdziału 5
Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 5

5.1 Cele rozdziału

Krystyna Jewsiejczyk, Ewa Jakubaszek, Krystyna Makolus

Po zapoznaniu się z treścią rozdziału uczący się:

- Omówi i wskaże czynniki zapewniające bezpieczeństwo fizyczne, psychiczne i socjalne pacjenta.
- Przestrzeżal będzie praw pacjenta dorosłego i dziecka w szpitalu.
- Wyjaśni istotę zakażeń wewnątrzszpitalnych, przedstawi ogólne zasady zapobiegające zakażeniom wewnątrzszpitalnym.
- Wyjaśni i omówi etapy dekontaminacji.
- Przedstawi ogólne zasady i uzasadni stosowanie aseptyki i antyseptyki w zabiegach diagnostycznych, pielęgnacyjnych, operacyjnych.
- Wskaże sposoby zapobiegania w środowisku szpitalnym zakażeniom HIV i HBV, przedstawi sposoby postępowania z materiałem zakaźnym.
- Przedstawi zakres działań pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom u pacjentów hospitalizowanych.
- Omówi zasady higienicznego mycia rąk.
- Wyjaśni istotę i sposoby sterylizacji i dezynfekcji.
- Uzasadni przestrzeganie aseptyki i zasad w pielęgnacji wkłucia do naczyń żył obwodowych.
- Omówi pielęgnację systemu cewnikowania układu moczowego i wskaże zasady profilaktyki zakażeń dróg moczowych.
- Przygotuje pacjenta do zabiegu operacyjnego, zapewniając mu bezpieczeństwo.

- Wyjaśni znaczenie przestrzegania zasad w przygotowaniu pacjenta do zabiegu operacyjnego.
- Omówi i wyjaśni zasady obowiązujące podczas zmiany opatrunku na ranie czystej i skażonej.
- Wyjaśni i uzasadni wpływ stosowania procedur na zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym.
- Przejawiał będzie postawę odpowiedzialności za zdrowie swoje i zdrowie pacjentów.
- Omówi zadania pielęgniarki epidemiologicznej.
- Wskaże na obszary monitorowania zakażeń szpitalnych.
- Omówi zasady izolacji pacjenta z chorobą zakaźną.
- Znać będzie sposoby zapobiegania i stosowania odzieży ochronnej w przypadku ryzyka zakażenia w kontakcie ze zwłokami.

5.2 Kluczowe słowa, pojęcia

Krystyna Jewsiejczyk, Ewa Jakubaszek, Krystyna Makolus

Aseptyka
Antyseptyka
Dezynfekcja
Jatrogenia
Kontaminacja
Materiał zakaźny
Odzież ochronna
Powikłania
Prawa pacjenta
Profilaktyka
Sterylizacja
Zakażenie
Zakażenie egzogenne
Zakażenie endogenne

5.3

Działania pielęgniarki na rzecz bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu

Krystyna Jewsiejczyk

Potrzeba bezpieczeństwa należy do jednej z ważniejszych potrzeb psychicznych człowieka. **Być bezpiecznym, mieć poczucie bezpieczeństwa, oznacza brak lęku i obaw czy czynników zagrażających zdrowiu, życiu.** Bezpieczeństwo człowieka można rozpatrywać w aspekcie społecznym i socjalnym, wówczas gdy ma zapewnioną pracę, pozycję społeczną i dobrobyt.

O braku bezpieczeństwa w aspekcie psychicznym mówimy, gdy na skutek różnych czynników jatrogennych, np. braku dostatecznych informacji o stanie zdrowia, ograniczenia praw bądź ich nierespektowania, pacjent odczuwa zagrożenie swojej godności jako człowieka.

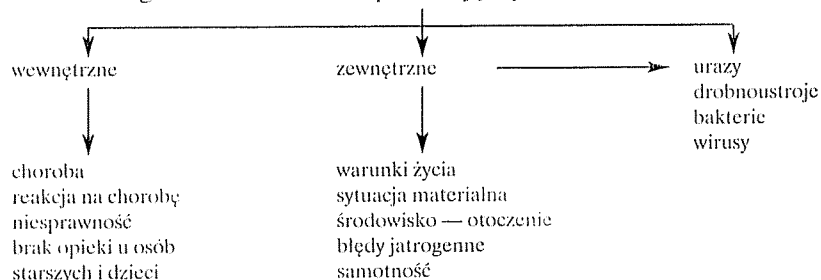
W teorii hierarchii potrzeb A.H. Maslow zakłada, że niższe w hierarchii potrzeby dominują i zwyciężają w konflikcie z problemami wyższego rzędu. W ustalonej piramidzie potrzeb Maslow jako podstawowe ustalił potrzeby fizjologiczne (odżywiania, oddychania, wydalania, aktywności, snu) i tuż ponad nimi znajdują się potrzeby bezpieczeństwa, do których należą: potrzeba wolności od strachu, lęku, chaosu, zależności od innych ludzi, ograniczeń, ladu, porządku, prawa, silnego opiekuna. Maslow twierdzi, że funkcjonowanie i realizacja potrzeb wyższego rzędu uwarunkowane jest od stopnia zaspokojenia potrzeb niższego rzędu. Potrzeba bezpieczeństwa jest na pograniczu potrzeb fizjologicznych i psychicznych.

Uwaga. Poczucie bezpieczeństwa osiąga się w relacjach międzyludzkich, jest indywidualną potrzebą psychiczną człowieka, bowiem służy do utrzymania równowagi psychicznej w prawidłowym egzystowaniu człowieka.

W wyniku braku poczucia bezpieczeństwa, niezależnie jakich obszarów dotyczy, dochodzi do zaburzeń funkcjonowania organizmu, głównie układu nerwowego. Wpływa na powstanie negatywnych emocji, takich jak lęk, strach, gniew, a nawet agresja. Najbardziej podatne na niekorzystne działania czynników wewnętrznych i zewnętrznych są osoby o słabym układzie nerwowym, który ulega szybciej wyczerpaniu, a jego zwiększona pobudliwość sprzyja powstawaniu napięcia emocjonalnego.

Ze względu na czynniki wpływające na stan bezpieczeństwa, spokój pacjenta, mówimy o obszarach psychospołecznych i fizycznych.

Poczucie zagrożenia u człowieka powodują czynniki:



Powyższe przyczyny zagrożeń obejmują głównie sferę psychiczną, gdy pacjent zdaje sobie sprawę z sytuacji, w jakiej się znajduje, oraz zagrożeń z niej wynikających.

Zapamiętaj:

Brak poczucia bezpieczeństwa w sytuacji hospitalizacji pacjenta wywołany jest wieloma czynnikami i sytuacjami trudnymi, stresowymi. **Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi oznacza w praktyce postępowanie pielęgniarki niepowodujące powikłań zdrowotnych i zagrożeń życia pacjenta.**

Zapewnienie pacjentowi **bezpiecznego środowiska oznacza także tworzenie przez zespół opiekuńczy atmosfery zaufania, akceptacji i szacunku dla drugiego człowieka.**

Tworzenie tak rozumianego środowiska wymaga:

- Przyjęcia twórczej postawy wobec pacjenta i jego sytuacji zdrowotnej, tworzącej więzi emocjonalne między pielęgniarką a pacjentami.
- Określenia i tworzenia warunków i atmosfery osobistego kontaktu z pacjentem, pozwalając tym samym zapewnić pacjentowi poczucie bezpieczeństwa psychicznego. Oznacza to, że pacjent odbiera jednoznacznie postawę członków zespołu wykazujących się gotowością, niesieniem pomocy, zainteresowaniem osobą pacjenta, dostosowaniem swojego zachowania do stanu psychicznego pacjenta, poszanowaniem godności osobistej pacjenta, motywowaniem go do aktywnej współpracy w procesie pielęgnowania i leczenia.
- Stosowania w procesie pielęgnowania metod psychoterapii elementarnych (patrz podrozdz. 9.7.2) umożliwiających eliminowanie tzw. błędów jatrogennych.

Jatrogenia to zachowania i postawy pracowników zakładów służby zdrowia, które wpływają szkodliwie na stan zdrowia człowieka.

Obniżenie nastroju i wzbudzenie niepokoju u pacjenta może być spowodowane brakiem informacji na temat jego stanu zdrowia, planowanych zabiegów diagnostycznych, operacyjnych i pielęgnacyjnych. W informowaniu (komunikowaniu się werbalnym) ważne jest, aby mówić do pacjenta zrozumiałym językiem, dostosowanym do jego poziomu intelektualnego. Wątpliwości powstają u pacjentów po wypowiedzianiu przez personel niezrozumiałych, łacińskich rozpoznań. Nie docenia się psychicznego przygotowania pacjenta do badań diagnostycznych, zabiegów operacyjnych i jego pozytywnego wpływu na procesy lecznicze. Istotą psychicznego oddziaływania jest całościowe podejście do pacjenta, pozwalające wyjaśnić mechanizmy zachodzące w jego organizmie pod wpływem wielu bodźców i czynników. Znając pacjenta trafniej dobierzemy metody współpracy z nim i jego rodziną.

Ważnym czynnikiem wpływającym na stan poczucia bezpieczeństwa pacjenta jest panujący klimat w zespole opiekuńczym, prawidłowe relacje międzyludzkie w zespole, wyrażanie i okazywanie szacunku względem członków zespołu. Są to elementy wzbudzające i wzmacniające poczucie bezpieczeństwa u pacjenta i jego rodziny.

Uwaga. Bezpieczeństwo socjalne, społeczne oznacza harmonijne współżycie społeczne, przestrzeganie norm współżycia społecznego, przystosowanie się i przestrzeganie norm prawnych i regulaminów zapewniających pacjentowi i otoczeniu dobre samopoczucie.

Dodatkowe wyjaśnienia. Prawa pacjenta zawarte są w Karcie Praw Pacjenta, będącej zbiorem praw znajdujących się w wielu aktach prawnych (m.in. w ustawie

o zawodzie pielęgniarki i położnej). Udzielając świadczeń zdrowotnych we wszystkich zakładach służby zdrowia, także prywatnych, pielęgniarka ma moralne prawo i obowiązek przestrzegać postanowień zawartych w **Karcie Praw Pacjenta** i w Europejskiej **Karcie Dziecka w Szpitalu**.

Prawa pacjenta

Celem respektowania **praw pacjenta** jest:

- podniesienie jakości świadczeń pielęgniarskich,
- dbanie o bezpieczeństwo pacjenta,
- określenie roli pacjenta w procesie pielęgnowania i leczenia jako równoprawnego członka w tym procesie,
- ustalenie kompetencji, odpowiedzialności i obowiązków w relacjach pacjent–personel medyczny.

Pacjent ma prawo do:

- opieki odpowiadającej najwyższemu standardom,
- intymności, prywatności i poszanowania godności osobistej,
- informacji o swoich prawach,
- wyrażenia zgody na świadczenia pielęgniarskie,
- kontaktu z rodziną,
- bezpieczeństwa.

Dzieci mają prawo:

- aby w czasie hospitalizacji przebywali z nimi rodzice lub opiekunowie,
- do informacji w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania,
- do świadomego uczestnictwa w decyzjach dotyczących opieki,
- do zabawy, odpoczynku i nauki w czasie hospitalizacji, dostosowanych do wieku i stanu zdrowia,
- do intymności i poszanowania godności.

Uwaga. Przestrzegając praw pacjenta i stwarzając bezpieczne warunki pobytu pacjentów w szpitalu, pielęgniarki pozyskują klientów, którzy odnosić będą dużą satysfakcję ze świadczonych usług. Informacje o odczuciach pacjentów stanowią bowiem bardzo cenne kryterium jakości pracy pielęgniarskiej.

Pacjent poza prawami ma także obowiązek przestrzegania ustalonych norm prawnych, co pozwala na szybsze przystosowanie się do nowego środowiska, a tym samym do efektywniejszej realizacji procesu leczenia i opieki.

Niestosowanie się do praw i norm społecznych wpływa negatywnie na samopoczucie jednostki, grupy społecznej, jaką tworzą pacjenci hospitalizowani.

Poczucie bezpieczeństwa daje pacjentom, grupom społecznym, wiara i religia. W trakcie hospitalizacji ważne jest, aby zapewnić pacjentom kontakt z duchowym, czy też umożliwić stosowanie niektórych praktyk religijnych. Wiara dla osób wierzących niejednokrotnie staje się potęgą duchową w walce z chorobą.

W zakresie tworzenia bezpiecznego środowiska dla pacjenta pielęgniarka powinna mieć na uwadze charakterystykę i okresy rozwojowe człowieka.

Dodatkowe wyjaśnienia. Na wzrost poczucia bezpieczeństwa pacjenta wpływa wysoka jakość opieki. Przez jakość pielęgnowania rozumie się świadczenia, które wpływają na zaspokojenie potrzeb pacjenta i potwierdzone są przez obiektywne agendy akredytacyjne.

Wśród sześciu kryteriów mierzenia jakości opieki zdrowotnej dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom bardzo ważne są trzy kryteria:

- **adekwatności**, co oznacza, że procedury postępowania pielęgniarskiego dostosowane są do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych,
- **skuteczności**, oznacza, że system jest efektywny w zakresie realizacji i osiągnięcia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- **doskonalenia jakości usług** pielęgniarek, a w tym upowszechnianie standardów i kryteriów.

H. Lenartowicz przedstawiła propozycje standardów dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu zawierające kryteria, które dotyczą spełnienia warunków w zakresie prawidłowego wyposażenia oddziałów szpitalnych w sprzęt medyczny, łóżka, sprzęt przeciwpożarowy, sygnalizację, właściwe zabezpieczenia środków farmakologicznych i chemicznych, oświetlenia, sprzątanania. Są to tylko niektóre czynniki, które wpływają na bezpieczeństwo pacjenta.

Szpital zapewnia warunki bezpieczeństwa, jeżeli:

- zabezpieczone są instalacje elektryczne, tlenowe, gorąca aparatura,
- prowadzona jest edukacja pacjenta o bezpiecznym zachowaniu,
- rozwieszono są napisy ostrzegawcze,
- pomieszczenia szpitalne, pokoje pacjentów, pokoje zabiegowe, pomieszczenia sanitarne, korytarze i inne są: uporządkowane, właściwie oświetlone w nocy, podłogi bezpieczne, suche i sprzątane,
- łóżka mają system zabezpieczający przed upadkiem pacjenta,
- okna i drzwi są wyposażone w systemy zabezpieczające,
- sygnalizacja przywołująca jest sprawna, w zasięgu ręki pacjenta — w sali, korytarzu (w sanitariatach i łazienkach),
- sprzęt lokomocyjny jest z blokadami, hamulcami,
- apteczki oddziałowe są zamknięte, bez dostępu dla osób niepowołanych,
- środki dezynfekcyjne i chemiczne przechowywane są zgodnie z instrukcjami i niedostępne są dla pacjentów,
- leki, płyny infuzyjne przechowywane są w oryginalnych opakowaniach i w przeznaczonym do tego celu miejscu,
- zestaw reanimacyjny przygotowany jest i przechowywany w miejscu dostępnym do natychmiastowego użytku,
- zespół pielęgniarski ma umiejętności wykonywania reanimacji bezprzyrządowej i przyrządowej zgodnie ze standardem postępowania reanimacyjnego,
- instrukcja przeciwpożarowa i sposób ewakuacji pacjentów znane są pielęgniarkom i personelowi pomocniczemu:
 - sprzęt gaśniczy na wyznaczonych miejscach,
 - drogi ewakuacji zaznaczone i czytelne dla pacjentów i personelu,
- pacjent ma założoną opaskę identyfikacyjną; w dokumentacji pacjenta czytelnie i bardzo wyraźnie na pierwszej stronie zaznaczona informacja, na jaki środek farmakologiczny pacjent jest uczulony; na łóżku pacjenta umieszczone jest jego nazwisko i imię.

14. Lenartowicz (2004) wskazuje na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi poprzez profilaktykę zakażeń wewnątrzszpitalnych. Zdaniem autorki zakażeń szpitalnych można uniknąć, jeżeli:

- pielęgniarka postępuje aseptycznie, wykonując i asystując przy wykonywaniu zabiegów medycznych,
- używane narzędzia i sprzęt jest jednorazowego użytku bądź sterylizowany zgodnie z zasadami, przestrzegane są okresy ważności sterylizacji, prowadzona jest dezynfekcja sprzętu sanitarnego (kaczki, baseny, miski),
- odkażony jest sprzęt, aparatura, skażony materiał opatrunkowy, krew, wydaliny i wydzieliny,
- dezynfekowany jest sprzęt w pokojach pacjentów: łóżka i szafki,
- prawidłowe jest postępowanie z użytą bielizną brudną i z bielizną czystą,
- prawidłowe jest postępowanie z odpadami kuchennymi,
- wdrożony jest standard postępowania z preparatem zakaźnym i zakażonym chorym, w tym przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego, postępowanie z bielizną i materiałem zakaźnym,
- pielęgniarki i zespół pomocniczy stosują procedury mycia rąk i środki ochrony osobistej,
- pielęgniarki systematycznie wykonują badania profilaktyczne, kontrolują stan własnego zdrowia i wykonują szczepienia ochronne,
- w szpitalu zatrudniona jest pielęgniarka epidemiologiczna — zgodnie z ustawą o zakażeniach szpitalnych,
- pielęgniarki podwyższają kwalifikacje z zakresu epidemiologii i wdrażają wytyczne zespołu do spraw zakażeń.

5.3.1

Bezpieczeństwo dziecka w szpitalu

Organizując oddziały szpitalne pediatryczne pielęgniarka powinna uwzględnić rozwój fizyczny i psychiczny dziecka. Dzieci w okresie niemowlęcym, poniemowlęcym i młodszym szkolnym nie są jeszcze przygotowane do zapewnienia sobie bezpieczeństwa.

Do ważnych czynników zapewniających bezpieczeństwo ich rozwoju psychicznego, fizycznego i zapobieganie chorobom należą:

- ochrona przed chorobami zakaźnymi,
- zapewnienie, aby klamki w drzwiach umieszczone były wysoko, a okna się nie otwierały,
- umieszczanie napisu „na czczo” na łóżeczkach dzieci przygotowanych do operacji,
- ochrona przed urządzeniami elektrycznymi, poparzeniem gorącymi posiłkami,
- zaopatrzenie w bezpieczne zabawki, bezpieczne naczynia i sztucce do jedzenia (mogą być plastikowe),

- zapewnienie warunków do utrzymania optymalnej temperatury ciała dziecka, zapewnienie stałej temperatury w pomieszczeniach, szczególnie w izolatkach,
 - zapewnienie ciepłych ubrań, szczególnie na stopy dziecka, a dla niemowląt — ubranek jednoczęściowych,
 - wyposażenie łóżeczka do spania w ścianki boczne,
 - eliminowanie z otoczenia dziecka pojemników, torebek plastikowych, którymi dzieci chętnie się bawią; stwarzają bardzo duże zagrożenie dla życia dziecka,
 - przechowywanie leków w bezpiecznych miejscach (szafki zamknięte, tace z lekami zawsze pod kontrolą pielęgniarki),
 - przestrzeganie czasu podawania leków,
 - bezwzględne przestrzeganie dawek leków stosownie do masy ciała dziecka,
 - sprawdzanie danych personalnych przed podaniem leku,
-
- niepozostawianie leków na talerzykach, szafkach,
 - sprawdzanie jamy ustnej dziecka po podaniu leku (czy połknęło leki).

Dodatkowe wyjaśnienia. Dzieciom hospitalizowanym należy pozwolić wziąć ze sobą ulubione zabawki, „jasiek” do przytulania, fotografie czy inne przedmioty przypominające rodziców i najbliższych. Pomoże to im przetrwać trudne chwile i pozwoli osiągnąć poczucie bezpieczeństwa. Choroba i hospitalizacja wpływa na stan psychiczny dziecka, potęgując negatywne emocje, takie jak niepokój, strach, lęk, gniew, złość. Na wzrost poczucia zagrożenia dziecka wpływają dodatkowo osamotnienie, oddalenie od rodziców, brak przyjaciół, ograniczenie aktywności, brak ulubionych zajęć. Zadaniem pielęgniarki jest wzbudzenie zaufania dzieci i zapewnienie im bezpieczeństwa.

Zapamiętaj:

Pielęgniarka i zespół terapeutyczny powinny przejawiać wobec dziecka zachowania, które złagodzą smutek, osamotnienie, strach i lęk przed zabiegami, badaniami diagnostycznymi i procesem leczenia. Należy zatem:

- zapewnić dziecku obecność bliskich i zapewnić go, że jest przez nich kochane i że nigdy go nie opuszczą,
- wzbudzać w dziecku poczucie, że w życiu rodzinnym jest potrzebne,
- wskazać dziecku osobę, która zawsze pomoże w trudnych sytuacjach, np. w trakcie zastrzyku czy przed zaśnięciem; może to być pielęgniarka, opiekunka,
- ukazywać dziecku, że ma możliwość dokonywania wyboru i wytłumaczyć jego rolę w procesie leczenia,
- informować dziecko, na miarę jego możliwości rozumienia, o wszystkich działaniach pielęgniarskich, diagnostycznych i leczniczych,
- edukować dziecko co do sposobów przystosowania się do choroby i leczenia,
- realizować indywidualny program psychofizycznego rozwoju,

- stymulować u dziecka różne formy samorealizacji,
- oddziaływać na sferę wartości dziecka, kształtować system wartości i wzbudzać wiarę we własne siły.

5.3.2

Bezpieczeństwo pacjenta w wieku starszym

W przypadku gdy pielęgniarz opiekuje się człowiekiem w podeszłym wieku, działania ukierunkowane będą na chronienie pacjenta przed niebezpieczeństwami otoczenia.

Znajomość potrzeb pacjentów powinna stać się celem ich zaspokajania i temu celowi powinny być podporządkowane wszystkie elementy procesu pracy. Z uwagi na charakterystyczne dla tego okresu życia nawyki i przyzwyczajenia, a także obniżenie sprawności intelektualnej, sensorycznej wskazane jest:

- zapewnienie stałości składu zespołu pielęgniarskiego, co gwarantuje ciągłość procesu opiekuńczego. Zmiany personelu nie wpływają korzystnie na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom. Każda nowa osoba w otoczeniu pacjenta starszego budzi nieufność i poczucie zagrożenia.

Organizowanie środowiska materialnego:

- Wyposażenie otoczenia pacjenta w sprzęt, meble, łóżka z uwzględnieniem wydolności i aktywności fizycznej. Pacjenci starsi czują się bezpieczni w znanym i niezmiennym otoczeniu. Ustawienie w pokojach sprzętu dostępnego z każdej strony i łatwego w użyciu.
- Łóżka powinny być szerokie, dostosowane do wzrostu pacjenta, mające automatycznie podnoszone ścianki boczne (tzw. drabinki).
- Zapewnienie pacjentowi bezpiecznego poruszania się za pomocą urządzeń, takich jak laseczki, kule lokciowe, chodziki itp., oraz podjęcie wysiłków w celu zapobiegania wypadkom i urazom. Urazy w wieku starszym są dość częste i niebezpieczne dla życia i zdrowia. Niewielki uraz powoduje unieruchomienie w łóżku, co staje się przyczyną groźnych powikłań układowych.
- Zapewnienie pacjentowi bezpiecznych naczyń i przyrządów do jedzenia.
- Udostępnienie pacjentowi przedmiotów, które chce mieć w szpitalu (ulubiona poduszeczka, zdjęcia lub element garderoby), które dają pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Przedmioty ulubione powinny być zawsze w tym samym miejscu, tak aby pacjent mógł je mieć w zasięgu ręki.
- Utrzymanie stałej temperatury pomieszczeń, dbanie o ciepłe ubranie pacjenta, szczególnie zapewnienie ciepła dla stóp.
- Bezpieczne przechowywanie leków. Kontrola przyjmowania leków. Sprawdzenie jamy ustnej pacjenta po spożyciu leków. Niebezpieczne są pomyłki, przedawkowanie czy trudności w połknięciu dużych tabletek.

- Stosowanie zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego, szczególnie wobec pacjentów, którzy palą papierosy. Wyznaczenie specjalnego pomieszczenia bądź miejsca na oddziale, w którym można palić papierosy. Starsi ludzie często nieostrożnie mogą zaproszyć ogień i spowodować pożar, zapalenie się odzieży i poparzenie ciała.
- Przed wyjściem pacjenta do domu pielęgniarz ustala z najbliższymi bezpieczne warunki otoczenia pacjenta w domu.

5.3.3

Bezpieczeństwo pacjenta nieprzytomnego

Szczególną troskę o bezpieczeństwo przejawia pielęgniarz w przypadku pacjenta nieprzytomnego. Pacjent nieprzytomny nie reaguje na otoczenie i płynące z niego bodźce, czasem także na bodźce wewnątrzustrojowe. Organizm pacjenta funkcjonuje nie uwzględniając środowiska zewnętrznego. Staje się bezbronny, a zatem narażony jest na wiele niebezpieczeństw.

Zapamiętaj:

W pielęgnacji pacjenta naczelną zasadą jest zapobieganie powikłaniom, tworzenie środowiska wolnego od czynników szkodliwych.

Pielęgniarka w sposób planowy zapewnia pacjentowi nieprzytomnemu właściwą temperaturę ciała i otoczenia, drożność dróg oddechowych, odżywianie, wydalanie kału i moczu, zapewnia i utrzymuje funkcję ochronną skóry, zapobiega powikłaniom narządu ruchu. Podczas działań opiekuńczych komunikuje się z pacjentem werbalnie i pozawerbalnie, zapewniając dopływ bodźców do ośrodkowego układu nerwowego. W pielęgnacji pacjenta nieprzytomnego przejawiać się musi wysoki profesjonalizm i postawa etyczna pielęgniarki. Podstawową zasadą w realizacji opieki pielęgniarskiej jest ciągłość opieki i obserwacji. Oznacza to, że pacjent nieprzytomny wymaga stałej i wysokoprofesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

5.4

Zapobieganie powikłaniom w procesie pielęgnowania, diagnozowania, leczenia, rehabilitacji

Krystyna Jewsiejczyk

Profilaktyka w pracy pielęgniarki sprowadza się do przestrzegania zasad postępowania, gwarantujących niedopuszczenie do powikłań lub zmniejszenie ich wystąpienia.

W procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji w celu zapewnienia pacjentowi maksymalnego bezpieczeństwa stosuje się określone procedury, przestrzegając zasad, działając zgodnie z obowiązującymi standardami, co gwarantuje wysoką ja-

kość wykonywania zadań. Dla pacjenta oznacza to pełne bezpieczeństwo, wyeliminowanie zagrożeń dla jego zdrowia i życia.

Zapamiętaj:

Do najważniejszych i podstawowych działań należą:

- profilaktyka zakażeń wewnątrzszpitalnych, w tym stosowanie zasad higieny, aseptyki i antyseptyki,
- organizacja środowiska materialnego na rzecz pacjentów szczególnie narażonych na zakażenia,
- stosowanie zasad i technik wykonywania zabiegów pielęgniarskich z grupy aseptycznych (wkłucia do dużych naczyń, cewnikowanie, płukanie pęcherza), pielęgnowanie pacjentów zaintubowanych,
- przestrzeganie izolacji i segregacji pacjentów w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- przestrzeganie zasad aseptyki na wszystkich etapach badań diagnostycznych, a szczególnie związanych z ingerencją w organizm pacjenta,
- stosowanie określonych procedur i zasad w usprawnianiu pacjenta,
- stosowanie zasad higieny i aseptyki, antyseptyki w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia się personelu medycznego.

Uwaga. Efekty działań profilaktycznych zależą od takich czynników, jak:

- systematyczność,
- intensywność,
- współpraca,
- integralność.

Oznacza to, że zapobieganie powikłaniom staje się procesem stosowanym świadomie, celowo i w sposób ciągły. Dotyczy wszystkich grup i zespołów czy osób uczestniczących w pielęgnowaniu, diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji.

Dodatkowe wyjaśnienia. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych opracowało System Czynnej Rejestracji Zakażeń Szpitalnych z symbolem kwiatu rumianku. System ten pozwala na monitorowanie procedur diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych, tym samym efektywnej pracy zespołów kontroli zakażeń.

Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z dnia 06.09.2001 roku nakłada na pracodawców obowiązek powołania zespołu oraz komitetu kontroli zakażeń zakładowych.

Do zadań zespołu kontroli zakażeń należy: konstruowanie programów kontroli zakażeń i metod monitorowania zakażeń.

W programie kontroli zakażeń szpitalnych powinny się znaleźć:

- konstruowanie instrukcji i procedur zapobiegania zakażeniom szpitalnym,
- sposoby monitoringu zakażeń szpitalnych,
- zasady organizacji i działania systemu kontroli zakażeń szpitalnych,
- edukacja personelu szpitalnego w zakresie wprowadzanych procedur i profilaktyki zakażeń, zasad higieny, dezynfekcji, sterylizacji,
- diagnostyka mikrobiologiczna,
- terapia antybiotykami,
- sposoby izolacji pacjentów z podwyższonym ryzykiem.

Dodatkowe wyjaśnienia. W zespole kontroli zakażeń utworzono stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej. Minister zdrowia określił zakres uprawnień i obo-

wiązki pielęgniarki epidemiologicznej, uwzględniając specjalizacje i kursy specjalizacyjne. W większości zakładów szpitalnych pielęgniarki epidemiologiczne odpowiedzialne są za opracowanie procedur, edukację personelu i monitorowanie zakażeń szpitalnych. Pracownicy, w tym pielęgniarki, muszą posługiwać się podstawowymi procedurami pod względem czynników ryzyka. **Liczba zakażeń związanych z posługiwaniem się konkretnym typem procedury diagnostycznej, terapeutycznej, pielęgnacyjnej jest najważniejszym wyznacznikiem standardu opieki nad pacjentem.**

System czynnego nadzoru nad zakażeniami jest także korzystny dla pielęgniarek, które, wykonując zgodnie ze standardami wiele działań inwazyjnych w diagnozowaniu i leczeniu, przeciwdziałają szerzeniu się zakażeń wewnątrzszpitalnych i pomagają uniknąć zachorowania na zakażenie wirusowe (HIV, HCV, HDV, HBV) i bakteryjne.

Wprowadzenie **Systemu Czynnego Nadzoru Zakażeń** wpływa na komfort i bezpieczeństwo pracy pielęgniarki.

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest dostateczna i stała kontrola wszystkich punktów łańcucha epidemiologicznego, której celem jest wykrycie źródła drobnoustroju i określenie jego przenoszenia i wrót zakażenia.

W profilaktyce najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest zwiększenie odporności pacjenta. Przestrzeganie i konsekwentne kontrolowanie prawidłowości przebiegu szczepień w wieku dziecięcym i w okresie dojrzewania stanowi podstawę wzrostu odporności osobniczej całej populacji. Należałoby wprowadzić w polskim systemie służby zdrowia procedurę szczegółowego badania pacjenta, co pozwoliłoby wykryć wszelkie zmiany zapalne i zastosować leczenie przed hospitalizacją.

Wskazane jest także badanie w kierunku nosicielstwa i jego eliminowanie przed przyjęciem do szpitala.

5.4.1

Szpital jako środowisko zakaźne

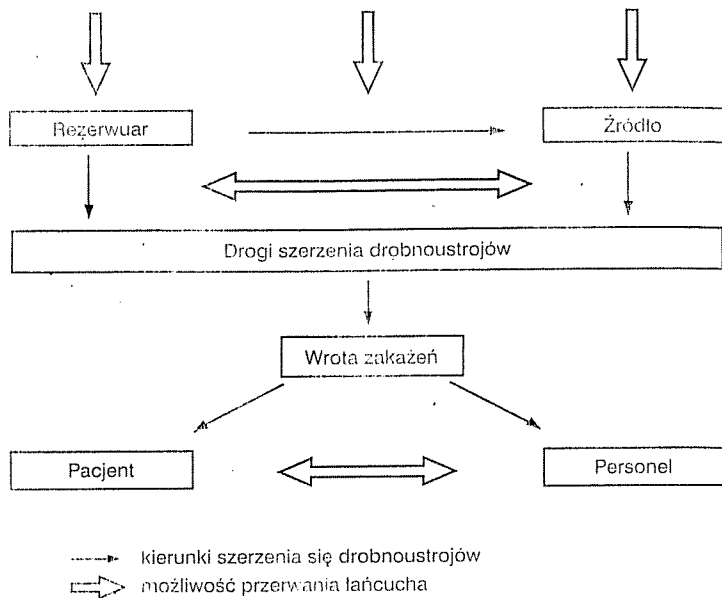
W szpitalach, a szczególnie na niektórych specyficznych dla leczenia oddziałach (np. zakaźnym, chirurgicznym), istnieją sprzyjające okoliczności wniknięcia drobnoustrojów patogennych do organizmu ludzkiego.

Zakażenie szpitalne określa się jako **zakażenie nabyte w szpitalu, które ujawniło się podczas hospitalizacji lub po wypisaniu ze szpitala i zostało udokumentowane przez epidemiologiczny czynnik chorobotwórczy pochodzący od innego chorego lub pracowników, albo przez endogeny czynnik mikrobiologiczny.**

Epidemiologia zakażeń drobnoustrojami opisywana jest w postaci łańcucha epidemiologicznego. Jest to cykl następujących po sobie zdarzeń i procesów doprowadzających do zakażenia.

Zakażenia egzogenne (krzyżowe) występują wówczas, gdy czynnik zakaźny przeniesiony jest na pacjenta z innego chorego, osoby ze środowiska szpitalnego.

Zakażenia endogenne są spowodowane własną patologiczną lub oportunistyczną florą chorego.



Ryc. 5.1. Szerzenie się drobnoustrojów w szpitalu (za A. Przondo-Mordarską, 1999).

W procesie epidemicznym w zakażeniach szpitalnych wyróżnić można:

I. Źródło zakażenia:

- Hospitalizowani chorzy z infekcjami.
- Personel, w tym nosiciele chorób.
- Środowisko patogeniczne szpitalne (narzędzia, sprzęt, powietrze).
- Osoby odwiedzające.

II. Drogi szerzenia się zakażeń:

- Kontaktowa, naruszenie ciągłości tkanek, rany.
- Powietrzna.
- Pokarmowa.

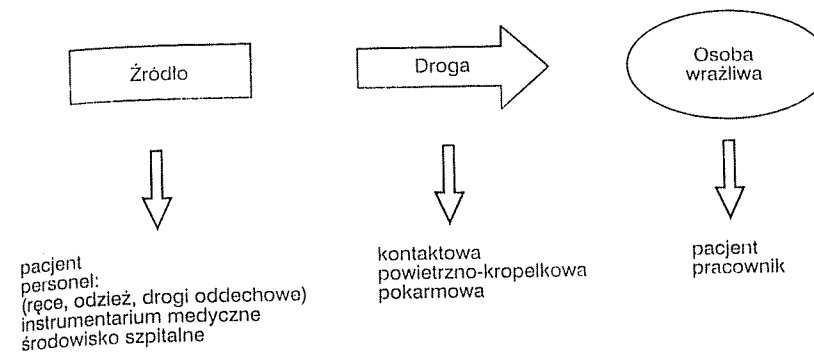
III. Populacja wrażliwa:

- Pacjenci.
- Personel i osoby odwiedzające pacjenta.

Drogą, którą przenoszą się bakterie, jest bezpośredni kontakt człowieka z innymi ludźmi, a także otaczającymi go przedmiotami.

Na oddziałach chirurgicznych, gdzie zabiegi operacyjne przeprowadzane są u pacjentów w ciężkim stanie (wyniszczonych z powodu nowotworu, po chemioterapii, radioterapii, u chorych z niedoborami immunologicznymi), do zakażeń predysponują liczne rezerwuary drobnoustrojów i ogólny stan pacjentów.

Na oddziałach intensywnej terapii ryzyko zakażeń jest 10-krotnie większe niż na innych oddziałach. Do zakażeń wewnątrzszpitalnych predysponowane są



Ryc. 5.2. Drogi szerzenia się zakażeń (za A. Przondo-Mordarską, 1999).

oddziały transplantologii, oddziały oparzeniowe, dializ, dziecięce, noworodków, wcześniaków, gdzie przebywają pacjenci z niedoborami immunologicznymi.

Czynniki zwiększające ryzyko zakażeń

1. Czynniki predysponujące do zakażeń związane z pacjentem:

- wiek pacjenta (noworodki i w wieku starszym),
- choroba podstawowa, np. pacjenci dializowani,
- współistniejące choroby, np. cukrzyca, wyniszczenie z powodu niedożywienia, nowotwory, operacje,
- pacjenci leczenia chemioterapią, radioterapią, z obniżoną odpornością, z zakażeniami wirusem HIV,
- pacjenci chirurgiczni z ciężkimi urazami tkanek, np. oparzenia,
- oddziały intensywnej terapii, transplantologii, oparzeń, dializ, wcześniaków, noworodków z niską urodzeniową masą ciała, poniżej 2500 g.

2. Czynniki ryzyka związane z zabiegami i leczeniem:

- inwazyjne techniki diagnostyczne i lecznicze powodujące przerwanie ciągłości tkanki skórnej, błon śluzowych i otwarcia tym samym wrót zakażenia i przemieszczenia się drobnoustrojów.

Do specyficznych działań należą:

- drenaże jam ciała,
- cewnikowanie dużych naczyń, pęcherza moczowego,
- drenaże przestrzeni zewnątrzoponowej,
- stosowanie sztucznej wentylacji (respiratorów),
- odżywianie pozajelitowe.

Powyższe zabiegi sprzyjają uaktywnianiu się drobnoustrojów i zwiększają podatność na zakażenia.

3. Czynniki ryzyka zależne od drobnoustrojów, czyli rodzaj zarazka i z tym związany stopień zjadliwości drobnoustrojów.

Do najczęstszych szczepów bakteryjnych w zakażeniach wewnątrzszpitalnych należą: pałeczki Gram-ujemne i szczepy gronkowcowe.

Zapamiętaj:

Niebezpieczeństwami, jakie zagrażają pacjentom, są **powikłania** stanowiące zagrożenie zdrowia, a nawet życia. Do najczęstszych należą: **wstrząs septyczny wywołany gronkowcem złocistym bytującym w zakażonej skórze, w ranach**. Wewnątrznaczyniowe cewniki, przetoki do dializ stają się wrotami zakażenia dla gronkowców koagulazujących i mogą wywołać posocznice.

Do **zakażeń szpitalnych** należą zakażenia nie tylko pacjentów, ale także i personelu. **Coraz częściej dochodzi do zakażenia personelu wirusem wywołującym zapalenie wątroby**. Wirus typu B i C jest przenoszony przede wszystkim przez nieodpowiednio wyjalowiony sprzęt medyczny służący do diagnostyki i leczenia, a także na skutek niezadowolającego reżimu sanitarno-higienicznego.

Wśród przyczyn szerzenia się zakażeń można wymienić:

- nieprzestrzeganie przez personel podstawowych zasad higieny, w tym brak higieny rąk, i ignorowanie zasad aseptyki,
- niedostateczne wyposażenie szpitali i oddziałów w nowoczesny sprzęt sterylizacyjny, sprzęt jednorazowego użytku, środki dezynfekcyjne, środki higieniczne,
- niedostateczne wyposażenie szpitali w sprzęt diagnostyczny i zabiegowy,
- brak systematycznego doskonalenia pielęgniarek w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- zatrudnienie personelu pielęgniarskiego niezgodne z potrzebami opieki pielęgniarskiej,
- przestarzałe systemy architektoniczne, w nich przecinające się ciągi komunikacji i transportu,
- tradycyjne metody utrzymywania higieny otoczenia pacjenta, zamiast stosowania wysoko specjalistycznego sprzętu czyszczącego i myjącego,
- brak standardów i procedur postępowania pielęgniarskiego w szpitalach,
- brak kryteriów jakości pracy pielęgniarskiej,
- brak systemu kontroli zakażeń w placówkach (od 01.01.2004 r. zgodnie z Ustawą o chorobach zakaźnych i zakażeniach nakłada się obowiązek powołania zespołów kontroli zakażeń wewnątrzszpitalnych i utworzenie stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej).

Warunkiem zapewnienia pacjentowi prawidłowego procesu zdrowienia jest zapewnienie czystego otoczenia, w którym pacjent przebywa (tab. 5.1).

Tabela 5.1. Warunki zapobiegające zakażeniom w szpitalu

1	• Każde pomieszczenie szpitalne, w którym przebywa pacjent, powinno być dezynfekowane, czyszczone i myte systematycznie oraz po każdym zabrudzeniu
2	• Powierzchnie szpitalne chronić przed kurzem
3	• Podłogi, meble, sprzęt w salach chorych, gabinetach zabiegowych, opatrunkowych, diagnostycznych myć rutynowo detergentami lub środkami antyseptycznymi do tego celu przeznaczonymi
4	• Toalety szpitalne — myć środkami dezynfekującymi; muszle — czyścić proszkami i szczotką
5	• Kwiaty cięte i w doniczkach — nie zaleca się na oddziałach intensywnej terapii, gdzie przebywają pacjenci z niedoborami odporności; na innych oddziałach kwiatami bezpośrednio nie powinni zajmować się pacjenci

cd. tab. 5.1

6	• Bielizna pacjenta — każdy zabrudzony asortyment bielizny pościelowej każdorazowo powinien być wymieniony; pacjent zawsze powinien przebywać w czystej pościeli; z brudną bielizną postępujemy niezwykle ostrożnie; nie potrząsać; po wymygnięciu natychmiast delikatnie włożyć do nieprzemakalnego worka/torby i tak transportować do pralni Zabrania się sortowania i płukania bielizny na oddziale • Materace przykryć nieprzemakalną ceratą i dezynfekować po każdym chorym
7	• Renowacje i okresowe remonty — odizolować remontowany odcinek; zamknąć system wentylacyjny; określić teren, po którym może poruszać się personel i pacjenci
8	• Odpady zakaźne — krew, odpady z oddziałów zakaźnych i izolatek, materiały i urządzenia po kontakcie z zakażonym pacjentem, preparaty krwiopochodne, zużyty materiał opatrunkowy, przedmioty ostre dezynfekować w specjalnych do tego celu pojemnikach i transportować w zamkniętych kontenerach do służb, które mają uprawnienia do unieszkodliwiania lub składowania Rodzaje unieszkodliwień: – dezynfekcja wydaliny i wydzielin (pacjentów oddziałów zakaźnych), – spalanie, – kremacja, – autoklawowanie
9	• Naczynia na zbiórkę moczu — dezynfekować po każdym użyciu Myć ręce po dokonaniu pomiarze i czynności zbierania moczu

Do dróg zakażenia należą:

A. Droga kontaktowa:

- personel medyczny (głównie ręce),
- pacjenci, ich odzież, rzeczy osobiste, ręce,
- insekty (muchy, mrówki faraona, prusaki),
- sprzęt medyczny, słuchawki lekarskie,
- sprzęt higieniczny,
- narzędzia i aparatura medyczna,
- preparaty dezynfekcyjne, zakażone,
- mydło w kostce i w pojemniku, ręczniki wielokrotnego użytku.

B. Droga krwi:

- zakażony materiał biologiczny,
- krew i jej preparaty, zakażone płyny infuzyjne i leki dotkankowe, niesterylne narzędzia chirurgiczne.

C. Droga pokarmowa:

- naczynia stołowe, sztućce, zakażona woda, pokarm zakażony florą bakteryjną przewodu pokarmowego.

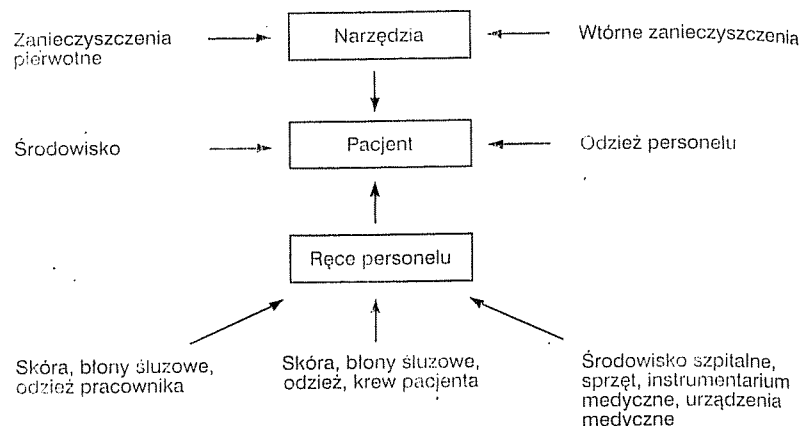
D. Droga powietrzna:

- kurz, kropelki wydzielin z dróg oddechowych pacjenta, zakażone powietrze.

Drogi szerzenia się zakażeń ilustruje ryc. 5.3.

Zapamiętaj:

Bardzo istotnym elementem zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym jest przerywanie dróg szerzenia się zakażeń przez następujące postępowanie:



Ryc. 5.3. Drogi szerzenia się zakażeń.

1. Droga powietrzno-kropelkowa:

- eksploatacja aparatury, urządzeń medycznych, diagnostycznych i myjących (dezynfekcja, mycie, sterylizacja, wymiana) zgodnie z przyjętymi procedurami,
- izolacja pacjentów zakażonych (uwaga na kichanie, kaszel), izolatki powinny zawierać służę, należy dokonywać zmiany odzieży, dezynfekcji rąk po każdym kontakcie z pacjentem; wentylacja w pomieszczeniu z wymuszonym powietrzem do wewnątrz,
- dbałość o higienę jamy ustnej pacjenta,
- higiena rąk personelu (dezynfekcja, mycie),
- stosowanie masek ochronnych.

2. Droga pokarmowa:

- higiena przygotowywania posiłków,
- przechowywanie produktów żywnościowych zgodnie z zasadami i wytycznymi epidemiologicznymi,
- mycie i dezynfekcja naczyń i pomieszczeń kuchennych,
- izolacja pacjentów z biegunkami.

3. Droga przez uszkodzone tkanki i naruszenie ich ciągłości:

- przygotowanie pola operacyjnego zgodnie z procedurami,
- sterylizacja narzędzi,
- profilaktyka antybiotykowa przedoperacyjna i okołoperacyjna,
- przygotowanie bloku operacyjnego i zespołu operacyjnego według przyjętych standardów,
- pielęgnacja ran pooperacyjnych z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- w przypadku zakładania wkłuc do naczyń należy stosować się do zaleceń:
 - przygotować skórę pacjenta zgodnie z zaleceniami epidemiologicznymi,
 - przygotować personel do wkłucia i założenia cewników w warunkach aseptycznych,
 - jak najszybsze usuwanie wenflonów, cewników.

W zwalczaniu i profilaktyce zakażeń wewnątrzszpitalnych najważniejszą zasadą jest bezwzględne stosowanie higieny przez wszystkie grupy zawodowe, a głównie przez lekarzy i pielęgniarki, którzy wykonują badania i zabiegi, bezpośrednio stykając się z pacjentem i materiałem zakaźnym.

W szpitalach powinny powstawać systemy wykrywania zakażeń oraz systemy oceny stosowanych procedur w programach zapobiegających i zwalczających zakażenia szpitalne. Programy profilaktyki zakażeń i ich praktyczna realizacja stanowią o bezpieczeństwie pacjentów i personelu. Wyznacznikiem jakości programów są standardy i procedury postępowania higienicznego, dezynfekcyjnego, aseptycznego i organizacyjnego.

5.4.2

Aseptyka i antyseptyka

Aseptyka jest to postępowanie zapobiegające, niedopuszczające do zakażenia drobnoustrojami środowiska, sprzętu, materiałów i pacjentów. Jest to posługiwanie się materiałem i narzędziami wyjałowionymi — pozbawionymi bakterii, sporów, wirusów, grzybów.

Uwzględniając ryzyko wystąpienia zakażenia u pacjentów wyróżnia się następujące kategorie sprzętu:

I. Sprzęt krytyczny

Do tej grupy należą urządzenia i przedmioty, które są wprowadzane do krwi lub wchodzi w kontakt z jałowymi tkankami organizmu człowieka. Należą do nich narzędzia chirurgiczne, cewniki do jam ciała, implanty, endoskopy. Stosowanie ich podczas zabiegów stanowi ryzyko zakażenia. Zatem muszą być bezwzględnie jałowe.

II. Przedmioty półkrytyczne

Są to urządzenia, które stosuje się do błon śluzowych lub do zabiegów na uszkodzonej skórze (np. sprzęt do terapii oddechowej, bronchoskopy i endoskopy). Sprzęt półkrytyczny należy dokładnie umyć i poddać dezynfekcji, która polega na eradykacji — zniszczeniu wszystkich bakterii i zarodników.

III. Przedmioty bezpieczne (niekrytyczne)

Są to takie urządzenia, które mają kontakt z nieuszkodzoną skórą, np. mankiety do ciśnieniomierza, stetoskopy. Przedmioty te nie muszą być sterylne.

Rodzaj sprzętu i jego zastosowanie kwalifikuje do dezynfekcji:

- stopnia wysokiego,
- stopnia średniego,
- stopnia niskiego.

Zapamiętaj:

W celu osiągnięcia pełnej jałowości należy przestrzegać następujących zasad przygotowania sprzętu:

- dezynfekować w wannach z płynem dezynfekującym,
- czyścić i myć sprzęt mechanicznie, ręcznie przy użyciu szczotki albo w myjniach ultradźwiękowych,
- osuszać za pomocą ściereczek lnianych lub suchym powietrzem, strumieniem powietrza ze specjalnych pistoletów, specjalnych pomp,
- zapakować i zaopatrzyć pakiet wskaźnikiem skuteczności sterylizacji,
- sterylizować,
- przechowywać i transportować zgodnie z obowiązującymi procedurami,
- otwierać pakiety, tace, zestawy według obowiązujących zasad,
- stosować sprzęt według obowiązujących procedur.

Antyseptyka jest to postępowanie zapobiegające zakażeniom przez niszczenie lub zahamowanie rozwoju drobnoustrojów za pomocą środków chemicznych.

Dezynfekcja jest postępowaniem pozwalającym zmniejszyć florę bakteryjną patogeną na skórze rąk, z pola operacyjnego, na narzędziach, przedmiotach, materiałach. Proces dezynfekcyjny odbywa się najczęściej przy użyciu środków dezynfekcyjnych. Wyróżnia się dezynfekcję zwykłą i dezynfekcję o wysokiej skuteczności.

Dezynfekcja zwykła prowadzi do zniszczenia form wegetatywnych, lecz nie niszczy przetrwalników bakterii, prątków, części wirusów i grzybów.

Dezynfekcja wysokiego stopnia to zniszczenie form wegetatywnych bakterii, wirusów, prątków i enterowirusów.

Dodatkowe wyjaśnienia. Pielęgniarka uczestnicząc i wykonując zadania mieszczące się w zakresie funkcji terapeutycznej (diagnostyczno-leczniczej) odpowiedzialna jest za wykonywanie wszystkich etapów postępowania dekontaminacyjnego. **Kontaminacja oznacza zanieczyszczenie.** Zatem w wyniku procesu dekontaminacji dochodzi do postępowania się obiektami bezbakteryjnymi.

Pielęgniarka przed przystąpieniem do dezynfekcji obowiązana jest przestrzegać zasad bezpieczeństwa i higieny pracy (Ciuruś, 1999). Środki dezynfekcyjne są szkodliwe dla organizmu ludzkiego i niewłaściwe obchodzenie się z nimi może powodować patologiczne reakcje ze strony organizmu.

Ważnym etapem w przygotowaniu sprzętu do sterylizacji po dezynfekcji jest mechaniczne oczyszczanie narzędzi, sprzętu. Do oczyszczania należy stosować

zimną lub letnią wodę, w której nie dochodzi do koagulacji substancji białkowych zawartych w materiale biologicznym (krew, ropa, mocz).

Oczyszczanie można wykonywać ręcznie, przy użyciu szczotki lub myjni ultradźwiękowych bądź urządzeń myjąco-dezynfekujących. Po oczyszczeniu w myjniach zaleca się stosować czyszczenie mechaniczne ręczne (Ciuruś, 1999). Po oczyszczeniu przedmioty płucze się pod bieżącą wodą, następnie muszą być osuszone specjalnie do tego celu przygotowanymi ściereczkami lnianymi, suchym powietrzem.

W dezynfekcji wyróżnia się metody: chemiczną i termiczną.

Zasadą jest: im bardziej zanieczyszczony obiekt, tym proces dezynfekcji powinien być dłużej prowadzony.

Ważne jest oczyszczanie narzędzi, przedmiotów z krwi, ropy i wydaliny, ponieważ zanieczyszczenia obniżają skuteczność stosowanych metod.

Do **metod termicznych** należy gotowanie w temperaturze 100°C przez 30 min. Metodą tą inaktywuje się HIV, prątki gruźlicy. Czas dezynfekcji metodą gotowania mierzymy od momentu wrzenia.

Narzędzia i sprzęt przygotowuje się w sposób następujący — zasady:

- narzędzia dezynfekować w kąpeli ze środkiem dezynfekcyjnym (przed kąpielą narzędzia rozmontować),
- po czasie dezynfekcji narzędzia oczyścić i umyć,
- dokładnie spłukać,
- zanurzyć narzędzia całkowicie w wodzie szybkiego,
- pojemnik zamknąć,
- utrzymać powolne wrzenie.

Dezynfekcja chemiczna stosowana jest dla narzędzi, przedmiotów optycznych (bronchoskopy, gastroskopy, cystoskopy) i wielu innych, które ze względu na budowę wrażliwe są na wysoką temperaturę.

W preparatach dezynfekcyjnych związkami aktywnymi są:

- aldehyd mrówkowy i glutarowy,
- pochodne fenolu,
- alkohole,
- związki chlorowe,
- związki jodowe,
- czwartorzędowe związki amoniowe,
- czwartorzędowe związki pirydyniowe.

Po dezynfekcji obiekty podlegają dokładnemu oplukaniu w destylowanej lub przegotowanej wodzie. Sprzęt przechowujemy wysuszony i w sterylnym opakowaniu.

Stosując dezynfekcję chemiczną, należy często zmieniać środki dezynfekcyjne ze względu na powstanie oporności drobnoustrojów po dłuższym ich stosowaniu.

Przed stosowaniem preparatów dezynfekcyjnych należy zapoznać się z zaleceniami Państwowego Zakładu Higieny z dnia 27 września 1996 r. w sprawie wykazu preparatów dezynfekcyjnych przeznaczonych do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej.

Sterylizacja jest to wyjalawianie sprzętu, narzędzi, płynów, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych. Sterylizowanie oznacza zabicie, zniszczenie wszystkich drobnoustrojów z ich formami przetrwalnikowymi i zarodnikami.

Do metod sterylizacji należą:

- sterylizacja suchym gorącym powietrzem,
- sterylizacja parą wodną pod zwiększonym ciśnieniem,
- sterylizacja parą o niskiej temperaturze (48–75°C) z aldehydem mrówkowym,
- sterylizacja tlenkiem etylenu,
- sterylizacja promieniowaniem jonizującym.

Tabela 5.2. Przedmioty wymagające sterylizacji bądź dezynfekcji z uwzględnieniem rodzaju stopnia dezynfekcji oraz zalecane rodzaje środków sterylizacyjnych i dezynfekcyjnych

Przedmiot	Sterylizacja		Dezynfekcja		
	Przedmioty krytyczne		Wysoki stopień	Średni stopień	Niski stopień
	Procedura	Czas ekspozycji	Procedura Czas ekspozycji 20 min i dłużej	Procedura Czas ekspozycji 10 min i dłużej	Procedura Czas ekspozycji 10 min i dłużej
Powierzchnie gładkie	sterylizacja cieplna, tlenek etylenu, 2% glutaraldehyd, 6% nadtlenek wodoru, → kwas nad-octowy	wg zaleceń producenta 6 h	2% glutaraldehyd, 6% nadtlenek wodoru, kwas nad-octowy, podchloryn sodu, wilgotna pasteryzacja w 75°C po umyciu detergentem	podchloryn sodu, alkohol etylowy 70–90%, roztwory fenolowe, jodoformy	alkohol etylowy lub izopropylowy 70–90%, podchloryn sodu, jodoform, roztwór fenolowy
Gumowe rury. Cewniki polietylenowe	jak wyżej	wg zaleceń producenta	jak wyżej		
Urządzenia zawierające soczewki	jak wyżej	wg zaleceń producenta	2% glutaraldehyd, 6% nadtlenek wodoru, kwas nad-octowy		
Termometry ustne, doodbytnicze				jodoform	

cd. tab. 5.2

Przedmiot	Sterylizacja		Dezynfekcja		
	Przedmioty krytyczne		Wysoki stopień	Średni stopień	Niski stopień
	Procedura	Czas ekspozycji	Procedura Czas ekspozycji 20 min i dłużej	Procedura Czas ekspozycji 10 min i dłużej	Procedura Czas ekspozycji 10 min i dłużej
Urządzenia zawierające zawiasy	sterylizacja cieplna, tlenek etylenu, 2% glutaraldehyd, 6% nadtlenek wodoru, kwas nad-octowy	wg zaleceń producenta	2% glutaraldehyd, 6% nadtlenek wodoru, kwas nad-octowy		

Sterylizacja parą wodną — zdezynfekowane narzędzia oczyszczone, wysuszone układa się na tacy perforowanej metalowej, zawija się w serwety, a następnie pakuje się w papier wodoodporny.

Metodą autoklawowania sterylizuje się:

- przedmioty gumowe,
- rękawice chirurgiczne,
- tekstylia, gaziki, serwety,
- stal nierdzewną, narzędzia chirurgiczne.

W sterylizacji parą wodną w nadeściśnieniu czynnikiem sterylizującym jest para wodna w nadeściśnieniu, o temperaturze 121°C, pod ciśnieniem 1 atm.

Można stosować parametry:

Temperatura 121°C, 1 atm., czas ekspozycji 10–25 min.
Temperatura 134°C, 2 atm., czas ekspozycji 5–10 min.

W sterylizacji parowej wskaźnikiem procesu sterylizacji są:

- Wskaźnik fizyczny:
 - termometry mierzą temperaturę,
 - zegary mierzą czas,
 - manometry mierzą ciśnienie.
- Wskaźnik biologiczny, np. spory *Bacillus*, które umieszcza się we wnętrzu wybranych pakietów. Pomiarów czystości biologicznej dokonuje się: raz w tygodniu, raz w miesiącu.
- Wskaźnik chemiczny umieszcza się na powierzchni sterylizowanego obiektu; zmienia on barwę pod wpływem właściwych parametrów (czasu, temperatury i jakości pary wodnej).

Sterylizacja suchym gorącym powietrzem odbywa się przy zachowaniu następujących parametrów:

Z wymuszonym obiegiem powietrza:

Temperatura 160°C — czas 120 min.
Temperatura 180°C — czas 30 min.

Bez wymuszonego obiegu powietrza:

Temperatura 160°C — czas 150 min.

Temperatura 180°C — czas 45 min.

Materiałami, które mogą być poddawane sterylizacji suchym gorącym powietrzem, są: narzędzia, szkło, płytki, pudry, maści, tłuszcze.

Sterylicacja tlenkiem etylenu odbywa się, gdy:

stężenie wynosi 300–1200 mg/l,

wilgotność względna 30–90%,

temperatura 50–60°C,

czas 2,5–12 h.

Tą metodą sterylizuje się przedmioty termolabilne, aparaty optyczne, z wyposażeniem elektrycznym, narzędzia, cewniki, sprzęt do jednorazowego użytku.

Dodatkowe wyjaśnienia. Obecnie coraz więcej producentów oferuje sterylizatory o wysokiej jakości, gwarantujące bezpieczeństwo w obsłudze, efektywność procesu, zapewniające stuprocentową czystość. W trakcie sterylizacji zapewniony jest proces autokontroli, co pozwala na sprawdzenie wszystkich zalecanych parametrów wewnątrz komory. Dane z autokontroli są rejestrowane w postaci wydruku. Sterylizatory gazowe umożliwiają sterylizację wszystkich wyrobów medycznych wrażliwych na działanie wysokich temperatur i wilgoć.

Sterylicacja plazmowa jest jedną z najnowocześniejszych metod sterylizacji. **Plazma jest to zjonizowany gaz (nadtlenuk wodoru), który powstaje w warunkach głębokiej próżni pod wpływem fal elektromagnetycznych.** Cykl sterylizacji trwa około 75 min w temperaturze 40°C. Do sterylizacji stosuje się opakowania z tworzyw sztucznych, papier, materiały włókiennicze.

Uwaga. Obecnie coraz częściej w diagnostyce medycznej stosuje się autoklawy kasetowe, małe, nowoczesne, w pełni zautomatyzowane, przeznaczone do sterylizacji narzędzi, endoskopów, materiałów opatrunkowych, wyrobów gumowych.

Pielęgniarka odpowiedzialna jest za przechowywanie oraz stosowanie materiałów ochronnych, osłonowych na sprzęt wysterylizowany zgodnie z przyjętymi procedurami.

Takie postępowanie przedłuża ważność posterylizacyjną przedmiotu.

Pomieszczenia, regały powinny być:

- suche,
- o stałej temperaturze,
- wolne od zanieczyszczeń,
- wolne od mikroorganizmów patogennych.

5.4.3 Metody utrzymania higieny rąk w działaniach pielęgnacyjnych

W skórze każdego człowieka znajdują się drobnoustroje (w szczelinach, mieszkach włosa, w zachyłkach gruczołów potowych).

Bakterie, które znajdują się na powierzchni skóry, nazywają się drobnoustrojami przejściowymi, zaś bytujące stale w głębi skóry są florą osiadłą.

Drobnoustroje stałe to bakterie:

- gronkowce koagulazoujemne,
- mączugowce skórne,
- niekiedy grzyby drożdżopodobne.

Drobnoustroje stałe mają zdolność rozmnażania się i wytwarzania mikrokolonii w skórze. W procesie pocenia się i złuszczenia naskórka rąk wydostają się na zewnątrz.

Drobnoustroje przejściowe to wszystkie drobnoustroje, z którymi styka się ręka. Mogą to być też bakterie chorobotwórcze, takie jak:

- gronkowiec złocisty,
- pałeczki okrężnicy, które zostały nabyte podczas kontaktu z nosicielem, chorym lub przedmiotami ze środowiska szpitalnego.

Drobnoustroje występujące w skórze są trudniej usuwalne, a podczas pocenia się rąk przedostają się na zewnątrz i wraz z potem na wewnętrzną stronę np. rękawic chirurgicznych. Mikroperforacje rękawic nie zapewniają bariery ochronnej i bakterie mogą przedostawać się do ran operacyjnych, na narzędzia i na materiał operacyjny.

Bakterie chorobotwórcze pochodzące od zakażonych chorych są przenoszone na dloniach personelu na innych chorych.

Pierwszą, najgłówniejszą i najskuteczniejszą zasadą zapobiegania zakażeniom jest mycie rąk przez personel.

Rodzaje mycia rąk:

1. Codzienne, zwykłe mycie rąk za pomocą mydła i wody. Tego rodzaju mycie usuwa drobnoustroje z lekko zabrudzonych rąk.
2. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk. Polega na myciu rąk z zastosowaniem roztworu antyseptycznego albo dezynfekowaniu rąk alkoholem w celu usunięcia lub całkowitej eliminacji drobnoustrojów przejściowych.
3. Chirurgiczne mycie rąk w celu usunięcia i zniszczenia drobnoustrojów chorobotwórczych przejściowych i stałych. Pozwala na zapobieganie zanieczyszczeniu ran (technika prawidłowego mycia rąk — patrz procedura).

Zasady dekontaminacji rąk:

I. Zwyczajne mycie rąk — stosujemy zawsze:

- przed jedzeniem i przed kontaktem z żywnością, karmieniem chorego,
- po zabrudzeniu rąk (po czynnościach np. gospodarczych, biurowych),
- po wyjściu z toalety,
- po kaszlu,
- po kichaniu do rąk,
- po każdym użyciu chusteczki do nosa.

II. Higieniczne mycie rąk, dezynfekcja rąk:

- przed rozpoczęciem i po zakończeniu pracy pielęgniarskiej,
- przed pracą i po pracy z pacjentami,
- w czasie przejścia od jednego do drugiego chorego,
- po opuszczeniu boksów izolujących pacjentów z chorobą zakaźną,
- przed wykonywaniem zabiegów inwazyjnych, takich jak pobranie krwi do badania, nakłucia, cewnikowanie, wykonanie opatrunków,
- przed wykonaniem i po wykonaniu zabiegów higienicznych przy pacjentach (zmiana bielizny, przesłanie łóżka),
- przed karmieniem i po karmieniu pacjenta,
- przed zgłębnikowaniem i po zgłębnikowaniu żołądka i dwunastnicy,
- przed pielęgnacją i po pielęgnacji pacjenta podatnego na zakażenia (obniżona odporność),
- przed manipulacją i po manipulacji cewników moczowych i naczyniowych, drenów, drenaży z jam ciała,
- przed zmianą i po zmianie opatrunku i pielęgnacji ran,
- po kontakcie z krwią, wydaliniami i wydzielinami (krew, kał, mocz, płwocina, ropa),
- przed nałożeniem i po zdjęciu rękawic,
- w każdym przypadku podejrzenia zanieczyszczenia rąk,
- przed asystowaniem i po asystowaniu do zabiegów diagnostycznych endoskopowych (np. gastroscopia),
- przed asystowaniem i po asystowaniu do zabiegów biopsyjnych (nakłucia jam ciała, punkcja jamy opłucnej, brzusznej, szpikowej).

III. Chirurgiczne mycie rąk:

- należy stosować przed wszystkimi zabiegami chirurgicznymi (patrz procedura chirurgicznego mycia rąk).

IV. Środki dezynfekujące zalecane do higienicznego i chirurgicznego mycia rąk:

Środki do mycia rąk: odpowiednie preparaty do rąk i skóry, powierzchni, narzędzi zaopatrzone w urządzenia dozujące:

- Seraman medical.
- Skinman soft — preparaty odkażające należy pobierać z dozownika lokciowego i wcierać preparat przez 30 s.
- Spitaderm — preparat do odkażania rąk i skóry, aktywny w stosunku do bakterii (także prątków gruźlicy), grzybów i wirusów, m.in. powodujących zapalenie wątroby typu B, oraz wirusa HIV.
- Skinman Soft — łagodny preparat do odkażania rąk, aktywny w stosunku do bakterii (włącznie z prątkami gruźlicy), grzybów i wirusów, szybkie działanie (30 s — odkażenie higieniczne).
- Sekucid.
- Skinman scrub — antybakteryjny płyn do mycia rąk, jednocześnie myje i ma działanie antybakteryjne, chroni i pielęgnuje skórę.
- Skinsept pur — preparat do odkażania skóry przed iniekcjami, punkcjami jam ciała. Ma zakres działania wobec mikroorganizmów występujących na powierzchni skóry, takich jak bakterie (włącznie z prątkami gruźlicy), oraz grzybów.

Ręce zmoczyć wodą, nalać 30 ml środka (najlepiej z dozownika ze ściennego pojemnika, który można obsługiwać lokciem, przedramieniem, nogą) i namydlić dłonie. Myć 30–60 s, dokładnie pocierając wszystkie powierzchnie rąk (ze zwróceniem uwagi na przestrzenie międzypalcowe, pod paznokciami). Zmyć wodą i wysuszyć ręcznikiem.

Inne środki dezynfekujące alkoholowe:

- roztwór 0,5% chlorheksydyny lub
- powidonu z jodem w 70% alkoholu etylowym lub izopropylowym,
- alkohol 60% izopropylowy z 0,5% glicerolem,
- alkohol 70% etylowy.

Zapamiętaj:

Usunięcie drobnoustrojów ze skóry rąk pielęgniarki metodą higienicznego mycia rąk osiąga się tylko wówczas, gdy pielęgniarka:

- ma obcięte krótko paznokcie,
- nie lakieruje paznokci,
- nie nosi biżuterii na rękach,
- skóra rąk nie jest zmieniona chorobowo (nie wycina skórek),
- myje ręce według zasad higienicznego mycia rąk,
- osusza ręce metodą suchego, gorącego powietrza lub jednorazowymi ręcznikami,
- pielęgnuje ręce.

5.4.4

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi w przygotowaniu do zabiegu operacyjnego

Pielęgniarka odpowiedzialna jest za dokładne wykonanie zadań zapewniających pacjentowi bezpieczeństwo podczas wykonywania zabiegu operacyjnego. Przyjęcie pacjenta do szpitala (zarówno w trybie nagłym, jak i planowanym) na zabieg operacyjny jest bardzo często wielkim przeżyciem, stresem. Obserwować można u pacjenta przerażenie, lęk i niepokój o swoje zdrowie i życie. Pacjenci odczuwają lęk przed operacją, znieczuleniem, śmiercią, utratą zdolności do wykonywania codziennych czynności. Lęk pacjenta może być potęgowany bezsilnością, bezradnością i utratą pełnego decydowania o sobie.

Pielęgniarka jest pierwszą osobą, która kontaktuje się z pacjentem podczas przyjęcia do szpitala, i od jej postawy i profesjonalnego postępowania zależy zmniejszenie negatywnego napięcia emocjonalnego pacjenta.

Zapamiętaj:

Do głównych zasad podczas wykonywania zadań należy:

- okazanie zainteresowania pacjentowi i jego problemom zdrowotnym,
- wspieranie psychiczne pacjenta i jego rodziny,
- wzbudzenie zaufania do zespołu terapeutycznego i opiekuńczego,
- informowanie pacjenta o jego prawach w procesie pielęgnowania,
- informowanie pacjenta o planowanych zabiegach diagnostycznych, leczniczych i pielęgniarstwie,
- wyjaśnianie celu i istoty działań pielęgniarstwie,
- pozyskanie pacjenta do współpracy w procesie opieki,
- komunikowanie się z rodziną pacjenta, wspieranie rodziny.

Pielęgniarka, realizując zadania, może pozyskać zaufanie pacjenta i stać się rzecznikiem jego praw w sprawach leczenia i opieki.

Jeżeli pacjent jest zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego w trybie nagłym, pielęgniarka powinna na życzenie pacjenta:

- umożliwić kontakt z kapłanem,
- umożliwić kontakt z notariuszem,
- zapewnić rozmowę z psychologiem,
- umożliwić rozmowę z chirurgiem i lekarzem anestezjologiem.

Powyższe ogólne zasady realizowane przez pielęgniarkę w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala przyczyniają się do zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa psychicznego.

Ocena stanu pacjenta w chwili przyjęcia do szpitala

Ocena stanu pacjenta pozwoli pielęgniarce zaplanować z pacjentem współpracę w okresie przedoperacyjnym, w okresie pooperacyjnym oraz dobrać sposoby pielęgnacji do indywidualnego stanu pacjenta i specyfiki leczenia chirurgicznego.

Stan pacjenta ma wpływ na przygotowanie do zabiegu operacyjnego, a także na przebieg zabiegu operacyjnego.

Przebyte choroby układu krążenia i płuc zwiększają ryzyko powikłań pooperacyjnych.

Choroby układu moczowego i przyjmowane leki moczopędne mogą zmniejszać stężenie potasu i wartości elektrolitów we krwi pacjenta. Choroby gruczołu tarczowego powodują silne reakcje emocjonalne (nadczynność gruczołu tarczowego), nadpobudliwość nerwową.

W niedoczynności gruczołu tarczowego opóźnia się gojenie rany pooperacyjnej. Chorzy na cukrzycę wymagają odrębnego przygotowania farmakologicznego do zabiegu operacyjnego. Pacjenci z chorobami przemiany materii predysponowani są do powikłań skórnych, odparzeń, odleżyn.

Informacja o przyjmowanych przez pacjenta lekach pozwala na ustalenie i wybór środków anestetycznych podawanych w premedykacji i w czasie znieczulenia ogólnego. Niektóre leki powodują zwolnienie oddechu i spadek ciśnienia tętniczego krwi. W celu zapobiegania silnym reakcjom immunologicznym należy pacjenta zapytać, czy nie jest uczulony na leki, na środki stosowane do higieny ciała i dezynfekcji skóry, takie jak:

- jodyna,
- mydła,
- plastry,
- antybiotyki,
- środki dezynfekcyjne i
- wiele innych.

Od stanu odżywienia i od równowagi płynów, elektrolitów zależy prawidłowa czynność układu krążenia, oddychania i układu moczowego. U pacjentów, u których stwierdza się niedożywienie, np. u alkoholików, należy prowadzić żywienie pozajelitowe. Wraz z wiekiem zwiększa się ryzyko operacji i ryzyko powikłań pooperacyjnych. U pacjentów starszych utrata płynów szybko prowadzi do wstrząsu, a zmniejszenie aktywności ruchowej pogarsza wentylację płuc i predysponuje do powstawania odleżyn w okresie pooperacyjnym.

Pacjenci, którzy palą papierosy, są podatni na powstawanie powikłań płucnych. U palaczy papierosów zmniejszona jest pojemność oddechowa. Nadużywanie alkoholu zmienia reakcje organizmu na znieczulenie ogólne w trakcie zabiegu operacyjnego.

W ocenie stanu zdrowia pacjenta należy ocenić zakres czucia i ruchu pacjenta, stosowane przez pacjenta protezy kończynowych i aparatów słuchowych.

Uzyskane informacje pozwolą pielęgniarce zaplanować sposoby zapobiegania odleżynom, sposoby uruchamiania. Z pacjentami ociemniałymi, głuchymi i głuchoniemymi pielęgniarka opracowuje alternatywne sposoby komunikowania się z otoczeniem.

Przygotowanie pacjenta do współpracy z pielęgniarką w procesie pielęgnowania przed zabiegiem i po zabiegu operacyjnym

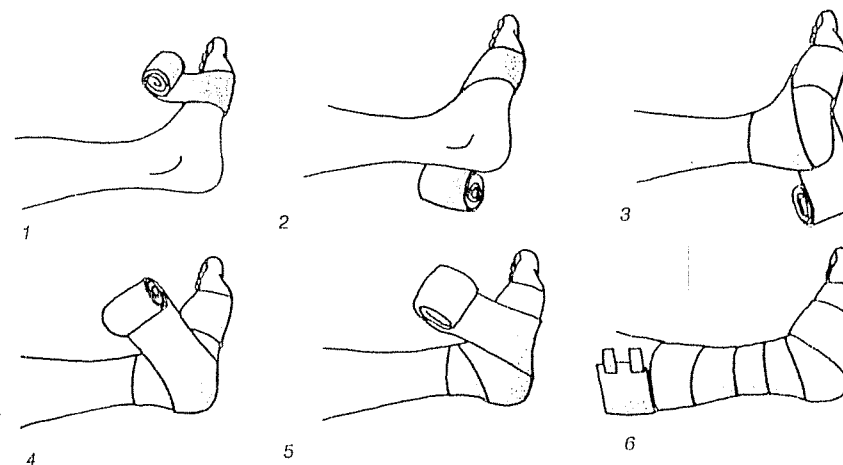
Przed zabiegiem operacyjnym pielęgniarka informuje pacjenta i wskazuje na potrzebę korzystnych zachowań w przebiegu pooperacyjnym, uwzględniając istotę zabiegu operacyjnego i stan pacjenta. Pielęgniarka wyjaśnia pacjentowi:

- Cel i miejsca założonych cewników, drenów, zgłębników, aparatów próżniowych i urządzeń ssących.
- Cel i sposoby ułożenia pacjenta po zabiegu operacyjnym.
- Sposoby zmiany pozycji i ćwiczeń gimnastycznych z uwzględnieniem sposobów zabezpieczania przed usunięciem drenów, cewników, urządzeń ssących.
- Cel i częstotliwość dokonywanych pomiarów.
- Istotę bólu pooperacyjnego i terapii przeciwbólowej.
- Znaczenie wykonywania ćwiczeń oddechowych (patrz procedura podrozdz. 9.5.6) z uwzględnieniem miejsca rany pooperacyjnej.
- Wyjaśnia sposób i uczy pacjenta oddawać mocz w pozycji leżącej w łóżku.
- Wyjaśnia i omawia z pacjentem potrzebę stosowania odżywiania pozajelitowego po zabiegu operacyjnym.
- Tłumaczy i uczy pacjenta, jak posługiwać się sprzętem, np. do pielęgnacji stomii, pomocami ortopedycznymi, sprzętem rehabilitacyjnym.

W bliższym okresie przedoperacyjnym pielęgniarka:

- wyjaśnia znaczenie premedykacji i znieczulenia, wskazuje objawy, które mogą wystąpić po podaniu leków (suchość w jamie ustnej, zawroty głowy, euforia, pobudzenie ruchowe i psychiczne); celem premedykacji jest:
 - uspokojenie pacjenta,
 - wprowadzenie do znieczulenia,
 - zmniejszenie wydzielania błon śluzowych nosa, jamy ustnej, przewodu pokarmowego,
- wyjaśnia i demonstrowa pacjentowi założenie pończoch przeciwzakrzepowych (zapobiega to zastojowi krwi w naczyniach żylnych kończyn dolnych, tym samym zapobiega tworzeniu się zakrzepów),
- omawia cel, istotę, sposób przygotowania przewodu pokarmowego do zabiegu operacyjnego (pacjent wstrzymuje się od przyjmowania pokarmów drogą doustną), wykonuje w przeddzień przeczyszczenie jelit (lewatywa, płukanie jelit); celem przygotowania przewodu pokarmowego jest:
 - stworzenie warunków dla techniki operacyjnej w obrębie jamy brzusznej (jelita nie są przepelnione treścią jelitową),
 - zapobieganie niekontrolowanemu oddawaniu stolca na stole operacyjnym w wyniku zwiócenia zwieraczy odbytu; zanieczyszczenie stołu

- operacyjnego stwarza możliwość zakażenia pola operacyjnego bakteriami bytującymi w kale,
- zmniejszenie trudności w oddawaniu stolca po zabiegu operacyjnym (perystaltyka jelit zmniejszona środkami farmakologicznymi powraca po trzech dniach po operacji),
- wyjaśnia potrzebę dokładnej kąpieli ciała, mycia włosów, czyszczenia paznokci, aby zmniejszyć przejściową florę bakteryjną bytującą na skórze (kąpiel antyseptyczna mydlami dezynfekującymi), obcięcie paznokci i zmycia lakieru z płytki paznokciowej.



Ryc. 5.4. Sposoby bandażowania kończyn dolnych.

Przygotowanie pacjenta w dniu zabiegu operacyjnego

Do zadań pielęgniarki należy:

- zmierzenie temperatury ciała pacjenta; temperatura powyżej normy świadczy o procesie infekcyjnym w organizmie — może być podejrzenie przeziębienia (katar, angina),
- ocena stanu gardła pacjenta (objawy wirusowego zapalenia gardła wyłączają pacjenta z planowanego zabiegu operacyjnego),
- zapytanie pacjentki, czy nie wystąpiła menstruacja (stres przed zabiegiem przyspiesza menstruację, pacjentka nie może być operowana),
- założenie pacjentowi czystej odzieży szpitalnej,
- podanie pacjentowi zleconej premedykacji,
- przypomnienie pacjentowi o bezwzględnym leżeniu w łóżku po premedykacji ze względu na możliwość wystąpienia zawrotów głowy i doznania urazu ciała,

- założenie pacjentowi opaski identyfikacyjnej na przegub ręki, a w przypadku uczulenia na leki i inne środki chemiczne wyraźne, czytelne napisanie drukowanymi literami nazwy leku, na który pacjent jest uczulony,
- poproszenie pacjenta o wyjęcie soczewek kontaktowych, protez zębowych lub pomoc pacjentowi w tych czynnościach,
- pomoc pacjentowi w zabezpieczeniu okularów,
- pomoc pacjentowi w założeniu pończoch elastycznych bądź zabandażowanie pacjentowi kończyn dolnych opaską elastyczną (patrz ryc. 5.4),
- poproszenie pacjenta o wyjęcie spinek z włosów, klamer, zdjęcie biżuterii i jej zabezpieczenie,
- pomoc w upięciu włosów pacjenta, zaproponowanie pacjentowi czepka ochronnego na włosy,
- założenie zgłębnika do żołądka i odessanie treści żołądkowej (zaleganie treści żołądkowej może powodować zaaspirowanie jej do górnych dróg oddechowych),
- przypomnienie pacjentowi o potrzebie oddania moczu w toalecie przed podaniem premedykacji bądź podanie pacjentowi nocnika (basenu) do łóżka celem oddania moczu,
- transportowanie pacjenta na salę operacyjną pod opieką pielęgniarki,
- powierzenie pacjenta opiece pielęgniarki anestezjologicznej.

W zapobieganiu zapaleniu płuc u pacjentów mechanicznie wentylowanych proponuje się:

- nie stosować pokojowych nawilżaczy powietrza bez dezynfekcji i sterylizacji,
- do nebulizacji stosować tylko jałowe roztwory,
- pacjentów utrzymywać w pozycji półsiedzącej, z wezglowiem łóżka uniesionym o 30°,
- ograniczyć podawanie leków zapobiegających chorobie wrzodowej,
- zwalczać ból przez stosowanie stosownej analgezji,
- izolować pacjentów lub przenosić do jednego pokoju w przypadku chorych zakażonych opornymi drobnoustrojami.

Zapamiętaj:

W usprawnianiu układu oddechowego oraz zapobieganiu zakażeniom dróg oddechowych (zapalenie płuc i oskrzeli) pielęgniarka powinna uwzględnić następujące zasady:

- przed zabiegiem operacyjnym nauczyć pacjenta efektywnego wykonywania ćwiczeń oddechowych (p. procedura rozdz. 8),
- nauczyć pacjenta efektywnego kaszlu i odkrztuszania wydzieliny,
- nauczyć pacjenta częstej zmiany pozycji i pomóc pacjentowi w utrzymaniu pozycji leczniczej (drenażowej),
- stosować wczesne uruchamianie pacjenta,
- przed gimnastyką oddechową podać na zlecenie lekarza leki przeciwbólne,
- stosować inhalację na zlecenie lekarza,
- w pokoju pacjenta zapewnić nawilżanie powietrza,
- stosować drenaż ułożeniowy (patrz podrozdz. 9.5.7).

Rozpoczęcie kinezyterapii (patrz podrozdział: usprawnianie układu oddechowego i ruchowego)

Celem usprawniania przed zabiegiem operacyjnym jest przygotowanie pacjenta pod względem psychoruchowym w kierunku:

- uzyskania sprawności układu oddechowego,
- uzyskania sprawności układu motorycznego, głównie kończyn dolnych.

Kinezyterapia pooperacyjna kończyn dolnych (zapobieganie zakrzepicy żyłnej)

Gimnastykę kończyn rozpocząć natychmiast po operacji. Zaleca się pacjentowi:

- Unosić prawą kończynę dolną wyprostowaną w kolanie wysoko pionowo, strona podeszwowa zwrócona do sufitu.
- Utrzymać kończynę w pozycji pionowej przez kilka sekund.
- Powtórzyć ćwiczenie lewą kończyną.
- Ćwiczenie powtarzać co pół godziny w ciągu dnia.

Uwaga! Nie wykonywać ćwiczenia seriami, lecz pojedynczo, powtarzać co 30 min.

- Jeżeli pacjent nie jest w stanie samodzielnie wykonywać ćwiczeń, natychmiast po operacji pacjentowi pomaga pielęgniarka, kinezyterapeuta.
- Ćwiczenia powinni wykonywać wszyscy chorzy po operacji.
- Ćwiczenia kontynuować nawet wówczas, gdy pacjent rozpoczyna chodzenie.
- Zaleca się pacjentowi wykonywanie po wyjściu ze szpitala ćwiczeń: **jazda na rowerze, naprzemienne napinanie i rozluźnianie mięśni kończyn dolnych i stopy, układanie kończyn powyżej poziomu serca.**

5.4.5

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi diagnozowanemu metodami inwazyjnymi

Większość badań diagnostycznych wiąże się z ingerencją określonych przyrządów w tkanki organizmu pacjenta w celu pobrania materiału do badania mikroskopowego (biopsje, punkcje jam ciała), do oceny makroskopowej, podania leku, środka cieniującego do układu dużych naczyń i wykonania zdjęć radiologicznych (badania kontrastowe radiologiczne), podania środka cieniującego do jelit (wlew doodbytniczy) i oglądania na ekranie monitora kontrastowania się jelita grubego, pobrania krwi do badań biochemicznych, hematologicznych i wielu innych. Są to badania inwazyjne, które poza cenną wartością diagnostyczną mieszczą w sobie ryzyko powikłań.

W celu zapobiegania powikłaniom pielęgniarka realizuje określone zadania w trzech zakresach:

- 1) przygotowania psychicznego i fizycznego pacjenta do badań diagnostycznych,

- 2) przygotowania sprzętu i asystowania lekarzowi w trakcie wykonywania badania.
- 3) pielęgnowania, w tym obserwacji pacjenta po badaniu.

W zakresie przygotowania psychicznego pielęgniarka wyjaśnia pacjentowi:

- cel badania,
- istotę badania, przebieg,
- technikę wykonania.

Określa zakres i rodzaj współpracy pacjenta w trakcie badania z osobą wykonującą badanie. Przekazuje informacje, wpływając na sferę poznawczą, co ułatwia pacjentowi podjąć decyzję i wyrazić pisemną zgodę na zabieg diagnostyczny. Informowanie o przebiegu badania pozwala pacjentowi zrozumieć polecenia, nakazy, zakazy prowadzącego badania, a dostosowanie się do nich gwarantuje bezpieczne wykonanie badania (np. w czasie wykonywania punkcji lędźwiowej). Pozytywne psychiczne nastawienie pacjenta do potrzeby wykonania badań diagnostycznych ułatwia współpracę w trakcie badania i po badaniu.

Przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych polega na:

- pozostaniu na czczo (do pobierania krwi do badań analitycznych, do badań endoskopowych, punkcji jam ciała, badań naczyniowych, radiologicznych i USG),
- oczyszczeniu przewodu pokarmowego (lewatywa, wlew czyszczący) — do badań radiologicznych kontrastowych, do wlewu doodbytniczego, urografii, cholangiografii,
- opróżnieniu pęcherza moczowego,
- zdjęciu zapinek i metalowych ozdób (możliwość absorbowania promieniowania),
- wypełnieniu pęcherza moczowego do niektórych badań (np. ultrasonografia narządu rodnego przez powłoki brzuszne, ocena przerostu gruczołu krokowego),
- stosowaniu przez 2–3 dni diety lekkostrawnej; pacjent może pić wody niegazowane, z ograniczeniem produktów słodkich i surowych owoców (wzmagają fermentację),
- usunięciu owłosienia z miejsca nakłucia w przypadku niektórych badań (np. biopsja),
- wykonaniu próby uczuleniowej na środek cieniujący (np. na jod) przed badaniem radiologiczno-kontrastowym,
- przed badaniem izotopowym zalecenia mogą dotyczyć diety i wykluczenie potraw zawierających jod,
- wyjęciu protez zębowych (uszkodzenie, niebezpieczeństwo zatkania dróg oddechowych, nagła intubacja, np. w badaniach gastroskopowych, bronchoskopowych).

Przed wykonaniem niektórych badań i zabiegów na zlecenie lekarskie pielęgniarka:

- wykonuje premedykację,
- wykonuje wkłucie do żyły (wcnflon),
- przygotowuje narzędzia w pakiecie (bądź zestaw narzędzi),
- przestrzega w trakcie asystowania zasad aseptyki.

W postępowaniu po badaniach diagnostycznych pielęgniarka (w zależności od rodzaju badania):

- zapewnia pacjentowi spożycie posiłku,
- jeżeli stosowana była premedykacja, pacjent pozostaje bez posiłku (możliwość zachłystnięcia się) do czasu powrotu odruchu połykania,
- zapewnia ułożenie w łóżku w zalecanej pozycji ciała (np. po punkcji lędźwiowej obowiązuje ułożenie pacjenta na wznak do 24 h ze względu na powikłania popunkcyjne),
- obserwuje funkcje życiowe, tętno, ciśnienie, oddech, świadomość, i wyniki wpisuje do dokumentacji pacjenta,
- obserwuje i ocenia np. tętno i stan ukrwienia kończyny dolnej po angiografii brzusznej,
- wykonuje lewatywę po wlewie kontrastowym doodbytniczym w celu wydalania papki barytowej,
- po badaniu bronchoskopowym pacjent powinien wstrzymać się od palenia (dym tytoniowy drażni drogi oddechowe); pielęgniarka obserwuje kašel, odpluwaną wydzielinę pod kątem domieszki krwi.

Zapamiętaj:

Przestrzeganie przez pielęgniarkę szczegółowych zasad przygotowania pacjenta do różnych badań diagnostycznych i postępowania po badaniach (opisanych w podrozdz. 6.6 i 6.7) pozwoli na wyeliminowanie wielu powikłań i niebezpieczeństw groźnych dla zdrowia i życia pacjenta.

5.4.6

Zapobieganie powikłaniom w procesie pielęgnowania i rehabilitacji

Pielęgniarka zapewnia pacjentowi bezpieczeństwo psychiczne, udzielając wyjaśnień i informując go o rodzajach działań, ich celu i sposobach wykonania. Wyjaśnienie pacjentowi wątpliwości sprzyja pozyskiwaniu zaufania i współpracy. W przypadku leczenia i usprawniania narządu ruchu, stosowania sprzętu pomocniczego, np. szyn, podstawek, układania pacjenta w różnych pozycjach, pielęgniarka powinna przestrzegać obowiązujących zasad, co zapobiega możliwości wystąpienia powikłań.

Podstawowe zasady pielęgnowania:

- unikanie uszkodzeń wtórnych (odleżyn, przykurczów, zaburzeń napięcia mięśniowego),
- stosowanie ćwiczeń biernych, czynnych i gimnastyki ogólnie usprawniającej,
- u pacjentów w opatrunkach gipsowych, z założonym wyciągiem cięgła obserwacja kończyny pod kątem wystąpienia: bólu, niedowładu, zaburzeń czucia i ruchu, odleżyn, przykurczy, zaburzeń ukrwienia,
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi (przed urazem, upadkiem) podczas uruchamiania pacjenta i podczas ćwiczeń gimnastycznych,
- łączenie zajęć usprawniających z codziennymi zajęciami, takimi jak: mycie, czesanie, ścielenie łóżka.

Pielęgniarka, przestrzegając zasad obowiązujących podczas wykonywania zabiegów higienicznych, zapewnia sobie i pacjentowi bezpieczeństwo.

Zapamiętaj:

- przed każdą czynnością i po jej zakończeniu umyć ręce higienicznie bądź pracować w rękawiczkach,
- unikać kontaktu bielizny pościelowej pacjenta z własną odzieżą,
- nie pochylać się zbyt nisko nad twarzą pacjenta; stosować maski twarzowe,
- nie dotykać rękoma twarzy i ust podczas wykonywania zabiegów,
- unikać stykania się bielizny czystej z brudną,
- zmienianą bieliznę składać ruchami zdecydowanymi i szybkimi w kierunku do środka, w celu nierozprzestrzeniania się drobnoustrojów,
- zawsze wkładać ją do worka lub innego pojemnika na brudną bieliznę,
- nigdy nie wolno kłaść bielizny na podłogę, tak samo jak kaczek czy basenów (z podłogi drobnoustroje łatwo są przenoszone na pacjentów),
- bieliznę zanieczyszczoną wydalinami czy wydzielinami dezynfekować przed jej upraniem (patrz tab. 5.3),
- umyć ręce higienicznie po zabiegu, nawet po zdjęciu rękawic,
- w trakcie wykonywania zabiegu obserwować pacjenta, a przy zmianie pozycji dbać o jego bezpieczeństwo,
- po wyjściu pacjenta ze szpitala łóżko wraz z kompletem bielizny (materac, koce, poduszki) odesłać do dezynfektorni,
- baseny, nocniki, kaczki dezynfekować chemicznie w kąpeli.

Postępowanie pielęgniarki podczas wykonywania różnych zabiegów leczniczych i pielęgniarstkich:

Tabela 5.3. Postępowanie pielęgniarki podczas wykonywania różnych zabiegów leczniczych i pielęgniarstkich

Przedmiot	Postępowanie	Środki dezynfekcyjne	Rodzaj zastosowania
Skóra	odkażanie skóry pacjenta	• Skinsept pur	iniekcje, punkcje, pobranie krwi i inne

cd. tab. 5.3

Przedmiot	Postępowanie	Środki dezynfekcyjne	Rodzaj zastosowania
Skóra (ciało pacjenta)	dekontaminacja pacjenta	• Skinmen (preparat myjąco-dezynfekujący)	w przypadku zanieczyszczenia ciała
Narzędzia drobne, przedmioty do zabiegów diagnostycznych, leczniczych (np. termometry, dreny, kanki)	dezynfekcja chemiczna przez zanurzenie w preparacie dezynfekcyjnym (w wannie dezynfekcyjnej)	• Sekusept Pulver classic plus aktywator: zanurzyć w 2% roztworze preparatu z dodatkiem 2% aktywatora przez 30 min • Seku Ekstra: 2% --- 2 h 3% --- 1 h 5% --- 30 min	bezpośrednio po użyciu
Kaczki, baseny, nocniki	dezynfekcja	• Mediarine: w 0,18% roztworze preparatu przez 15 min	po każdym użyciu
Bielizna zanieczyszczona drobnoustrojami, wymagająca dezynfekcji (pościel, bielizna osobista)	dezynfekcja chemiczna	pracę z zastosowaniem środka piorąco-dezynfekującego, dawki dezynfekcyjne stosować według informacji na opakowaniu	po każdej wymianie bielizny, pościeli
Twarde powierzchnie: podłogi, ściany, okna	1) mycie codzienne 2) dezynfekcja powierzchni w razie zanieczyszczenia substancją organiczną	• Incidin Plus 2% --- 15 min lub • Incidur 3% --- 1 h • Mediarine 0,18% (6 tabletek na 1,5 l wody) --- 15 min	myć powierzchnie po każdym dniu zmywać po każdym zanieczyszczeniu

Termometry lekarskie rtęciowe dezynfekuje się zgodnie z następującą procedurą:

- kąpiel w 1% Sekusept Pulver,
- splukać wodą,
- osuszyć specjalną ściereczką,
- przechowywać bez gazu dezynfekcyjnego (namnażanie się bakterii) w sterylnych specjalnych pojemnikach,
- dezynfekować 70–80% alkoholem przed użyciem.

Ze względu na możliwość przenoszenia zakażeń z pacjenta na pacjenta w trakcie pomiaru temperatury wskazane jest, aby każdy pacjent wyposażony był w termometr do jego własnego użytku.

Przy podawaniu leków różnymi drogami pielęgniarka zapewnia bezpieczeństwo pacjentowi, przestrzegając następujących zasad:

- kieliszki dezynfekuje np. w 3% Seku Extra, myje, wysusza i sterylizuje,
- przechowuje leki w temperaturze poniżej 25°C (niektóre leki przechowuje się w lodówce w temperaturze +4, +6°C),

- ocenia leki przed pobraniem do strzykawki (ampulki, płyny infuzyjne: nazwa leku, data ważności, zmiana postaci, przebarwienie, pirogeny),
- przestrzega pobrania i podania pacjentowi zleconej dawki leku, drogi podania, godziny podania),
- zna interakcje leków, objawy niepożądane w miejscu podania, objawy ogólnoustrojowe i reakcje alergiczne organizmu,
- zna i umie wykonać czynności ratownicze w omdleniu, wstrząsie i zatrzymaniu akcji serca,
- zna dane osobowe pacjenta i zawsze przed podaniem leku sprawdza dane pacjenta,
- u osób starszych kontroluje jamę ustną po podawaniu leków — tabletek doustnie,
- podczas podawania leków dotkankowo i do naczyń żylnych przestrzega zasad aseptyki.

5.4.7

Zasady pielęgnowania pacjenta z chorobą zakaźną

Niektóre drobnoustroje chorobotwórcze, np. wywołujące wirusowe zapalenie wątroby typu B, C, AIDS, czerwonkę, salmonellozę, zakażenia paciorkowcowe, zapalenie opon mózgowych, stanowią zagrożenie dla personelu i dla pacjentów. Drobnoustroje mogą być przyczyną zakażeń u chorych i mogą być przenoszone z pacjenta na pacjenta.

Zapamiętaj:

Podstawowe zasady ograniczające do minimum możliwości przeniesienia patogennych drobnoustrojów:

- umieszczanie w izolatkach pacjentów, u których stwierdza się zakażenie drobnoustrojami szerzącymi się drogą kropelkową i innymi drogami stanowiącymi szczególne zagrożenie dla pacjentów i personelu,
- mycie higieniczne rąk po dotknięciu zakażonego materiału (krew, płyny ustrojowe, wydzieliny, skażone przedmioty),
- unikanie dotykania materiałów zakaźnych,
- stosowanie rękawiczek do zabiegów pielęgnacyjnych i pielęgniarskich, diagnostycznych, leczniczych, podczas których ręce mogą być narażone na kontakt z powyższymi materiałami,
- mycie higieniczne rąk zawsze po zdjęciu rękawiczek,
- dezynfekowanie rozlanego materiału, usuwanie i stosowanie ogólne dezynfekcji pomieszczeń,
- zapewnienie i stosowanie dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego po użyciu w opiece nad chorymi,
- właściwe utylizowanie skażonych materiałów (opatrunki, zakażone odpady),

- stosowanie w pielęgnacji bielizny zdezynfekowanej,
- stosowanie fartuchów ochronnych jednorazowego użytku podczas pielęgnacji chorych, także wówczas, gdy wykonujemy prace porządkowe w otoczeniu pacjenta,
- używanie masek chirurgicznych o dużej skuteczności, a także butów i czepków ochronnych.

Metody izolacji kontaktowej

Metody stosowane w zapobieganiu zakażeniom kontaktowym w przypadku:

biegunki, zakażeń układu oddechowego, ropni, zakażeń skóry (błonica, liszajec, świerzb, półpaśiec), wirusowego zapalenia spojówek, zakażenia wirusem Ebola

- Kontakt skóry pacjenta ze skórą innego chorego prowadzi do bezpośredniego fizycznego przeniesienia drobnoustrojów
- Pośrednie przeniesienie dokonuje się w czasie stykania skażonych przedmiotów (termometry, stetoskopy)

Zasady postępowania:

- Zasadą jest izolowanie pacjentów zakażonych tym samym drobnoustrojem

Rękawiczki

- Przed wejściem do izolatki założyć rękawiczki (niejałowe) i zmieniać je po każdym kontakcie z chorym,
- po zdjęciu rękawiczek dezynfekować ręce bezwodnym środkiem antyseptycznym,
- po dezynfekcji nie dotykać żadnego sprzętu, który może być zanieczyszczony drobnoustrojami

Fartuch

- przed wejściem do izolatki założyć fartuch, zdjęć go wychodząc

Sprzęt

- sprzętu nie przemieszczać poza izolatkę

Transport ograniczyć

- w razie konieczności zastosowania transportowania przestrzegać zasad izolacji kontaktowej

Metody izolacji w zapobieganiu zakażeniom drogą powietrzną

Metody stosowane w zapobieganiu:

gruźlicy, odry, ospy, półpaśca
Objawy sugerujące gruźlicę:
kaszel, gorączka, nacieki w płucach;
u pacjentów z HIV(+) lub u osób z grup ryzyka podejrzenie nasuwa sama obecność nacieków

Sala

- Bezwzględnie izolatka z systemem wentylacyjnym (ujemne ciśnienie), zapewniającym ruch powietrza w kierunku z korytarza do sali
- Jego wymiana 6–12 razy na godzinę
- Powietrze z izolatki nie może dostawać się do innych części szpitala. Należy zapewnić filtry
- Drzwi od izolatki stale zamknięte

Isolacja stosowana w zapobieganiu zakażeniom na drodze kropelkowej:

Inwazyjne zakażenia układu oddechowego (błonica, krztusiec, płonica, paciorkowcowe zapalenie gardła, grypa, świnka, różyczka)

Można umieszczać pacjentów z tym samym zakażeniem lub całkowicie izolować; jeżeli nie ma możliwości izolacji, zachować odległość 1 metra między chorymi i odwiedzającymi

Maska

- Przed wejściem do izolatki zakładać maskę
- Transport ograniczać do niezbędnego minimum
- Przed opuszczeniem izolatki pacjent musi włożyć maskę

Zasady

- Drzwi muszą być stale zamknięte
- Maskę zakładać zawsze wchodząc na salę
- Transport ograniczyć do minimum
W czasie transportu przestrzegać ogólnych zasad izolacji

Zapamiętaj:

Izolacja jest najlepszym sposobem zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Podstawowe zasady, których należy przestrzegać w przypadku izolacji:

- zabrudzoną bieliznę transportować w workach, a nawet w dwóch workach, jeżeli zachodzi potrzeba,
- naczynia i sztućce myć gorącą wodą z detergentem,
- sale chorych, kabiny, toalety, baseny dezynfekować i myć,
- podłogi, blaty, meble dezynfekować,
- szczególnie ostrożnie postępować z narzędziami, ostrymi igłami,
- **Uwaga. Nigdy na igłę po wykonanym zabiegu nie nakładać nasadki, jest to jedna z najczęstszych dróg zakażenia się (zakłucie się w rękę).**
- igły, skalpele, strzykawki wrzucać do szczelnych i odpornych na przekłucia pojemników, które powinny być widoczne i umieszczone w łatwo dostępnym miejscu.

5.5 Profilaktyka zakażeń

Krystyna Jewsiejczyk

5.5.1

Profilaktyka zakażeń w pracy pielęgniarki — bezpieczeństwo pielęgniarki

W pielęgnowaniu pacjentów istnieje ryzyko przeniesienia zakażeń z chorych na personel i odwrotnie. Wyróżnia się cztery podstawowe drogi przeniesienia zakażeń. Są to:

- 1) kontakt bezpośredni — najczęściej przez dotyk rękoma pielęgniarki zanieczyszczonymi płynami ustrojowymi, wydzielinami, wydzielinami zakażonego pacjenta lub drobnoustrojami pochodzącymi ze skażonych przedmiotów, kropli wydzieliny z dróg oddechowych zakażonego pacjenta przenoszonych na rękach personelu,
- 2) droga pokarmowa — jedzenie i płyny zanieczyszczone florą z przewodu pokarmowego pacjenta,
- 3) droga kropelkowa — drobnoustroje zawarte w powietrzu z kropelkami wydzielin pacjentów,
- 4) droga krwiopochodna — w trakcie wykonywania zabiegów pielęgniarskich dochodzi do przypadków nakłuć, nacięć, skaleczeń skóry rąk pielęgniarki i drobnoustroje (np. HBV i HIV) pacjenta zakażonego przedostają się do krwi pielęgniarki.

Profilaktyka zakażeń

1. Ryzyko zakażenia drobnoustrojami zależy od właściwości układu odpornościowego gospodarza.
2. Obowiązek profilaktyki w stosunku do chorób zakaźnych i inwazyjnych wśród pracowników spoczywa na pracodawcy (Kodeks Pracy oraz Dyrektywy Unii Europejskiej). Wprowadzenie czynnej rejestracji pozwala na znaczne obniżenie poziomu ryzyka i zwiększenie poczucia bezpieczeństwa.
3. Ocena stanu zdrowia pielęgniarek, okresowa, bieżąca z oceną stanu odporności.
4. Poddawanie się szczepieniom, które chronią pielęgniarkę przed zachorowaniem na chorobę zakaźną.
5. Efekty szczepienia przeciw WZW po immunizacji podstawowej, składającej się z trzech szczepień w odstępach 1 i 6 miesięcy; powinno się kontrolować miano przeciwciał anty-HBs. W zależności od wysokości miana przeciwciał zaleca się badanie kontrolne i zaszczepienie dawką przypominającą.
6. Prowadzenie dokumentacji tzw. zranień i ukłuć jako wypadku przy pracy.
7. Każde zranienie zaopatrzyć wodoodpornym opatrunkiem.

Uważa się, że najlepszą metodą chroniącą personel przed zachorowaniem jest stosowanie uodpornienia czynnego, czyli metody szczepień. Szczepionki są to bio-

logiczne preparaty zawierające osłabione drobnoustroje lub ich toksyny. Wprowadzone do organizmu człowieka powodują wytworzenie przeciwciał przeciwko antygenowi zawartemu w szczepionce.

Dodatkowe wyjaśnienia. Pielęgniarki powinny być szczepione obowiązkowo przeciwko zakażeniu wirusem B. Szczepienie składa się z trzech dawek, które podaje się w odstępach czasowych. Druga dawka po upływie sześciu tygodni, trzecia po sześciu miesiącach. W przypadku zakażenia wirusem HBV osoba zarażona powinna poddać się serii szczepień, trwających sześć miesięcy i jednocześnie domięśniowo otrzymuje gamma-globulinę specyficzną (Gamma anti-HBs 1000). Nie ma profilaktyki poekspozycyjnej dla wirusa HCV. Stosuje się terapię interferonem, co zwiększa skuteczność terapii.

Zapamiętaj:

Zasady profilaktyki zakażeń w pracy pielęgniarki

- najważniejszą metodą zapobiegawczą jest dekontaminacja rąk (patrz mycie rąk),
- jeżeli pielęgniarka nie jest szczepiona, w przypadku zakażeń szerzących się drogą wziewną używać:
 - masek chirurgicznych,
 - masek specjalnych (chroniące przed gruźlicą, odra, ospą wietrzną),
- w przypadku zakażeń przenoszonych drogą krwionośną najlepszą metodą jest uodpornienie czynne, szczepienia, oraz uodpornienie bierne, unikanie zranień i ukłuć skóry; ostre narzędzia, igły itp. powinny być umieszczone w specjalnych pojemnikach i niszczone,
- zawsze używać rękawiczek w kontakcie z wydzielinami i wydaliniami podczas pielęgnacji pacjenta.
- stosować odzież ochronną na sali operacyjnej, podczas opatrywania ran, do tak zwanych zabiegów inwazyjnych (zabiegi z krwawieniem, porody i interwencje położnicze i ginekologiczne, badania z użyciem cewników tętnicznych, endoskopie),
- stosować odzież ochronną podczas pielęgnacji pośmiertnej,
- w przypadku pacjentów zakażonych wirusem podczas każdej czynności pielęgnacyjnej, która łączy się z bliskim kontaktem fizycznym lub niebezpieczeństwem zakażenia, nosić rękawiczki i fartuch ochronny,
- używać masek ochronnych, osłony oczu w przypadku powstawania aerozoli, m.in. podczas odsysania dróg oddechowych,
- oznaczać materiał do badań laboratoryjnych pochodzący od zakażonych,
- nie jeść i nie pić w pomieszczeniach, w których się pracuje.

Ogólne zasady zapobiegania zakażeniu HIV

1. Każdy materiał biologiczny pochodzący od osoby zakażonej HIV uważa się za potencjalne źródło zakażenia. Podczas zabiegów inwazyjnych wymaga się, aby personel używał:
 - rękawiczek nieprzekłuwalnych z zatopioną metalową nitką,
 - przyłbic (osłaniających oczy i usta),

- rękawiczek chirurgicznych,
 - masek,
 - fartuchów ochronnych,
 - okularów.
2. W przypadku ekspozycji zawodowej HBV, HCV, HIV w czasie wykonywania pracy przez zakłucie się igłą zakażoną krwią lub innym materiałem zakaźnym:
 - umyć miejsce ekspozycji wodą z mydłem, zastosować środek odkażający zawierający kwas glutarowy, alkohol, roztwory jodu lub Sekusept, Sekudril (lub zgodnie z procedurą),
 - w przypadku zakażenia oczu, błony śluzowej przepłukać wodą lub fizjologicznym roztworem soli,
 - nie uciskać ukłutego miejsca,
 - zgłosić przełożonemu i spisać protokół, wskazane jest sprawdzenie, czy zakażenie nastąpiło od zakażonego pacjenta (pacjent musi wyrazić zgodę na badanie),
 - ustalić przebyte szczepienia przeciwko WZW typu B,
 - oznaczyć przeciwciała anti-HBs i anti-HBc,
 - zgłosić się jak najszybciej (do 72 h) do najbliższej poradni lub szpitala zakaźnego, celem ustalenia diagnozy i podjęcia leczenia antyretrowirusowego Combivirem (leczenie trwa przez 4 tygodnie po ekspozycji).

HIV zabijany jest i wrażliwy na środki odkażające (związki chlorowe, formalinowe, aldehyd glutarowy, lizol, alkohol etylowy). Czynniki sterylizujące (omówione w podrozdz. 5.4.2) zabijają HIV.

Postępowanie z przedmiotami będącymi w kontakcie z pacjentem chorym na AIDS

Każde działanie, zabieg u pacjenta zakażonego lub podejrzanego o zakażenie powinny być wykonane wg poniżej opisanych zasad:

- Narzędzia ostre i inne umieszczać bezpośrednio po użyciu w płynach dezynfekujących zalecanych przez Państwowy Zakład Higieny,
- sprzęt z tworzyw sztucznych, optyczny, układy elektryczne sterylizować w tlenku etylenu,
- przedmioty małe z tworzyw sztucznych mogą być wyjaławiane w aldesanie nierozcieńczonym przez 4 h,
- endoskopy odkażać 70% alkoholem etylowym co najmniej przez 10 min,
- zawsze używać rękawiczek w kontakcie z wydzielinami i wydaliniami podczas pielęgnacji pacjenta.

Ogólne zasady zapobiegania zakażeniu HIV

Każdy materiał biologiczny pochodzący od osoby zakażonej HIV uważa się za potencjalne źródło zakażenia. Podczas zabiegów inwazyjnych wymaga się, aby personel używał:

- rękawiczek chirurgicznych,
- masek,
- fartuchów ochronnych.

Profilaktyka zakażeń rany pooperacyjnej

Ograniczenie zakażeń ran operacyjnych stanowi kryterium oceny jakości opieki. Skracając pobyt pacjenta w szpitalu, zmniejsza koszty leczenia. Pielęgniarka przygotowując pacjenta do zabiegu operacyjnego powinna przestrzegać określonych zasad profilaktyki zakażeń pola operacyjnego i rany pooperacyjnej.

W przypadku zakażenia ran pooperacyjnych najczęstszym źródłem zakażenia jest endogenna flora bakteryjna pacjenta bądź flora egzogenna pochodząca od zespołu operacyjnego. Czynniki ryzyka ze strony pacjenta, środowiska okołoperacyjnego mogą prowadzić do zwiększenia liczby mikroorganizmów w ranie lub obniżenia odporności pacjenta. Zakażenia ran operacyjnych określa się jako „zakażenie w miejscu zabiegu”.

Szpecólnie ważne staje się właściwe przygotowanie skóry pacjenta, prowadzące do zmniejszenia liczby mikroorganizmów na skórze. W przeddzień operacji konieczna jest kąpiel antyseptyczna całego ciała, która zmniejsza liczbę bakterii na skórze.

Owłosienie skóry w miejscu zabiegu operacyjnego może zwiększyć ryzyko zakażenia, pogarsza gojenie się rany pooperacyjnej. Badania kliniczne dowodzą, że golenie skóry wiąże się ze zwiększoną liczbą zakażonych ran w porównaniu z innymi metodami usuwania owłosienia.

- Zaleca się stosowanie nieinwazyjnych metod usuwania owłosienia na sali operacyjnej przez przeszkolony personel:
 - kremów depilacyjnych, które są bezpieczne, ale często powodują uczulenie; zawsze należy przed ich użyciem wykonać próbę uczuleniową,
 - strzygarek do szybkiego i efektywnego usunięcia owłosienia na różnych obszarach ciała; włosy są obcinane na długość ułamków milimetra, co nie utrudnia i nie wpływa na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, a także na pielęgnację rany pooperacyjnej; strzygarka nie uszkadza skóry ani błon śluzowych (np. okolic odbytu i krocza)
- W przygotowaniu pola operacyjnego zaleca się stosowanie mydeł z chlorheksydyny lub jodoforu, przy czym efektywność zależy od ilości stosowanego środka i czasu jego stosowania:
 - pierwszym etapem jest dokładne umycie pola operacyjnego detergen-tem ze środkiem odtłuszczającym lub bez,
 - następnie mycie środkiem antyseptycznym, wykonując ruchy okrężne od miejsca cięcia,
 - założenie folii chirurgicznej o działaniu bakteriobójczym, którą stosuje się przed zabiegiem, w trakcie zabiegu i na ranę pooperacyjną.

Dodatkowe wyjaśnienia. Folia zapobiega migracji i rekolonizacji bakteryjnej oraz zakażeniu miejsca operowanego mikroorganizmami ze skóry pacjenta. Działanie bakteriobójcze możliwe jest dzięki zastosowaniu jodoforu w warstwie klejącej, z którego uwalniany jest wolny jod o działaniu bakteriobójczym. Przyklepność

gwarantuje ultracienką, antystatyczną warstwę, a folia zapewnia ciągłą dezynfekcję skóry.

Po zabiegu operacyjnym opatrunki wykonuje się wg następujących zasad:

W pierwszej kolejności należy wykonywać opatrunek rany czystej; jego celem jest ochrona rany nieskażonej i uniknięcie ryzyka zakażenia bakteriami chorobotwórczymi. Obecnie stosuje się opatrunki na ranę w postaci aerozolu, bez nakładania materiałów opatrunkowych (patrz procedura 7.5.2.3).

Celem zmiany opatrunku na ranie skażonej jest zmniejszenie liczby bakterii oraz profilaktyka rozprzestrzeniania się zakażenia. Postępowanie przygotowawcze i technika zmiany opatrunku są podobne, różnią się tylko kierunkiem odkażenia rany pooperacyjnej.

Pielęgniarkę obowiązują następujące zasady przy zmianie opatrunku na ranie:

W przygotowawczych czynnościach uwzględnić:

- odkażenie rąk,
- sterylne przygotowanie zestawu opatrunkowego,
- przygotowanie środków odkażających,
- możliwość zastosowania maski na nos i usta,
- zewnętrzny opatrunek usunąć przy użyciu pęsety lub ręką w rękawiczce,
- wewnętrzny opatrunek (tuż na samej ranie) zdjąć pęsetą i wyrzucić do pojemnika ze środkami odkażającymi,
- ocenić stan rany (zaczerwienienie, obrzęk, wydzielina),
- odkażyć brzegi rany czystej od środka na zewnątrz (od brzegów rany promieniście na zewnątrz),
- odkażyć ranę septyczną od zewnątrz w kierunku brzegów rany,
- opatrunek wewnętrzny nałożyć na ranę sterylnym narzędziem i umocować sterylnymi rękawiczkami.

W celu zmniejszenia ryzyka zakażeń rany pooperacyjnej oraz zapewnienia komfortu pacjentowi powinno stosować się hipoalergiczne materiały opatrunkowe. Szczególnie poleca się na rany opatrunek przezroczysty, który zapewnia barierę dla zakażenia i zanieczyszczeń.

Opatrunek sprzyja gojeniu się rany. Pozwala pacjentowi na wykonywanie czynności higienicznych, takich jak kąpiel, prysznic.

5.5.3

Profilaktyka zakażeń dróg oddechowych

Zakażenia dróg oddechowych występują najczęściej u pacjentów zaintubowanych i ze sztuczną wentylacją. Do zapalenia płuc predysponowani są pacjenci w ciężkim stanie, ludzie starzy, noworodki, palacze tytoniu. Ingerencja w drogi oddechowe powoduje uraz nabłonka migawkowego; wzrasta upośledzenie usuwania

wydzieliny i drobnoustrojów. Rozwój bakterii w górnych drogach oddechowych, w gardle, jamie ustnej następuje wskutek obniżenia kwaśności żołądka (środki alkalinizujące obniżają kwaśność żołądka), co sprzyja namnżaniu się bakterii w żołądku.

Jednym z najważniejszych czynników sprzyjających rozwojowi zapalenia płuc związanych z mechaniczną wentylacją jest kolonizacja jamy nosowo-gardłowej bakteriami i ich aspiracja do dolnych dróg oddechowych.

W celu uniknięcia aspiracji pokarmu do dróg oddechowych zaleca się:

- unieść głowę pacjenta pod kątem 30–40 stopni,
- ograniczyć karmienie przez zgłębnik do minimum,
- usunąć zgłębnik po karmieniu,
- kontrolować zgłębnik poprzez motorykę jelit,
- zapewnić efektywny drenaż wydzieliny z drzewa oskrzelowego.

Głównymi drogami zakażenia są:

- ręce personelu,
- zanieczyszczone powietrze,
- zanieczyszczone urządzenia stosowane w terapii oddechowej.

W profilaktyce zakażeń górnych dróg oddechowych na oddziałach intensywnej terapii do podstawowych zasad należy:

- mycie higieniczne rąk przed kontaktem i po kontakcie z pacjentem,
- stosowanie do każdego pacjenta sterylnych rękawiczek w trakcie odsysania wydzieliny z dróg oddechowych,
- używanie sterylnych nebulizatorów, rurek dotchawiczych, masek twarżowych, rurek do aparatów Ambu; w przypadku drenażu opłucnowego butle, dreny i rurki dezynfekować z użyciem detergentów, czyścić, osuszać i sterylizować; najlepiej używać sprzętu jednorazowego,
- zestaw do intubacji: łyżka laryngoskopu, kleszczyki i inne narzędzia muszą być sterylne lub wydezynfekowane,
- sprzęt do intubacji w zestawie (pakiecie) sterylnym, podczas intubacji rozłożyć na sterylnej serwetce,
- uzupełnianie wody w nawilżacz respiratora w warunkach sterylnych (metoda zamknięta),
- w sprzęcie do prowadzenia tlenoterapii biernej — pojemniki nawilżaczy muszą być wydezynfekowane lub sterylne, uzupełnianie wody w układzie zamkniętym; maseczki tlenowe, rurki do przepływu tlenu dezynfekować termicznie lub stosować tylko jednorazowe.

5.5.4

Profilaktyka zakażeń dróg moczowych u pacjenta z systemem drenażującym pęcherz moczowy

Większość zakażeń układu moczowego u hospitalizowanych pacjentów następuje w wyniku ingerencji dopęcherzowej, tj. stosowania cewników moczowych. Jest to najczęstsza droga zakażeń powodujących bakteriurię poprzez odmiedniczkowe zapalenie nerek aż do posocznicy. Dotyczy to również pacjentów przebywających w domu, którzy mają założony cewnik na stałe. Zakażenie dróg moczowych występuje najczęściej u pacjentów: w podeszłym wieku, z porażeniem zwieraczy, z neurologicznymi zaburzeniami opróżniania pęcherza moczowego, z założonym cewnikiem na stałe, unieruchomionych, w ciężkim stanie zdrowia.

Zapobieganie zakażeniom w tej grupie pacjentów polega na ograniczeniu niepotrzebnych cewnikowań i nieuzasadnionych stałych drenaży pęcherza moczowego.

Zapamiętaj:

Zapobieganie zakażeniom dróg moczowych to przede wszystkim aseptyczne cewnikowanie oraz przestrzeganie następujących zasad:

- rurka wylewowa pod kanałikiem spustowym musi być całkowicie opróżniona (w resztkach moczu może nastąpić wzrost liczby drobnoustrojów),
- worek na mocz nie powinien znajdować się nad poziomem pęcherza moczowego (dotyczy to przemieszczenia worka podczas transportowania pacjenta, zmian pozycji),
- nie wymieniać cewników rutynowo, chyba że jest zlecenie lekarskie,
- cewniki wymienia się co 7–14 dni ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia i inkrustacji; wyjątkiem są cewniki silikonowe, które można utrzymywać w drogach moczowych przez długi okres (nawet kilka miesięcy),
- wymiana cewnika powinna odbywać się w pełnej jałowości,
- stosować zamknięte układy odprowadzenia moczu z wentylem zapobiegającym cofaniu się moczu ze zbiornika do przewodów odprowadzających mocz,
- miejsce nakłucia przed pobraniem moczu bezwzględnie dezynfekować,
- próbki moczu na badanie należy pobierać tylko przez nakłucie miejsca do tego przeznaczonego w układzie odprowadzającym mocz,
- opróżniać pojemnik zbiorczy raz na dobę, o oznaczonej godzinie, i dokumentować ilość moczu,
- pielęgniarka po opróżnieniu worka powinna dezynfekować ręce mimo używania rękawiczek jednorazowego użytku,
- stosować obowiązujące procedury wykonywania zabiegów: cewnikowania, płukania pęcherza, pielęgnowania chorego z cewnikiem założonym na stałe,
- u mężczyzn stosować zabezpieczenie w kształcie prezerwatywy z cewnikiem i codziennie je zmieniać, dbać o higienę członka,
- wnikliwie obserwować pacjenta pod kątem wystąpienia temperatury, dreszczy, bólu, pieczenia cewki moczowej,
- wykonywać okresowe badania moczu na zlecenie lekarskie.

Zapamiętaj:

Utrzymanie drożności cewnika oraz zapobieganie zakażeniom pielęgniarka zapewnia pacjentowi przez:

- higienę okolic intymnych (mycie nawet kilka razy dziennie, np. w okresie miesiączki, w przypadku upławów itp.),
- codzienne mycie zewnętrznej części cewnika, szczególnie przy ujściu cewki moczowej,
- zapewnienie czystości bielizny pościelowej i osobistej pacjenta,
- prawidłowe ułożenie drenu odprowadzającego, tak aby cewnik nie był zgięty; należy go umocować na odpowiedniej ramce łóżka,
- worek na mocz powinien być umieszczony zawsze poniżej poziomu pęcherza moczowego (zapobiega to wstecznemu splywowi moczu i wstępującemu zakażeniu dróg moczowych),
- unikanie zbędnych manipulacji (zatycki zakładamy tylko sterylne),
- zapewnienie pacjentowi podaży płynów ok. 2000 ml (wydalanie płynów zmniejsza namnażanie się bakterii, utrudnia wytrącanie się soli wapnia, eliminuje odkładanie się osadu),
- prowadzenie bilansu wodnego,
- podawanie w diecie dużo witaminy C (żurawiny, porzeczki, grejfruty przeciwdziałają wytrącaniu się soli wapnia w systemie drenującym),
- jeśli wystąpi niedrożność, można przepłukać cewnik zachowując zasady jałowości,
- przy płukaniu niedrożnego cewnika nie wolno jednorazowo wpuszczać do pęcherza moczowego więcej niż 20–30 ml płynu,
- podanie następnej takiej porcji jest możliwe dopiero po wypłynięciu poprzednio podanej,
- zabieg płukania pęcherza wykonuje się w warunkach ścisłej jałowości przy użyciu jałowych płynów, sprzętu i na zlecenie lekarza,
- stosowany płyn powinien mieć temperaturę ok. 30°C (chłodny płyn może wywołać skurcz pęcherza i bolesne parcie na mocz),
- do płukania pęcherza moczowego można zastosować płyny: 0,1% Rivanolum, 3% kwas borowy, 0,9% NaCl, 0,5% sterylną neomycynę.

Uwaga. W przypadku retencji moczu w pęcherzu moczowym podczas cewnikowania nie opróżnia się jednorazowo więcej niż 600–800 ml moczu, aby uniknąć szybkiego obkurczenia się ścian pęcherza moczowego, co może być przyczyną krwawienia z pęcherza.

Postępowanie pielęgniarskie wg powyższych zasad zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu moczowego.

5.5.5

Profilaktyka zakażeń podczas kaniulacji żył i wlewów dożylnych

Infuzje dożylne, a szczególnie wkłucia do żył centralnych, należą do zabiegów inwazyjnych obciążonych dużym stopniem ryzyka wprowadzenia zakażenia do organizmu pacjenta. Cewnik wprowadzony do żyły jest ciałem obcym i wywołuje reakcję polegającą na odkładaniu się warstwy włókniaka na jego wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni. W odkładanej warstwie włókniaka mogą rozwijać się bakterie odpowiedzialne za miejscowe odczyny zapalne, septyczne zapalenie żył.

Do objawów miejscowego zapalenia należą:

- zaczerwienienie w miejscu wkłucia bądź w przebiegu żyły,
- obrzęk,
- ból,
- ropień,
- zakażenie ogólne organizmu.

Wymogi, które powinny być stosowane na każdym etapie kaniulacji (zarówno przygotowawczym, jak i podczas założenia cewnika lub kaniuli), zawarte są w technice wykonania zabiegu (patrz podrozdz. 7.3.9.4). Przestrzeganie zasad założenia kaniuli do żył obwodowych zmniejsza ryzyko zakażenia.

Do przyczyn powikłań należą:

- zakażenie wenflonu podczas wyjmowania z opakowania,
- zakażenie wenflonu przez nieodpowiednie jego zabezpieczenie w żyłę,
- zakażenie leku w trakcie przygotowania i nabierania do strzykawki.

Zapamiętaj:

Kaniulacja żył — zasady

Przed kaniulacją pielęgniarka powinna:

- umyć higienicznie i zdezynfekować ręce,
- nałożyć rękawiczki jednorazowego użytku.

Etap przygotowawczy:

- rozpocząć kaniulację do żył kończynowych widocznych i położonych dystalnie,
- unikać kaniulacji żył w zgięciach, np. w zgięciu łokciowym, z powodu jego największej ruchomości,
- u pacjentów z lateralizacją wskazane jest kaniulowanie żyły kończyny przeciwnej,
- u dzieci stosować krem znieczulający Emla przed wprowadzeniem kaniuli do żyły,
- stosować założenie stazy powyżej miejsca kaniulacji,
- odkażać miejsce wkłucia kaniuli 70% roztworem alkoholu etylowego metodą spryskiwania aerozolem lub jodyną, jeżeli pacjent nie jest uczulony,

- dezynfekować miejsce wkłucia kaniuli 3–5 razy w kierunku od środka na zewnątrz, za każdym razem zmieniając gazik,
- odczekać do czasu wyschnięcia preparatu dezynfekcyjnego.

Czynności wkłucia kaniuli do żyły:

- przygotować kaniulę w opakowaniu sterylnym sprawdzonym pod względem terminu ważności sterylizacji,
- wyjmować kaniulę na zgięciu pakietu sterylnego,
- objąć kaniulowaną kończynę swoją ręką od dołu w celu unieruchomienia kończyny i miejsca wkłucia,
- wprowadzić kaniulę pewnie, ale delikatnie do żyły pod kątem 25–30° (pojawienie się krwi w komorze kontrolnej jest potwierdzeniem prawidłowego wykonania kaniulacji),
- wsuwać jednocześnie kaniulę i wyjmować mandryn kaniuli,
- sprawdzić efektywność kaniulacji przez podanie do żyły ok. 5–10 ml fizjologicznego roztworu NaCl (brak reakcji bólowej pacjenta, brak uwypuklenia okolicy końca kaniuli, cofanie się krwi dowodzą prawidłowości wkłucia się do żyły),
- zabezpieczyć wenflon przed wysunięciem się z żyły jałowym plastrem z opatrunkiem,
- podłączyć wlew kroplowy lub zabezpieczyć ujście kaniuli jałowym koreczkiem.

W etapach przygotowania do założenia kaniuli należy:

- stosować 10% roztwór alkoholowy powidonu do dezynfekcji skóry, po dezynfekcji nie dotykać — „technika bezdotykowa”; do zmiany opatrunku nie stosować powidonu z uwagi na utrudnienie oceny zabarwienia skóry wokół miejsca wkłucia,
- dokładnie myć ręce przez 15–20 sekund.

Zakładanie cewnika do żył centralnych — zasady:

W przypadku asystowania przy zakładaniu cewnika do żył centralnych obowiązuje przygotowanie sprzętu, materiału, narzędzi i personelu jak do zabiegu operacyjnego:

- założyć czapki, maski, fartuchy, rękawice,
- miejsce wkłucia dezynfekować,
- pole operacyjne zabezpieczyć folią antybakteryjną, jałowymi serwetami,
- zestaw ze sterylnymi narzędziami (stolik, taca),
- unikać kaniulacji w pachwinach, na kończynach dolnych i wyrostkach kostnych,
- miejsce wkłucia zmieniać co 72 godziny,
- opatrunek na cewnikach do żyły centralnej zmieniać co 48 godzin, a w razie przemoczenia natychmiast zmienić; zakładać przezroczysty opatrunek tegaderm,

- stosować filtry przeciwbakteryjne,
- zmieniać systemy infuzyjne bez filtrów co 24 godziny,
- stosować jak najmniej kraników w systemach infuzyjnych,
- unikać manipulacji przy kranikach,
- kraniki zamykać nowym sterylnym koreczkiem,
- unikać pobierania krwi przez cewniki żyłne, cewniki dokładnie przepłukiwać,
- obserwować, czy nie występują: **gorączka o nieznannej etiologii, objawy uogólnionego zakażenia (leukocytoza, podwyższone OB, dreszcze, niestabilność krążeniowa).**

Ogólne zasady pielęgnacji dostępu do naczyń

Celem pielęgnacji jest profilaktyka powikłań i przedłużenie utrzymania dostępu do żyły:

- utrzymanie właściwej jałowości wkłucia przez odkażanie okolic wkłucia, zabezpieczanie sterylnym gazikiem lub jałową folią samoprzylepną,
- codzienna kilkakrotna obserwacja miejsca wkłucia i kończyny poniżej miejsca kaniulacji:
 - w kierunku pojawiania się infekcji miejscowej,
 - dystalnej części kończyny: obrzęk, zmiana zabarwienia skóry jako cechy zaburzenia odpływu krwi,
 - obrzęk, naciek, np. z pozanaczyniowego umiejscowienia końca kaniuli,
- utrzymanie właściwej jałowości użytkowania dostępu żylnego przez stosowanie jałowego sprzętu jednorazowego: strzykawek, kraników, przedłużeń,
- chronienie linii podaży płynów przed rozłączeniem przez stosowanie sprzętu standaryzowanego (cewniki, kraniki, złącza, dreny),
- dokładne mycie i dezynfekcja rąk przed wykonaniem jakiegokolwiek czynności związanej z dostępem żylnym,
- zapewnienie stałego całodobowego dostępu do żyły przez podawanie płynu w kroplowym wlewie ciągłym,
- obchodzenie się bardzo delikatnie z kaniulą w trakcie podawania płynów i leków, aby nie doprowadzić do zagięć, pęknięć lub wysunięcia kaniuli.

W pielęgnacji kaniulacji dożylnych i podczas przetaczania płynów infuzyjnych należy przestrzegać poniższych zasad:

- ocenić makroskopowo, czy płyn infuzyjny jest wolny od pirogenów, czy nie zawiera osadu, strąków,
- sprawdzić przed podłączeniem datę ważności, co gwarantuje, że płyn infuzyjny jest sterylny,

- ocenić, czy pojemnik nie jest uszkodzony, pęknięty, nakłuwany. Przed dodawaniem leków strzykawką do płynu infuzyjnego należy:
- umyć higienicznie ręce i założyć rękawiczki,
- nabierać leki w sposób sterylny i zachowywać zasady aseptyki podczas wprowadzania leku,
- dezynfekować miejsce podawania leków do pojemnika.

Do najczęstszych miejsc wprowadzenia infekcji we wlewach dożylnych należą:

- miejsce wkłucia kaniuli,
- miejsce podawania leków,
- połączenie pojemnika z zestawem kroplówkowym (aparatem do przetaczania płynu),
- miejsce wkłucia igły w celu podania środków farmakologicznych,
- skażenie płynu infuzyjnego.

5.5.6

Profilaktyka zakażeń w postępowaniu ze zwłokami

Ryzyko zakażeń podczas pośmiertnych zabiegów higienicznych i transportowania zwłok ludzkich

Osoba zmarła mogła być zakażona drobnoustrojami, takimi jak wirus zapalenia wątroby B, C, HIV, wirus gorączki krwotocznej (wirus Ebola), bakterie wywołujące zapalenie opon mózgowych i posocznice, a także prątki gruźlicy, paciorkowce i drobnoustroje jelitowe. Do chorób najbardziej niebezpiecznych i stwarzających duże ryzyko zakażenia dla personelu należą:

Wąglik
Dżuma
Wścieklizna
Ospa
Wirusowa gorączka krwotoczna
Żółta febra
Encefalopatie gąbczaste (Creutzfeldta-Jakoba)
Infekcje paciorkowcowe grupy A
Wirusowe zapalenie wątroby B, C

Pielęgniarki, pracownicy pogotowia ratunkowego, pracownicy medycyny sądowej bardzo często mają kontakt ze zwłokami i narażeni są na zakażenie. Sami po zarażeniu stanowią większe zagrożenie dla innych pacjentów i personelu, ponieważ drobnoustroje w ich organizmach szybko się namnażają i rozprzestrzeniają.

Pielęgniarki i inni pracownicy szpitali muszą wykazać szczególną ostrożność podczas pracy ze zmarłymi. Mimo że patogeny szybko giną po śmierci gospodarza, w celu

zmniejszenia ryzyka zakażenia w czasie kontaktu ze zwłokami należy stosować, w zależności od zagrożenia, środki ostrożności wymienione w tabelach 5.4 i 5.5.

Stosowanie odzieży ochronnej w większości przypadków zmniejsza ryzyko zakażenia i nie wymaga stosowania dodatkowych środków ostrożności.

Tabela 5.4. Środki ostrożności podczas postępowania ze zwłokami

Choroba	Środki zapobiegawcze (niebezpieczeństwa)
Posocznica (zakażenie meningokokowe, paciorkowce A)	Drobne skażenie zagraża życiu, zaopatrzyć chirurgicznie
Zakaźne, wywołane patogenami jelitowymi (Uwaga! Zwłoki bardzo często zanieczyszczone są kałem)	Możliwość zarażenia drogi fekalno-oralną Ograniczyć się do bardzo koniecznych czynności higienicznych: <ul style="list-style-type: none"> • stosować rękawiczki, • stosować nieprzemakalne fartuchy, • nie zabrudzić sprzętu: toalety, narzędzi, aparatury; odłączone łączniki tkwiące w jamach ciała muszą być natychmiast zabezpieczone w worku plastikowym ze środkami dezynfekującymi (fenolowym środkiem dezynfekującym) • myć ręce po zakończeniu pracy i przed jedzeniem
Zapalenie wątroby (wirus HAV, HBV, HCV)	<ul style="list-style-type: none"> • Szczepienia przeciw WZW (typu B) obowiązkowe dla wszystkich pracowników służby zdrowia, • bardzo ostrożnie obchodzić się z wydalnikami i wydzielinami wypływającymi z jam ciała zmarłego, • stosować rękawiczki, maski, fartuchy
Gorączka krwotoczna (Ebola) bardzo zakaźna	Stosować rękawiczki, fartuchy, maski Nie wykonywać żadnych czynności higienicznych, w pełnym zabezpieczeniu umieścić zwłoki w worku plastikowym
Gruźlica	Zaleca się stosowanie szczepienia BCG u wszystkich pracowników szpitala

Tabela 5.5. Odzież ochronna stosowana podczas kontaktu ze zwłokami

Ręce	Rękawiczki lateksowe. Stosować zawsze w czasie kontaktu bezpośredniego Rękawiczki nitylowe (odporne na działanie środków chemicznych), które należy wkładać na lateksowe
Zabezpieczenie dróg oddechowych	Maski z filtrem
Zabezpieczenie przed zachlapaniem	Twarz: przezroczysta osłona zabezpieczająca oczy, usta, nos Tulów: fartuch Stopy: kalosze, gdy istnieje ryzyko zamoczenia, np. miejsce wypadku
Zabezpieczenie całego ciała	Fartuch: kaptur przed zanieczyszczeniem zarodnikami Inna odzież: gdy istnieje niebezpieczeństwo zranienia lub uszkodzenia mechanicznego

Zadania sprawdzające

- W wyniku sterylizacji dochodzi do niszczenia (podkreśl właściwą odpowiedź):
 - wszystkich drobnoustrojów
 - niektórych drobnoustrojów
 - niektórych drobnoustrojów z formami przetrwalnikowymi
 - wszystkich drobnoustrojów z formami przetrwalnikowymi
- Wśród przyczyn szerzenia się zakażeń na pierwszym miejscu wymienia się nieprzestrzeganie:
 - izolowania chorych zakażonych
 - higienicznego mycia rąk personelu
 - zasad odwiedzania pacjentów
 - zasad antybiotykoterapii
- Przestudiuj treść podręcznika oraz wskazaną literaturę i przedstaw trzy źródła zakażeń na OIOM, w wyniku których dochodzi do niebezpiecznych zakażeń u pacjentów:
 -
 -
 -
- Uzupełnij poniższą definicję na podstawie przeczytanej literatury do rozdziału: Dezynfekcja rąk to proces pozwalający zmniejszyć florę na skórze
- Na podstawie zalecanej literatury wybierz prawidłową odpowiedź. Dezynfekcja jest procesem, w którym stosuje się metody z wyjątkiem jednej:
 - fizycznej
 - chemicznej
 - termicznej
 - gazowej
- Na podstawie treści rozdziału i polecanej literatury podkreśl prawidłową odpowiedź. Kolejność etapów przygotowania narzędzi do sterylizacji jest następująca:
 - mycie narzędzi, konserwowanie narzędzi, sterylizacja
 - oczyszczanie, dezynfekcja, suszenie, konserwacja, sterylizacja
 - dezynfekcja, oczyszczanie, dezynfekcja, sterylizacja
 - dezynfekcja, oczyszczanie, splukiwanie, dezynfekcja, suszenie, sterylizacja
- Ranę nieskażoną odkażasz w kierunku (podkreśl właściwą odpowiedź):
 - od środka na zewnątrz
 - od zewnątrz do środka
- Do dezynfekcji skóry przed wstrzyknięciem stosuje się najczęściej środki dezynfekcyjne:
 - wodę utlenioną, (środki utleniające)
 - manusan (pochodne difenolu)
 - jodynę (jodofory)
 - aldesan (aldehydy)
 - alkohol (alkohole)
- Do źródeł zakażeń wewnątrzszpitalnych należą (podkreśl prawidłową odpowiedź):
 - chorzy z chorobami zakaźnymi
 - nosiciele chorób
 - środowiska wilgotne
 - osoby odwiedzające zakaźnię chorych
 - wszystkie powyższe możliwości
- Antyseptyka jest to (wybierz właściwą odpowiedź):
 - niszczenie drobnoustrojów za pomocą środków chemicznych
 - zahamowanie rozwoju drobnoustrojów
 - zapobieganie zakażeniom za pomocą środków chemicznych
 - wszystkie odpowiedzi powyższe są prawdziwe
- W procesie antyseptyki dochodzi do niszczenia drobnoustrojów (podkreśl właściwe):
 - i ich form wegetatywnych
 - przetrwalników bakterii
 - prątków
 - wirusów
- Aseptyka jest to:
 - proces dezynfekcji
 - posługiwanie się materiałem i narzędziami wyjałowionymi
 - postępowanie mające na celu niedopuszczenie do zakażenia rany
 - posługiwanie się materiałami pozbawionymi bakterii, sporów, wirusów i grzybówWybierz zestaw prawidłowych odpowiedzi:
1) a, b, c 2) b, c, d
- Głównymi drogami zakażenia dróg oddechowych są (zakreśl prawidłowe odpowiedzi):
 - ręce personelu
 - zanieczyszczone powietrze
 - zanieczyszczenie urządzeń do terapii oddechowej
 - palenie papierosów1) a, b, c 2) b, c, d
- Do najczęstszych miejsc wprowadzenia infekcji w kroplowym wlewie dożylnym należą (wybierz prawidłową odpowiedź):
 - miejsce wkłucia kaniuli
 - miejsce podawania leków
 - połączenie pojemnika z aparatem kroplowym
 - skażenie płynu infuzyjnego1) a, b, c 2) b, c, d 3) a, b, c, d
- Wymień podstawowe prawa dziecka przebywającego w szpitalu:
 -
 -
 -
 -

16. Omów etapy przygotowania sprzętu do sterylizacji.
17. Wymień znane środki dezynfekcyjne.
18. Wskaż na rodzaj powikłań, jakie mogą pojawić się u pacjenta w wyniku nieprzestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki.
19. Jak rozumiesz proces kolonizacji bakterii, np. na tkance skóry?
20. Wymień preparaty służące do dezynfekcji skóry rąk.
21. Wymień zasady higienicznego mycia rąk.
22. Przedstaw metody sterylizacji.
23. Jakie materiały podlegają autoklawowaniu?
24. Omów postępowanie pielęgniarki w przypadku zakłucia się igłą zakażoną krwią.
25. Omów profilaktykę zakażeń w kaniulacji naczyń.
26. Scharakteryzuj zasady zwiększające bezpieczeństwo pacjenta w procesie rehabilitacji.
27. Wyjaśnij, dlaczego pielęgniarka powinna ocenić stan psychiczny i fizyczny pacjenta przed zabiegiem operacyjnym.
28. Scharakteryzuj zasady profilaktyki zakażeń układu moczowego u pacjenta ze stałym systemem drenażującym.
29. Przedstaw podstawowe zasady zapobiegające zakażeniom w pielęgnowaniu pacjenta z chorobą zakaźną.
30. Zakażenie szpitalne jest to zakażenie, które stwierdza się u pacjenta i jest udokumentowane:
- tylko w czasie hospitalizacji pacjenta
 - tylko po wypisaniu pacjenta ze szpitala
 - wszystkie powyższe
31. Zakażenia egzogenne występują wówczas, gdy zakażenie przenosi się z pacjenta na innego pacjenta lub z personelu szpitalnego:
- tak
 - nie
32. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001 r. nakłada obowiązek na pracodawców:
- powołania zespołu kontroli zakażeń wewnątrzszpitalnych
 - powołania w zespole pielęgniarki epidemiologicznej
 - odpowiedzialności za wdrażanie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych
 - wszystkie powyższe
33. W profilaktyce zakażeń wewnątrzszpitalnych wyznacznikiem standardu opieki jest:
- stosowanie procedur diagnostycznych
 - stosowanie procedur terapeutycznych
 - stosowanie procedur pielęgniarstkich
 - stosowanie wszystkich powyższych
34. W ryzykach zakażenia pacjentów hospitalizowanych wyróżnia się kategorie sprzętu. Do której kategorii zaliczysz: narzędzia do opatrunków, cewniki, igły do iniekcji:
- sprzętu krytycznego
 - sprzętu półkrytycznego
 - bezpiecznego
35. Sprzęt krytyczny to sprzęt stosowany w pracy pielęgniarki, który bezpośrednio jest wprowadzany do:
- krwi i tkanek organizmu
 - do błon śluzowych
 - do jam ciała
36. Cewniki i narzędzia do terapii oddechowej są to urządzenia:
- krytyczne
 - półkrytyczne
 - bezpieczne
37. Do dezynfekcji skóry przed iniekcjami zastosujesz:
- Skinsept pur
 - Skinman Self
 - Spitaderm
38. Stosowany preparat do odkażania rąk u pielęgniarki jest aktywny w stosunku do drobnoustrojów:
- grzybów
 - prątków gruźlicy
 - wirusów
 - wszystkich powyższych
39. Pole operacyjne przygotowuje się według kolejności:
- mycie środkiem dezynfekującym wykonując ruchy okrężne od miejsca cięcia
 - umycie pola operacyjnego detergentem ze środkiem odtłuszczającym
 - złożenie tolii chirurgicznej o działaniu bakteriobójczym
- Prawidłowa kolejność: a) 1, 2, 3; b) 2, 3, 1; c) 2, 1, 3.
40. Które z podanych niżej chorób nawet po śmierci pacjenta stanowią ryzyko zakażenia:
- wirus zapalenia wątroby B, wścieklizna
 - choroba Creutzfeldta-Jakoba
 - gruźlica
 - wąglik, gorączka krwotoczna (Ebola)
 - wszystkie powyższe
41. W przypadku zakłucia się igłą od pacjenta z HIV masz obowiązek zgłosić się do Poradni Chorób Zakaźnych najpóźniej w czasie:
- do 12 godzin
 - do 24 godzin
 - do 48 godzin
 - do 72 godzin

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Czy w toalecie dla personelu (w szpitalu) może być stosowany ręcznik z tkaniny? Uzasadnij swoją odpowiedź.
2. Omów i wskaż na różnicę między zwykłym myciem rąk a higienicznym myciem rąk.
3. Przestuduj zalecaną literaturę i odpowiedz, dlaczego ważną zasadą w zapobieganiu zakażeniom wewnątrzszpitalnym jest osuszanie rąk, sprzętu po dezynfekcji i myciu.
4. Opierając się na podanej literaturze omów zasady zapobiegające zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu B.
5. Przestuduj literaturę dotyczącą zapobiegania AIDS i spróbuj skonstruować mały poradnik dla początkującej pielęgniarki, jak powinna postępować w pracy, aby zapobiec zakażeniu się HIV.
6. Zapoznaj się z literaturą na temat zakażeń wewnątrzszpitalnych i przedstaw argumenty potwierdzające tezę, że higieniczne mycie rąk zapewnia bezpieczeństwo pacjentom i pielęgniarce.
7. Czy stosując rękawiczki podczas wykonywania zabiegów, nie musisz już myć własnych rąk po zdjęciu „brudnych” rękawic? Uzasadnij swoją wypowiedź.
8. Podaj przykłady sytuacji, w których nie czułaś się bezpiecznie pracując w szpitalu, w przychodni, w domu pacjenta.
9. Uzasadnij tezę, że przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu operacyjnego jest tak samo ważne jak przygotowanie fizyczne.
10. Na podstawie przestudiowanej literatury przedstaw warunki wpływające na prawidłowe zdrowienie pacjentów przez zapewnienie czystego otoczenia, w którym pacjent przebywa.
11. Na podstawie literatury dokonaj charakterystyki zasad profilaktyki zakażeń w przypadku kaniulacji żył.
12. Omów zadania pielęgniarki w profilaktyce zakrzepowego zapalenia żył.
13. Przestuduj ustawę o chorobach zakaźnych i zakażeniach i przedstaw zadania zespołu do spraw profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Literatura

- Bartoszewicz A.* (red.): Komunikowanie się pielęgniarskie z dzieckiem. W: Komunikowanie się interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, s. 171.
- Bedliński M., Kutaj-Wąsikowska M.*: Procedury higieniczne. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1999.
- Brożek Z.*: Wstrzyknięcia i wlewy dożylnie. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1995.
- Bulanda M., Hezko P.*: Kontrola zakażeń szpitalnych. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, Kraków 1996.
- Ciechaniewicz W., Pieniążek M.*: Wybrane stany wymagające opieki pielęgniarskiej. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Ciunis J.*: Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych a jakość usług medycznych. Adi, Łódź 1999.

- Dz.Urz. MZiOS Nr 11 z dnia 5.10.1996 r.
- Dz.U Nr 16, poz. 750 z dnia 2.09.1997 r.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie.
- Dz.U Nr 91, poz. 410 z dnia 5.07.1996 r. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej.
- Dz.U Nr 106, poz. 668 z 1998 r.
- Dz.U Nr 78, poz. 483 z dnia 2.04.1997 r.
- Dz.U Nr 126, poz. 1384. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach. Art. 10, 11, 12 wchodzi w życie od 01.01.2004 r.
- Formański J.*: Psychologia. Podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
- Hildebrand N.*: Iniekcje, infuzje, pobieranie krwi. Wyd. Med. Urban&Partner, Wrocław 2001.
- Kwiatkowska A., Krajewska-Kulak E., Panek W.*: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, s. 171–183.
- Lenartowicz H.*: Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarskiej. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Marcinkowski T.* (red.): Podstawy higieny. Volumed, Wrocław 1997.
- Majda A., Zahradniczek K.*: Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. W: Pielęgniarstwo. Podręcznik dla szkół medycznych (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Milkowski J.*: Kaniulacja naczyń. α-Medica-Press, Bielsko-Biala 1994.
- Pięgoń G.* (red.): Wybrane zagadnienia z tematyki zakażeń szpitalnych. Materiały szkoleniowe dla pielęgniarek, Warszawa 1996.
- Preparaty dezynfekcyjne przeznaczone do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej. Informacja VII. Wydawnictwa Medyczne PZH, 1996.
- Przondo-Mordarska A.* (red.): Zakażenia szpitalne. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 1999.
- Puchacz E., Chrościcki A., Górczynski R., Terlecki P.*: Analiza zakażeń ran operacyjnych na oddziale chirurgicznym. W: Materiały z V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych. Lublin, 25–26 września 1998.
- Sterylizacja. Toruńskie Zakłady Materiałów Handlowych S.A. Poradnik Handlowy, wrzesień 1999.
- Vogel A., Wodnaschke G.*: Pielęgnowanie chorego w domu. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1993.
- Wenzel R.* i wsp.: Kontrola zakażeń szpitalnych. α-Medica-Press, Bielsko-Biala 1999.
- Wolynka S.*: Pielęgniarstwo ogólne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1993.

5.6

Procedury i algorytmy działań i zabiegów

Ewa Jakubaszek

5.6.1

Przygotowanie narzędzi do sterylizacji [*]

Nazwa zabiegu

Przygotowanie narzędzi do sterylizacji

Istota i cele

Przygotowanie narzędzi do sterylizacji polega na myciu, dezynfekcji, suszeniu i pakowaniu. Mycie jest metodą doprowadzającą do usunięcia zanieczyszczeń, materiału organicznego i drobnoustrojów z oczyszczanego narzędzia. Dezynfekcja wstępna ma na celu ochronę personelu myjącego narzędzia przed ryzykiem zakażenia.

*Zadania
i kompetencje
pielęgniarki*

- Pielęgniarka zna cel, istotę i zasady przygotowania narzędzi do sterylizacji.
- Ponosi odpowiedzialność za prawidłowe przygotowanie narzędzi do sterylizacji zgodnie z zaleceniami PZH (Państwowy Zakład Higieny).
- Stosuje preparaty dezynfekcyjne o pełnym zakresie działania zgodnie z pisemną informacją producenta potwierdzoną przez PZH.
- Pełny zakres działania oznacza, że działanie obejmuje bakterie (B), grzyby (F), wirusy (V), prątki gruźlicy (Tbc).

*Sposób wykonania.
Algorytm*

Etap dezynfekcji wstępnej:

1. Załóż odzież ochronną (nieprzemakalny, gruby fartuch, rękawice gumowe, okulary ochronne).
2. Przygotuj pojemnik do dezynfekcji.
3. Zaopatrz pojemnik w kartkę informacyjną (p. zasady postępowania).
4. Przygotuj roztwór odpowiedniego środka dezynfekcyjnego zgodnie z instrukcją producenta.
5. Zanurz rozłożone narzędzia w roztworze na czas wskazany przez producenta.

Zapamiętaj:

Przestrzegaj czasu dezynfekcji. Czas dezynfekcji liczy się od chwili wrzucenia ostatniego narzędzia.

6. Załóż grube rękawice gumowe.
7. Wypłucz narzędzia z resztek preparatu pod strumieniem chłodnej lub letniej wody.

Zapamiętaj:

Gorąca woda, powyżej 40°C, powoduje ścięcie się białka, co uniemożliwia skuteczne umycie narzędzi.

Etap mycia ręcznego:

8. Myj szczotką przedmiot zanurzony w zimnej wodzie.
9. Oplucz pod bieżącą, ciepłą wodą oczyszczone narzędzia.
10. Osusz narzędzia.
Mycie w urządzeniach myjących (ultradźwiękowych lub myjąco-dezynfekujących) upraszcza i ułatwia oczyszczanie zwłaszcza bardziej skomplikowanych narzędzi.

Etap dezynfekcji właściwej:

11. Przygotuj pojemnik do dezynfekcji.
12. Zaopatrz pojemnik w karteczkę informacyjną (patrz ogólne zasady postępowania).
13. Przygotuj preparat zalecany przez PZH.
14. Zanurz całkowicie otwarte i rozkręcone narzędzia; czas dezynfekcji określony jest w instrukcji stosowania używanego preparatu.
15. Zdejmij rękawiczki i wyrzuć do pojemnika na odpady zakaźne.

*Obowiązujące
zasady*

16. Umyj i zdezynfekuj ręce.
17. Załóż czyste rękawiczki.
18. Wypłucz narzędzia pod bieżącą zimną lub ciepłą wodą.
19. Wysusz narzędzia.
20. Sprawdź narzędzia:
 - czy są dokładnie umyte,
 - czy nie są uszkodzone,
 - zwróć szczególną uwagę na ząbki i zawiąsy.
21. Ulóż narzędzia w zestawy na perforowanej tacy.
22. Otwórz narzędzia zawiasowe lub zamknij na pierwszy ząbek.
23. Zabezpiecz ostrza osłonkami.
24. Opakuj narzędzia.
Zapamiętaj:
Wybór rodzaju opakowania zależy od metody wyjaławiania.
25. Umyj i zdezynfekuj ręce.
26. Oddaj narzędzia do centralnej sterylizatorni.

- Osoba przygotowująca narzędzia do sterylizacji nakłada odzież ochronną, dbając o bezpieczeństwo własne.
- Po wykonaniu zabiegu poddaje się narzędzia dezynfekcji wstępnej, co chroni osobę myjącą przed ryzykiem zakażenia.
- Pojemniki na środki dezynfekujące powinny być:
 - czyste,
 - zdezynfekowane,
 - wysuszone,
 - zamykane, co zapobiega skutkom ubocznym związanym z wdychaniem oparów środków dezynfekujących przez osobę przygotowującą narzędzia,
 - stężenie roztworu dezynfekcyjnego przygotowujemy zgodnie z zaleceniem PZH i producenta preparatu.
- Roztwory użytkowe środka dezynfekcyjnego przygotowuje się:
 - w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu przy sprawnie działającej wentylacji w celu ochrony osoby wykonującej dezynfekcję i osób nieuczestniczących w tym procesie.
- Bezpośrednio przed wykonaniem dezynfekcji:
 - narzędzia dezynfekowane zanurza się w roztworze, całkowicie wypełnia się wnętrze drenów i usuwa pęcherze powietrza z zewnętrznych i wewnętrznych powierzchni. Preparat zadziała

na wszystkie powierzchnie dezynfekowanych narzędzi, co wpłynie na skuteczność procesu.

- Pojemnik do dezynfekcji zaopatrzuje się w informacje:
 - rodzaj dezynfekcji (wstępna lub bieżąca),
 - nazwa i stężenie preparatu,
 - data przygotowania preparatu,
 - nazwisko osoby przygotowującej preparat,
 - data, godzina rozpoczęcia i zakończenia dezynfekcji,
 - nazwisko osoby wykonującej; informacje są dostępne dla innych osób kontynuujących działanie.
- Do mycia narzędzi stosuje się grube rękawiczki gumowe; cienkie rękawice lateksowe mogą być łatwo przekłute i uszkodzone.
- Narzędzia myje się szczotką w zimnej wodzie, całkowicie zanurzone; zapobiega się powstawaniu aerozoli.
- Umyte narzędzia osusza się i pakuje w pakiety dostosowane do potrzeb oddziału czy gabinetu zabiegowego.
- Pakiet służy do jednorazowego wykorzystania.

Uwagi

1. Narzędzia, które mają kontakt z uszkodzoną tkanką lub naruszają ciągłość powłok ciała, muszą być sterylne.
2. Sprzęt kontaktujący się z nieuszkodzonymi błonami śluzowymi powinien być jałowy, ale może też być tylko zdezynfekowany.

5.6.2

Przygotowanie materiału opatrunkowego do sterylizacji [*]

Nazwa zabiegu

Przygotowanie materiału opatrunkowego do sterylizacji.

Istota i cel

Materiał opatrunkowy ze względu na przeznaczenie musi być jałowy. Aby mógł spełniać ten warunek, konieczne jest przygotowanie pakietów z materiałem opatrunkowym zgodnie z zaleceniami Państwowego Zakładu Higieny i producenta opakowania. Najkorzystniej jest, gdy opakowanie z materiałem opatrunkowym jest jednorazowego użytku — pakiet uwzględniający potrzeby oddziału czy sali operacyjnej. Istotą przygotowania materiału opatrunkowe-

Zadania
i kompetencje
pielęgniarki

Sposób wykonania.
Algorytm

go do sterylizacji jest stworzenie optymalnych warunków do wykonywania zabiegów aseptycznych, profilaktyki zakażeń szpitalnych i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi.

- Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za właściwe przygotowanie materiału opatrunkowego w odpowiedniej ilości i za decyzję dotyczącą wyboru rodzaju opakowania.
- Zna cel i zasady przygotowania materiału opatrunkowego do sterylizacji oraz sposoby pakowania.
- Przygotowuje materiał opatrunkowy do sterylizacji w opakowaniu optymalnym w danych warunkach.
- Stosuje się do wytycznych Państwowego Zakładu Higieny i zaleceń producenta dotyczących przeznaczenia danego opakowania.

1. Przygotuj sprzęt do pracy (nożyczki, zgrzewarkę, specjalny pisak wodoodporny, chemiczny wskaźnik kontroli skuteczności sterylizacji).
2. Umyj i zdezynfekuj ręce.
3. Wybierz odpowiedni rodzaj opakowania, np. rękawy papierowo-foliowe.

Zapamiętaj:

Należy przestrzegać zaleceń producenta dotyczących przeznaczenia danego opakowania do odpowiednich metod sterylizacji.

4. Przygotuj czysty materiał opatrunkowy.
5. Rozłóż w zestawy zgodnie ze specyficznymi dla placówki oraz przewidywanymi zabiegami aseptycznymi.

Zapamiętaj:

Pakiet nie może być większy niż potrzebny dla jednego pacjenta, do jednego zabiegu czy badania.

6. Odetnij rękaw o wymiarze dostosowanym do ilości materiału opatrunkowego.
7. Napelnij rękaw materiałem opatrunkowym do $\frac{3}{4}$ objętości opakowania.

Zapamiętaj:

Między wyjalawianym materiałem a zgrzewem powinno być ok. 3 cm odstępu.

8. Włóż do pakietu chemiczny wskaźnik kontroli skuteczności sterylizacji.
9. Zamknij rękaw przy użyciu zgrzewarki na obu odciętych brzegach.

Zapamiętaj:

Na brzegu zgrzewanym w drugiej kolejności zostaw margines ok. 2 cm, mierząc od linii zgrzewu do linii odcięcia rękawa — będą zostawione tzw. listki, co umożliwi otwarcie pakietu na jałowo.

10. Zaopatrz pakiet w etykietę zawierającą konieczne informacje.

Wzór etykiety:

- data sterylizacji,
- numer cyklu,
- data ważności,
- nazwa materiału zapakowanego,
- nazwisko (kod) osoby odpowiedzialnej za przygotowanie — czytelny podpis,
- inne informacje niezbędne w ewidencji szpitala.

Zapamiętaj:

Etykiety przykleja się do opakowań papierowo-foliowych na folię (lub pisze pisakiem wodoodpornym na folii).

11. Przekaz zestaw do sterylizacji (przygotowane pakiety, zestaw, kontenery transportują pracownicy techniczni centralnej sterylizatorni).

Obowiązujące zasady

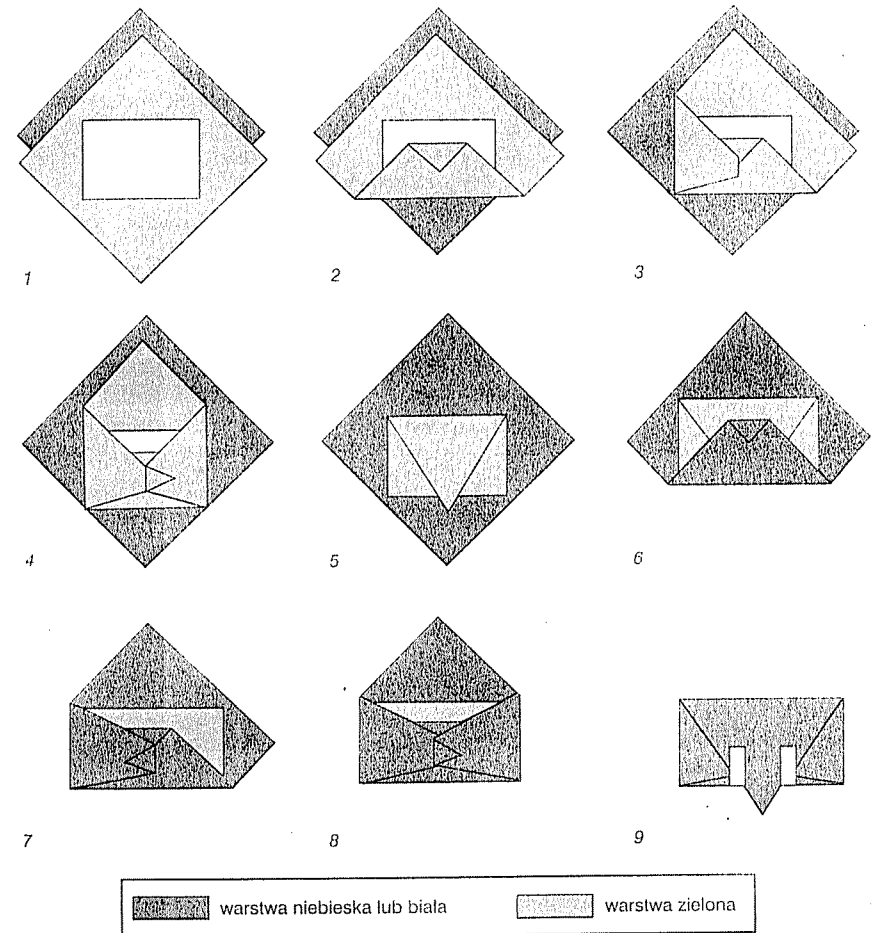
- Materiał opatrunkowy do sterylizacji przygotowuje się zgodnie z wytycznymi PZH i zaleceniami producenta dotyczącymi przeznaczenia opakowania, dostosowania do odpowiednich metod sterylizacji.
- Materiał opatrunkowy w ilości dostosowanej do realnych potrzeb pakuje się w pakiety.
- Materiał opatrunkowy na potrzeby sali operacyjnej:
 - musi być pakowany w podwójne opakowanie papierowo-foliowe,
 - musi mieć zabezpieczenie w postaci nitki barytowej; nitka daje cień na zdjęciu rtg, przez co ułatwia znalezienie go,
 - powinien być wiązany (nitkami lub gumkami) w ustalony sposób, np. po 5 szt., 10 szt. (taki sposób postępowania ułatwia liczenie i kontrolę liczby gazików w trakcie zabiegu operacyjnego),
 - każdy pakiet należy zaopatrzyć w etykietę zawierającą informacje.

Uwagi

1. Przygotowaniem materiału opatrunkowego zajmuje się centralna sterylizatornia. Decyzję dotyczącą wyboru lub odrzucenia danego rodzaju opakowania podejmuje personel sterylizatorni wspólnie z użytkownikiem, biorąc pod uwagę jego zapotrzebowanie.
2. Każdy rodzaj opakowania ma inne zasady stosowania, które określa producent, np. serwety mogą być pakowane w papier sterylizacyjny krepowany lub gładki oraz we włókninę w kolorze zielonym, niebieskim i białym. Każdy pakiet musi być zapakowany w dwie

warstwy (2 arkusze). Na rycinie 5.5 przedstawiono jedną z technik przygotowania pakietu.

3. Bez względu na wielkość pakietu zasada wiązania gazików na potrzeby bloku operacyjnego musi być identyczna.
4. Puszki Schimmelbuscha ze względu na niebezpieczeństwo zainfekowania ich zawartości wycofuje się na korzyść nowoczesnego i bezpiecznego opakowania.
5. Jeżeli materiał opatrunkowy pakujemy do kontenerów, to należy pamiętać, aby je przed każdym użyciem umyć, zdezynfekować i wysuszyć.



Ryc. 5.5. Technika przygotowania pakietu (wg *Churuś M. J.*: Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych a jakośc usług medycznych. Adi, Łódź 1999).

5.6.3

Postępowanie z materiałem zakaźnym [*]

<i>Nazwa zabiegu</i>	Postępowanie z materiałem zakaźnym.
<i>Istota i cel</i>	<p>Materiał zakaźny to inaczej odpady zakaźne zanieczyszczone krwią, kałem, płynami ustrojowymi. Do materiałów zakaźnych zalicza się:</p> <ul style="list-style-type: none">– opatrunki,– sprzęt jednorazowy,– narzędzia chirurgiczne,– tkankę ludzką. <p>Są to odpady potencjalnie skażone, gdyż stanowią zagrożenie epidemiologiczne, mogą być przyczyną zakażeń szpitalnych. Materiał zakaźny zaliczany jest do odpadów kategorii B. Celem określonego postępowania z materiałem zakaźnym jest zmniejszenie ryzyka zakażeń szpitalnych, zagrożenia dla zdrowia, życia ludzkiego oraz środowiska. Stosuje się jedną z niżej wymienionych metod:</p> <ul style="list-style-type: none">– palenie,– sterylizację,– dezynfekcję.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pielęgniarka zna zasady postępowania z materiałem zakaźnym.• Wszelkie działania związane z tą procedurą wykonuje zgodnie z zasadami aseptyki i zaleceniami PZH.• Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za zabezpieczenie materiału zakaźnego i jego likwidację.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Zbieraj odpady zakaźne do pojemników przeznaczonych do ich gromadzenia:<ul style="list-style-type: none">– wyrzuć materiał do pojemnika bezpośrednio po użyciu.<p>Zapamiętaj: Ostre przedmioty gromadź w pojemnikach:</p><ul style="list-style-type: none">– odpornych na przekłucie,– odpornych na przemoknięcie,– dostosowanych wielkością do zapotrzebowania,– odpowiednio oznakowanych,– zaopatrzonych w zamknięcie.2. Napelnij pojemnik do $\frac{2}{3}$ objętości.<p>Zapamiętaj: Przepelnianie pojemników stwarza niebezpieczeństwo przekłucia pojemnika i skażenia.</p>3. Zamknij pojemnik przy użyciu:<ul style="list-style-type: none">– plomby z tworzywa sztucznego,– tasiemki lub– zawiązania worka „na krzyż”.

Obowiązujące zasady

4. Oznakuj pojemnik — podaj informacje o:
 - rodzaju odpadów,
 - miejscu i dacie ich wytworzenia.
5. Przetransportuj do miejsca składowania odpadów niebezpiecznych (na tym etapie odpowiedzialność za działanie związane z transportem, przechowaniem w „brudowniku” i przekazaniem do utylizacji przejmują osoby sprzątające; pielęgniarki nadzorują te działania).
6. Zdezynfekuj i umyj ręce.

- Odpady zakaźne umieszcza się w pojemnikach bezpośrednio po użyciu, aby czas dostępu powietrza atmosferycznego był jak najkrótszy.
- Do gromadzenia odpadów niebezpiecznych — ostrych (np. igły do iniekcji) przeznaczają się pojemniki odporne na przekłucie w celu zapewnienia bezpieczeństwa personelowi uczestniczącemu w procesie niszczenia odpadów.
- Pojemnik napelnia się maksymalnie do $\frac{2}{3}$ objętości. Tak wypełniony pojemnik można łatwo zamknąć.
- Pojemniki powinny być jednorazowe, odporne na przemoczenie, zaopatrzone w zamknięcia, oznakowane.
- Odpady należy transportować do spalania w pojemnikach, w których były zbierane. Zmniejsza się ryzyko przenoszenia zakażeń szpitalnych.

Uwagi

1. W wyjątkowych sytuacjach, kiedy w szpitalu nie można zagwarantować prawidłowych warunków zbierania materiału zakaźnego, konieczne jest wykonanie wstępnej dezynfekcji wg zaleceń PZH i producenta preparatu. Taki sposób postępowania należy traktować jako tymczasowy do czasu zapewnienia prawidłowych warunków zbierania odpadów.
2. Ze względu na bezpieczeństwo personelu medycznego i pomocniczego wszystkie działania związane z gromadzeniem odpadów zakaźnych i ich likwidacją należy przeprowadzić zgodnie z zasadami aseptyki i wytycznymi PZH.
3. Materiału zakaźnego nie wolno gromadzić w pojemnikach przeznaczonych na odpady komunalne.

5.6.4

Mycie rąk, higieniczne mycie rąk [*]

Nazwa zabiegu

Mycie rąk.

Istota i cel

Mycie rąk jest najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zakażeniom szpitalnym (patrz podrozdz. 5.4.3).

Zwykłe mycie rąk usuwa substancje organiczne i inne zabrudzenia oraz ok. 65% przejściowo występujących drobnoustrojów ze średnio zabrudzonej skóry. Polega na energicznym pocieraniu wszystkich powierzchni rąk zwykłym mydłem z wodą przez 15–30 s.

Higieniczne mycie rąk ma na celu usunięcie i zabicie flory przejściowej skóry. Polega na myciu rąk w dwóch etapach:

- I. Zwykłym myciu rąk za pomocą mydła i wody.
- II. Dezynfekowaniu rąk antyseptycznym środkiem alkoholowym.

Czas mycia higienicznego powinien wynosić 30–60 s.

Sposób wykonania.
Algorytm

Etap przygotowania:

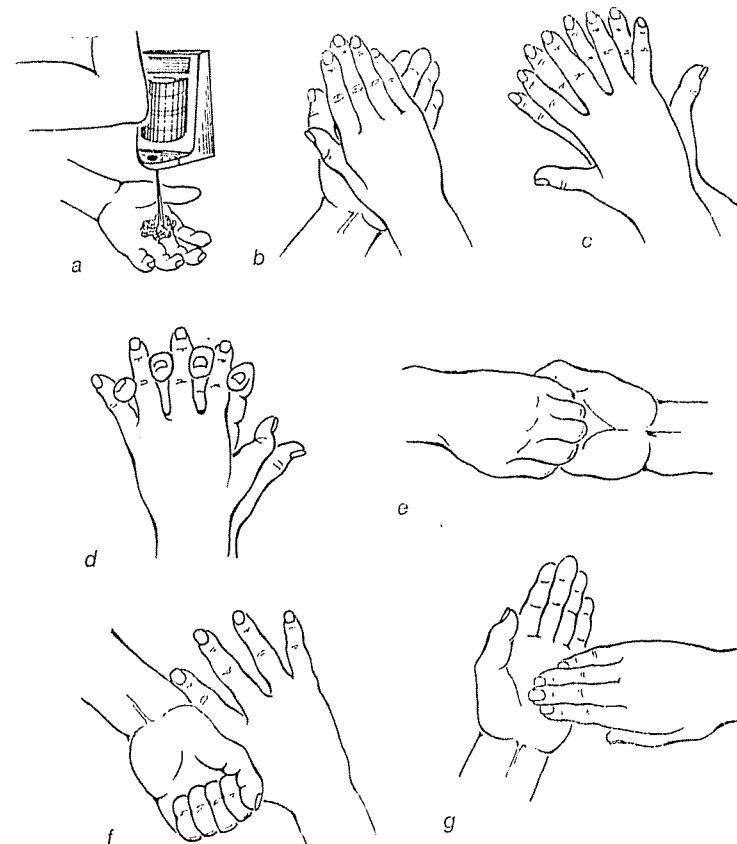
1. Obetnij krótko paznokcie.
2. Zmyj lakier z paznokci.
3. Zdejmij biżuterię i zegarek.
4. Zmocz ręce bieżącą, letnią wodą.

Etap mycia:

5. Pobierz mydło z dozownika (ryc. 5.6a):
 - podstaw lewą dłoń pod dozownik,
 - naciśnij ramię dozownika prawym łokciem.Myj ręce wg techniki Ayliffe, powtarzając każdą czynność 5 razy. Powtórz czynności, zmieniając ręce:
6. Pocieraj dłońią o dłoń (ryc. 5.6b).
7. Pocieraj częścią dłoniową prawej ręki o powierzchnię grzbietową lewej ręki (ryc. 5.6c).
8. Spleć palce i przesuwaj nimi aż do zagłębienia między-palcowych (ryc. 5.6d).
9. Pocieraj grzbietową powierzchnią zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni (ryc. 5.6e).
10. Chwyć kciuk prawej dłoni w lewą dłoń i wykonuj ruchy obrotowe wokół kciuka (ryc. 5.6f).
11. Pocieraj okrężnie opuszkami palców prawej ręki zagłębienie dłoniowe lewej ręki (ryc. 5.6g).
12. Umyj nadgarstki.
13. Splucz ręce pod strumieniem bieżącej wody.
14. Wyszusz ręce papierowym jednorazowym ręcznikiem.

Etap odkażania:

15. Nanieś 3–5 ml środka odkażającego:
 - podstaw lewą dłoń pod dozownik,



Ryc. 5.6. Mycie higieniczne rąk metodą Ayliffe.

- naciśnij ramię dozownika z preparatem antyseptycznym prawym łokciem.
16. Wcieraj preparat dokładnie w skórę rąk i nadgarstków aż do momentu wyschnięcia przez 30–60 s metodą Ayliffe.

Obowiązujące zasady

- Przed myciem i dezynfekcją rąk:
 - zdejmuj się biżuterię i zegarek,
 - obcina się krótko paznokcie,
 - zmywa się lakier z paznokci,
 - używa się mydła z dozownika, naciskając ramię dozownika łokciem.

Wilgotne mydło w kostce jest doskonałą pożywką dla mikroorganizmów i sprzyja szerzeniu się zakażeń szpitalnych.

- Ręce myje się przez 30–60 s. Krótszy czas mycia nie da oczekiwanego efektu.
- Zawsze dokładnie splukuje się mydło z rąk pod bieżącą wodą. Wraz z wodą skutecznie usuwa się drobnoustroje ze skóry rąk.
- Ręce wyciera się papierowym, jednorazowym ręcznikiem. Wycieranie rąk wspólnym, wielokrotnego użycia ręcznikiem sprzyja szerzeniu się zakażeń.
- Do mycia rąk używa się letniej wody. Używanie zbyt gorącej wody powoduje ich wysuszenie i uszkodzenia.
- Przed dezynfekcją dokładnie osusza się ręce. Preparat antyseptyczny naniesiony na mokrą skórę ulega rozcieńczeniu i nie wykazuje dostatecznej aktywności.
- Przed odkażaniem rąk myje się je mydłem. Środek dezynfekcyjny skutecznie niszczy bakterie, ale nie usuwa substancji organicznych i brudu, który osłania drobnoustroje przed dostępem i działaniem antyseptyku.

Uwaga. W przypadku stosowania środków dezynfekcyjnych z detergentem nie jest konieczne wstępne zwykle mycie rąk. Przed wykonaniem czynności pielęgnacyjnych myjemy i dezynfekujemy ręce, a po wykonaniu najpierw dezynfekujemy, a następnie myjemy.

5.6.5

Chirurgiczne mycie rąk [*]

Nazwa zabiegu

Chirurgiczne mycie rąk.

Istota i cel

Chirurgiczne mycie rąk usuwa i niszczy występujące na skórze rąk drobnoustroje należące do flory przejściowej i obniża do minimum koncentrację flory stałej (fizjologicznej). Zabieg ma na celu zmniejszenie ryzyka zanieczyszczenia rany operacyjnej (np. w przypadku uszkodzenia rękawiczek) (patrz podrozdz. 5.4.3).

Zadania i kompetencje pielęgniarki

- Pielęgniarka zna cel, istotę i zasady zabiegu.
- Uczestniczy w profilaktyce zakażeń szpitalnych.
- Myje ręce stosując mydło i środki dezynfekcyjne okre-

Sposób wykonania.
Algorytm

ślone przez Państwowy Zakład Higieny, zgodnie z zaleceniami producenta.

- Ponosi odpowiedzialność za wykonanie zabiegu zgodnie z zasadami.

Etap przygotowania:

1. Obetnij krótko paznokcie.
2. Zmyj lakier z paznokci.
3. Zdejmij biżuterię z rąk.
4. Załóż fartuch foliowy, aby osłonić ubranie przed zamoczeniem.

Etap mycia:

5. Splucz skórę rąk.
6. Nanieś na dłonie ok. 1 ml mydła z dozownika:
 - podstaw lewą dłoń pod dozownik,
 - naciśnij ramię dozownika prawym łokciem.
7. Weź do rąk jałową szczotkę.
8. Wyczyść dokładnie paznokcie pod bieżącą letnią wodą.
9. Splucz skórę rąk i przedramion pod bieżącą letnią wodą.
10. Nanieś na dłonie ok. 2 ml mydła z dozownika:
 - podstaw lewą dłoń pod dozownik,
 - naciśnij ramię dozownika prawym łokciem.
11. Myj ręce i przedramiona ok. 2–5 min techniką wg Ayliffe (patrz procedura 5.6.4).

Zapamiętaj:

- Podczas mycia trzymaj ręce uniesione lekko do góry.
12. Splucz dokładnie ręce i przedramiona pod bieżącą letnią wodą.
 13. Osusz dokładnie ręce i przedramiona jednorazowym ręcznikiem.
 14. Wyrzuć użyty ręcznik do pojemnika na odpady komunalne.

Etap odkażania:

15. Nanieś na ręce preparat antyseptyczny:
 - podstaw lewą dłoń pod dozownik,
 - naciśnij ramię dozownika prawym łokciem.
16. Wcieraj dokładnie preparat w skórę rąk, nadgarstków i przedramion, aż do zgięcia łokciowego. W każdą rękę wcieraj po ok. 3 ml preparatu. Czas odkażania ok. 2 min.
17. Powtórz czynności wcierania preparatu antyseptycznego w skórę rąk, nadgarstków i przedramion poniżej zgięcia łokciowego. W każdą rękę wcieraj po ok. 1 ml. Czas odkażania ok. 1 min.
18. Powtórz czynność wcierania preparatu antyseptycznego — w skórę rąk i nadgarstków. W każdą rękę wcieraj po ok. 2 ml, aż do całkowitego wyschnięcia preparatu. Czas odkażania ok. 2 min.

- Przed chirurgicznym myciem rąk wykonuje się higieniczne mycie rąk. Zmywa się z powierzchni skóry rąk zanieczyszczenia organiczne i brud oraz eliminuje florę przejściową i stałą.
- Obcina się krótko paznokcie. Długie paznokcie to dobre warunki do namnażania i przebywania drobnoustrojów.
- Środek dezynfekujący stosuje się zgodnie z instrukcją producenta. Zwraca się uwagę na ilość środka i czas mycia. Środek wciera się do naturalnego wyschnięcia rąk.
- Przy użyciu jałowej szczoteczki myje się wyłącznie paznokcie, aby nie rozprzestrzeniać drobnoustrojów i nie powodować uszkodzeń skóry, i tylko raz w ciągu doby.
- Zalecana jest technika mycia i dezynfekcji rąk wg Ayliffe. Nie pomija się żadnych obszarów ręki.

Uwagi

1. Rodzaj stosowanych środków antyseptycznych określa Państwowy Zakład Higieny.
2. Środki antyseptyczne stosowane w Polsce muszą mieć certyfikat rejestracyjny Ministerstwa Zdrowia.
3. W przypadku dotknięcia niejałowych przedmiotów należy powtórzyć cały proces odkażania.

5.6.6

Zakładanie rękawiczek ochronnych [*]

Nazwa zabiegu

Zakładanie rękawiczek ochronnych.

Istota i cel

Rękawiczki ochronne mają na celu ochronę pacjenta i pielęgniarki przed zakażeniami szpitalnymi. Stanowią barierę mechaniczną między źródłem drobnoustrojów (tkanką organiczną) a ciałem człowieka.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

- Pielęgniarka zna cel stosowania rękawiczek ochronnych, zasady, sposób zakładania rękawic jałowych, cechy dobrych jakościowo rękawic.
- Zapobiega zakażeniom szpitalnym.
- Stosuje rękawiczki ochronne zgodnie z zasadami.
- Ponoś odpowiedzialność za stosowanie odpowiednich rękawic ochronnych.
- Zakłada rękawiczki innym osobom, z którymi współpracuje (pielęgniarkom, lekarzom).

Sposób wykonania.
Algorytm

- I. Zakładanie jałowych rękawiczek niejałowymi rękami**
 1. Otwórz jałowe opakowanie rękawiczek (ryc. 5.7a), Uważaj, aby nie zainfekować rąk i rękawiczek.
 2. Palcami prawej ręki chwyć za wywinięty mankiet lewej rękawiczki.
 3. Wsuń ostrożnie lewą rękę do lewej rękawiczki (ryc. 5.7b).
 4. Pociągaj prawą rękę za założony mankiet rękawiczki.
 - Przytrzymuj prawym kciukiem mankiet jałowego fartucha (ryc. 5.7c).
 - Naciągaj pozostałymi palcami mankiet rękawiczki poza mankiet jałowego fartucha (ryc. 5.7d).
 - Uważaj, aby nie dotknąć niejałową ręką fartucha.
 5. Chwyć lewą rękę (w jałowej rękawiczce) pod założony mankiet rękawiczki prawej (ryc. 5.7e).
 - Wsuń ostrożnie prawą rękę do rękawiczki.
 - Przytrzymuj kciukiem lewej ręki mankiet jałowego fartucha (ryc. 5.7f).
 - Naciągaj pozostałymi palcami rękawiczkę poza mankiet fartucha (ryc. 5.7g).
 6. Popraw nałożenie obu rękawiczek.

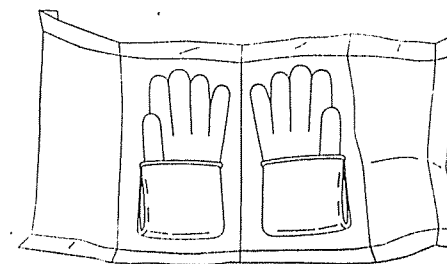
II. Zakładanie jałowych rękawiczek jałowymi rękami

1. Pielęgniarka z założonymi jałowymi rękawiczkami wyjmuje rękawiczki ze sterylnego opakowania.

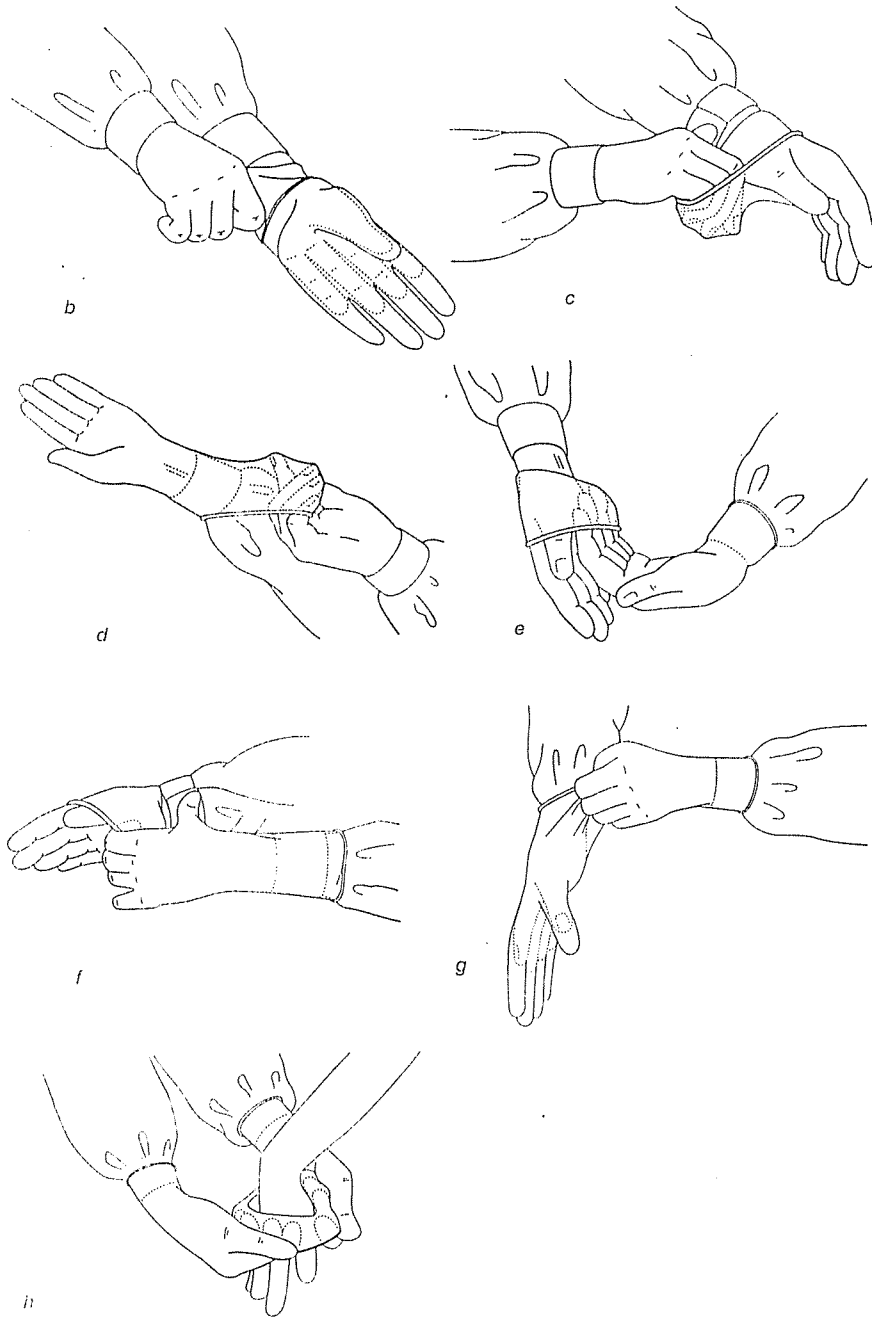
Zapamiętaj:

Opakowanie otwiera inna osoba.

2. Chwyta obiema rękami pod założony mankiet rękawiczek.
3. Rozciąga mocno mankiet na zewnątrz (ryc. 5.7h) i podaje rękawiczkę osobie przygotowanej do zabiegu — np. lekarzowi (pielęgniarce).
4. Lekarz wsuwa ostrożnie rękę do rękawiczki.
5. Pielęgniarka naciąga rękawiczkę poza mankiet fartucha lekarza.



Ryc. 5.7 a. Rozłożony pakiet z rękawiczkami jałowymi.



Ryc. 5.7 b-h. Zakładanie rękawiczek ochronnych.

Obowiązujące zasady

6. Lekarz poprawia nałożenie obu rękawiczek. W celu założenia drugiej rękawiczki — czynności od 1 do 5 powtarza się.

- Przed założeniem rękawiczek myje się i dezynfekuje ręce sposobem odpowiednim do planowanego zabiegu pielęgniarstwa.
- Jałowe rękawice zakłada się zgodnie z procedurą.
- Sprawdza się rękawice, czy nie są przedziurawione.
- Używa się rękawic dobrych jakościowo, dobranych rozmiarem do ręki. Stanowią dobrą barierę ochronną i nie upośledzają czucia, dotyku i chwytności.
- Po zakończeniu zabiegu rękawice traktuje się jak materiał zakaźny i poddaje zniszczeniu jak sprzęt i materiały jednorazowego użytku.
- Po zdjęciu rękawic obowiązuje higieniczne mycie rąk.

Uwagi

1. Przy stosowaniu czystych, ale niejałowych rękawiczek ochronnych jednorazowych można stosować dowolny sposób.
2. Używanie rękawiczek nie zastępuje mycia rąk.
3. Niedopuszczalne jest stosowanie tych samych rękawiczek do pielęgnowania kolejnych pacjentów.
4. Mycie, czyszczenie, dezynfekcja czy sterylizacja jednorazowych rękawiczek powodują uszkodzenia mechaniczne i chemiczne lateksu. Takie rękawiczki nie stanowią bezpiecznej bariery ochronnej.
5. Rękawiczki chirurgiczne nie powinny być przesypany żadną substancją ze względu na możliwość tworzenia ziarniaków.
6. Jeżeli na rękawiczkach niejałowych znajduje się proszek konserwujący, należy go splukać wodą, a rękawiczki osuszyć jednorazowym ręcznikiem.

5.6.7

Zakładanie odzieży ochronnej [*]

Nazwa zabiegu

Zakładanie odzieży ochronnej.

Istota i cel

Odzież ochronną stosuje się dla bezpieczeństwa własnego i osób z otoczenia. Celem takiego postępowania jest ochrona ciała przed kontaktem z krwią, płynami ustrojowymi, wydalaminami i wydzielinami.

*Zadania
i kompetencje
pielęgniarki*

- Pielęgniarka zna cel, istotę i zasady stosowania odzieży ochronnej.
- Zna warunki, które powinien spełniać fartuch operacyjny.
- Zapobiega zakażeniom szpitalnym.
- Stosuje fartuch operacyjny do czynności aseptycznych (w obrębie bloku operacyjnego).
- Ponosi odpowiedzialność za stosowanie odzieży ochronnej, właściwy sposób nakładania i zachowania po nałożeniu.

Dodatkowe wyjaśnienie. Osobie zakładającej odzież ochronną (np. pielęgniarce instrumentującej) powinna pomagać tzw. pielęgniarka pomagająca.

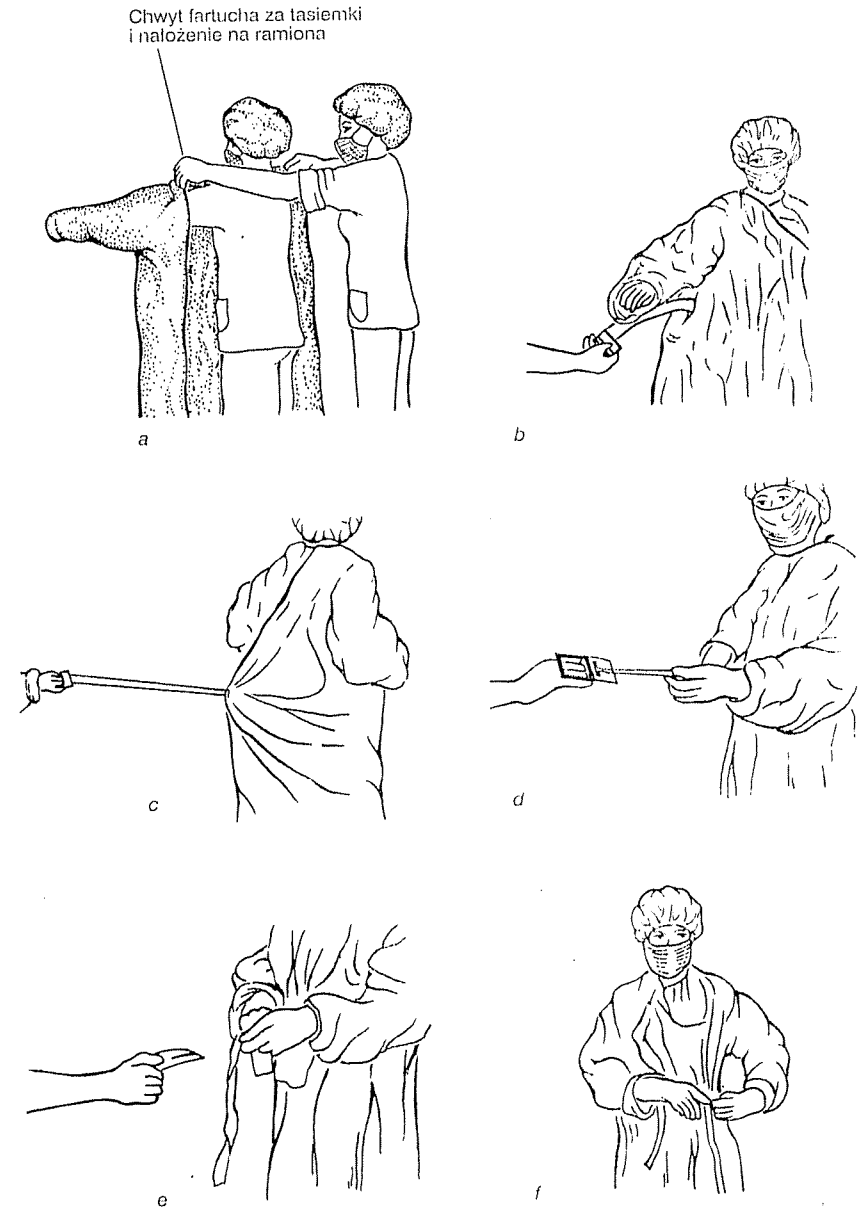
*Sposób wykonania.
Algorytm*

Pielęgniarka (instrumentująca):

1. Myje chirurgicznie ręce.
2. Bierze do rąk fartuch operacyjny.
3. Wyciąga ręce do przodu.
4. Rozkłada fartuch na wyciągniętych rękach.
5. Wkłada ręce do rękawów. Uważa, aby nie dotykać fartuchem do podłogi i niejałowego sprzętu.
6. Unosi ramiona ku górze.
7. Nakłada fartuch.
8. Czeką na zawiązanie góry fartucha (ryc. 5.8a).
Jeśli jest wewnętrzna tasiemka, również ją zawiązuje. Zachowuje obowiązujące zasady.
9. **Pielęgniarka pomagająca** zawiązuje górę fartucha.
10. Pielęgniarka instrumentująca nakłada jałowe rękawiczki.
11. Rozwiązuje tasiemki związane w luźną kokardę lub węzeł (przed sterylizacją tasiemki fartucha wiąże się w luźny węzeł lub kokardę).
12. Zapina długie narzędzie na dłuższej tasiemce.
13. Podaje pielęgniarce pomagającej narzędzie wolnym końcem (ryc. 5.8b).
14. Wykonuje półobrót (ryc. 5.8c).
15. Chwyta koniec dłuższej tasiemki (ryc. 5.8d).
16. Pielęgniarka pomagająca odpina narzędzie (ryc. 5.8e).
17. Pielęgniarka instrumentująca zawiązuje tasiemki z boku (ryc. 5.8f).
18. Poprawia nałożony fartuch.

*Obowiązujące
zasady*

- Jałowy fartuch zakłada się przed wszystkimi zabiegami aseptycznymi.
- Przed założeniem jałowego fartucha myje się chirurgicznie ręce w celu jak najdalej idącej eliminacji ze skóry rąk drobnoustrojów flory przejściowej i stałej.
- Po założeniu fartucha nakłada się jałowe rękawiczki i wiąże tasiemki fartucha jałowymi rękami.



Ryc. 5.8 a-f. Zakładanie odzieży ochronnej.

- W czasie wiązania góry fartucha przez pielęgniarkę pomagającą pielęgniarka instrumentująca:
 - nie dotyka zewnętrznej powierzchni fartucha,
 - nie podciąga do góry rękawów,
 - nie dotyka pozostałej bielizny operacyjnej.
- W czasie działań pielęgniarstwa nie dotyka się fartuchem niejałowego sprzętu i ścian.
- Fartuchy wielorazowego użytku bezpośrednio po zabiegu umieszcza się w workach foliowych, które są wywożone poza obręb bloku operacyjnego i przekazywane do pralni. Skraca się maksymalnie czas gromadzenia odpadów zakaźnych w sali, w której wykonuje się aseptyczne zabiegi.
- Fartuchy jednorazowego użytku bezpośrednio po zabiegu umieszcza się w workach foliowych, wywożonych poza obręb bloku operacyjnego i przekazywanych do unieszkodliwienia.

Uwaga. Przystępując do nałożenia jałowego fartucha, należy pamiętać, że ręce są tylko zdezynfekowane, a nie jałowe.

5.6.8

Zakładanie czepca przeciw wszawicy [•]

Nazwa zabiegu

Czepiec przeciw wszawicy.

Istota i cel

Istotą zabiegu jest nałożenie na włosy środka owadobójczego i czepca w celu zlikwidowania wszy i gniid.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka:

- Wykonuje zabieg samodzielnie.
- Ma wiedzę i umiejętności.
- Przygotowuje pacjenta psychicznie i fizycznie.
- Ocenia stan skóry głowy.
- Dobiera środek owadobójczy.
- Wykonuje próbę uczuleniową przed zastosowaniem środka owadobójczego.
- Zna zalecenia producenta co do stosowania środka owadobójczego.
- Dobiera technikę wykonania.
- Zna niebezpieczeństwa, które mogą wyniknąć podczas zabiegu i umie im zapobiec.
- Wyrażenie zgody na zabieg przez pacjenta.
- Zapewnienie pacjentowi intymności i zachowanie tajemnicy zawodowej.

Przygotowanie pacjenta

Przygotowanie sprzętu

Sposób wykonania. Algorytm

- Wyjaśnienie celu i istoty zabiegu oraz czasu trwania.
 - Ustalenie z pacjentem miejsca wykonania (pokój pacjenta, łazienka).
 - Ustalenie pozycji w zależności od stanu pacjenta:
 - siedzącej w łóżku, siedzącej na krześle w pokoju pacjenta,
 - siedzącej w łazience,
 - półwysokiej, wysokiej, na wznak (płaskiej) w łóżku.
 - Ocena stanu skóry głowy.
 - Zabezpieczenie zadrapanych miejsc linomagiem, maścią witaminową.
 - Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania swoich odczuć w trakcie nakładania środka owadobójczego: pieczenia skóry, bólu i pieczenia miejsc uszkodzonych na skórze głowy.
 - Ustalenie sposobu, miejsca mycia włosów i skóry głowy.
 - Dobranie rodzaju szamponu do upodobań pacjenta, uwzględniając rodzaj skóry i rodzaj włosów.
 - Sprzęt i materiały stosowane do zabiegu powinny być jednorazowe. Środek owadobójczy przygotowuje się wg zaleceń producenta, np. Deritol, Owanol: buteleczkę wstawić do miseczki z ciepłą wodą o temperaturze 37°C.
 - Waciki, duża warstwa waty (w słoju) dostosowana wielkością do owłosionej powierzchni głowy i chusty jednorazowe, dwie pelerynki jednorazowe do osłonięcia ramion (duże 1 × 1 m), pozwalające osłonić z przodu klatkę piersiową i kolana, z tyłu ramiona i plecy).
 - Folia plastikowa lub ceratka.
 - Czepek ceratowy, foliowy.
 - Pojemnik na odpadki (zużyte waciki).
 - Wazelina z łopatką.
 - Krem.
 - Grzebień.
 - Zapinki do włosów (jeżeli włosy są długie).
 - Chusteczka ozdobna (jeżeli nie stosuje się innego materiału, np. czepka fryzjerskiego) do dyskretnego zamaskowania czepca.
 - Dwie miski nerkowate.
 - Pojemnik ok. 5–10 l z 3% chloraminą.
1. Załóż rękawiczki.
 2. Podłóż pacjentowi chustę osłaniającą jednorazową na ramiona i barki (wokół szyi) lub pelerynkę.
 3. Rozdzielaj grzebieniem pasemka włosów od strony dalszej.
 4. Zwilżaj każde pasemko wacikiem nasączonym środkiem owadobójczym.

5. Odrzucaj waciki po każdym nawilżeniu pasemka włosów.
6. Przejdź do strony bliższej głowy.
7. Rozdziel pasemka włosów i nawilż włosy wacikiem ze środkiem owadobójczym.
8. Odrzucaj waciki do miski nerkowatej po każdym nawilżeniu pasemka włosów.
9. Sprawdź efekt nawilżenia wszystkich włosów.
10. Upnij włosy, jeżeli są długie.
11. Pokryj dokładnie i szczelnie włosy jednolitym płatem waty.
12. Załóż na warstwę waty folię, z ominięciem uszu.
13. Nałóż chustę jednorazową na folię.
14. Schowaj dokładnie kosmyki włosów pod warstwę czepca.
15. Nabierz wazelinę na wacik.
16. Nawazelinuj skórę wokół głowy na granicy chusteczki.
17. Zastosuj pasemka z waty i utkaj szczelnie pasemkami przestrzeń wokół głowy, pod chustę lub folię.
18. Zastosuj, po zabezpieczeniu czepca, czepek foliowy fryzjerski bądź chustkę, szal ozdobny na założony czepiec (sposób maskujący czepiec).
19. Zdejmij chustę z ramion.
20. Włóż do pojemnika z 3% chloraminą przybory z chustą ochronną.
21. Umyj higienicznie ręce.
22. Utrzymaj czepiec na okres 2–2,5 h w zależności od środka owadobójczego, zgodnie z instrukcją.
23. Załóż ponownie rękawiczki.
24. Zdejmij czepiec jednym sprawnym ruchem.
25. Umyj pacjentowi włosy.
26. Spłucz włosy wodą z octem (na 1 l ciepłej wody dodać 1 łyżkę octu naturalnego 6%) — ocet powoduje pęknięcie otoczki chitynowej gmid.
27. Zabezpiecz ramiona pacjenta jednorazową chustą z fazeliny.
28. Szczesz włosy gęstym grzebieniem (usuwanie gmid).
29. Włóż przybory (grzebień, chusta ochronna, ręcznik jednorazowy, rękawiczki) do pojemnika z 3% chloraminą w celu dezynfekcji.
30. Uczesz włosy wg upodobań pacjenta.
31. Umyj ręce higienicznie.
32. Potwierdź wykonanie zabiegu w dokumentacji pacjenta.

Obowiązujące zasady

- Przestrzeganie praw pacjenta do wyrażenia zgody na zabieg, do intymności i zachowania tajemnicy zawodowej.

- Poznanie zaleceń producenta przed zastosowaniem środka owadobójczego.
- Wykonanie próby uczuleniowej przed zabiegiem, smarując skórę za uchem pacjenta wacikiem nasączonym płynem owadobójczym.
- Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa.
- Niezalanie oczu, nosa, uszu pacjenta.
- Dostateczne nasączenie włosów płynem owadobójczym.
- Zabezpieczenie włosów przed wysychaniem, parowaniem, stosowanie ustalonych warstw oraz tzw. uszczelnienia.
- Przestrzeganie czasu działania.
- Wykonywanie zabiegu w rękawiczkach.
- Dezynfekowanie materiału i sprzętu po zdjęciu czepca, szesanie włosów po umyciu.
- Umycie włosów pacjenta po zdjęciu czepca.
- Szczesywanie włosów po umyciu gęstym grzebieniem.
- Ocena skuteczności zabiegu.
- Zaplanowanie powtórzenia zabiegu w celu całkowitego zniszczenia insektów (po 6–7 dniach).

Zadania sprawdzające

1. Chirurgiczne mycie rąk ma na celu:
 - a) usunięcie i zniszczenie flory przejściowej
 - b) obniżenie do minimum koncentracji flory stałej
 - c) usunięcie substancji organicznych i brudu
 - d) usunięcie i zniszczenie flory przejściowej i obniżenie do minimum flory stałej
 Podkreśl właściwą odpowiedź.
2. Zalecaną techniką mycia i dezynfekcji rąk jest metoda Ayliffe ze względu na to, że:
 - a) trwa odpowiednio długo
 - b) nie wywołuje uszkodzeń skóry
 - c) nie pomija się żadnych obszarów ręki
 - d) wszystkie powyższe
 Podkreśl właściwą odpowiedź.
3. W warunkach pracy w szpitalu stosuje się odzież ochronną, ponieważ:
 - a) chroni pacjenta i pielęgniarkę przed ryzykiem zakażenia
 - b) chroni personel medyczny przed ryzykiem zakażenia
 - c) daje poczucie bezpieczeństwa pielęgniarce
 - d) zapewnia bezpieczeństwo pacjentowi
 Podkreśl właściwą odpowiedź.

4. Wyjaśnij, dlaczego po wykonaniu iniekcji dożyłnej niszczymy rękawice ochronne.
5. W celu odkażenia rąk preparatem antyseptycznym, np. Spitaderm,
 - a) płuczemy dokładnie ręce i wcieramy preparat
 - b) myjemy higienicznie ręce
 - c) wycieramy jednorazowym ręcznikiem po wtarciu preparatu
 - d) wcieramy preparat aż do wyschnięcia
 Wybierz prawidłową odpowiedź.
6. Strzykawkę, którą pobierano krew do badania diagnostycznego, wyrzucisz do:
 - a) pojemnika przeznaczonego na odpady komunalne
 - b) pojemnika na odpady zakaźne
 - c) pojemnika na odpady specjalne
 - d) pojemnika na odpady zakaźne albo specjalne
 Podkreśl prawidłową odpowiedź.
7. W celu umycia narzędzi po wykonaniu opatrunku rany pooperacyjnej:
 - a) nałożysz jałowe rękawiczki
 - b) nałożysz czyste lateksowe rękawiczki
 - c) nałożysz grube gumowe rękawiczki
 - d) nie musisz nakładać rękawiczek
 Podkreśl prawidłową odpowiedź.
8. Proces przygotowania narzędzi do sterylizacji polega na:
 - a) dokładnym oczyszczeniu i osuszeniu narzędzi
 - b) dezynfekcji i osuszeniu narzędzi
 - c) oczyszczeniu, osuszeniu i opakowaniu narzędzi
 - d) dokładnym myciu, dezynfekcji, osuszeniu i opakowaniu narzędzi
 Podkreśl prawidłową odpowiedź.
9. Dezynfekcja właściwa ma na celu:
 - a) zniszczenie liczby drobnoustrojów pozostałych po wstępnej dezynfekcji
 - b) zniszczenie drobnoustrojów nabytych podczas mycia
 - c) przygotowanie narzędzi do sterylizacji, zwłaszcza gdy stosuje się mycie ręczne
 - d) wszystkie powyższe
 Podkreśl prawidłową odpowiedź.
10. Wyjaśnij, na czym polega kontrola narzędzi przygotowanych do sterylizacji.
11. Czyste rękawiczki lateksowe:
 - a) przeznaczone są do jednorazowego użytku do zabiegów nieaseptycznych
 - b) można wykorzystać wielokrotnie pod warunkiem umycia i zdezynfekowania
 - c) są idealne do mycia i czyszczenia zanieczyszczonych narzędzi
 - d) przeznaczone są do jednorazowego użytku do zabiegów aseptycznych
 Podkreśl prawidłową odpowiedź.
12. Wyjaśnij, co rozumiesz pod pojęciem „materiał zakaźny”.
13. Wymień sposoby zmniejszające ryzyko przeniesienia zakażeń szpitalnych za pomocą rąk.
14. Narzędzia zanieczyszczone płynami ustrojowymi umyjesz:
 - a) pod strumieniem bieżącej, gorącej wody
 - b) w misce przeznaczonej do tego celu w wodzie stojącej

- c) pod strumieniem bieżącej chłodnej lub letniej wody
 - d) wszystkie powyższe
- Podkreśl prawidłową odpowiedź i uzasadnij wybór.

15. Jakie informacje umieścisz na etykiecie, w którą zaopatrzysz pakiet z materiałem opatrunkowym przed oddaniem do sterylizacji?

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Opracuj projekt monitorowania pracy pielęgniarek przygotowujących narzędzia do sterylizacji. Skoncentruj uwagę na przebiegu etapu dezynfekcji i oczyszczania.
2. Zbierz informacje, jaką odzież ochronną zakładają pielęgniarki na oddziałach szpitala, w przychodni przed wykonaniem dezynfekcji. Oceń, czy odpowiada to wymaganiom sanitarno-epidemiologicznym.
3. Omów możliwe skutki nieodpowiedniego postępowania z materiałem zakaźnym.
4. Zbierz informacje, jak postępują z materiałem zakaźnym pielęgniarki na wybranym oddziale szpitala.
5. Opracuj projekt przygotowania materiału opatrunkowego do sterylizacji na potrzeby pielęgniarki wykonującej opatrunki na oddziale chirurgii ogólnej.
6. Ustal przyczyny pomijania przez pielęgniarki pewnych obszarów dłoni podczas mycia i dezynfekcji rąk. Wspólnie z koleżankami dokonaj analizy tego zjawiska.
7. Na podstawie rozdziału „Procedura zakładania jałowego fartucha operacyjnego wiązanego z boku” zaproponuj modyfikację tego postępowania w przypadku fartucha wiązanego z tyłu.
8. Opierając się na opisanej procedurze i algorytmie załóż fartuch ochronny.
9. Spróbuj ocenić stopień przestrzegania mycia higienicznego rąk przez personel medyczny uwzględniając wskazanie do tego zabiegu.
10. Prześledź etapy przygotowania sprzętu do sterylizacji i metody sterylizacji w centralnych sterylizatorniach placówek, w których odbywasz zajęcia praktyczne.
11. Zbierz informacje na wybranych oddziałach szpitala i oceń, w jakim stopniu wdrażany jest program profilaktyki zakażeń szpitalnych.
12. Na podstawie procedury wykonaj higieniczne mycie rąk.
13. Jakie preparaty antyseptyczne są stosowane do higienicznego mycia rąk w kilku wybranych oddziałach szpitala? Oceń, czy ilość preparatu pobierana do odkażania rąk oraz czas trwania jest zgodny z instrukcją producenta.
14. Na podstawie procedury wykonaj chirurgiczne mycie rąk.
15. Zbierz informacje, jakie środki przeciwwszawicze są dostępne w aptekach.
16. Załóż jałowe rękawiczki, posługując się opisaną procedurą.

17. Załóż jałowe rękawiczki i pomóż innej osobie założyć również jałowe rękawiczki.
18. Przygotuj do sterylizacji pakiet z materiałem opatrunkowym do wykorzystania podczas zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego u kobiety.
19. Przygotuj do sterylizacji pakiet z materiałem opatrunkowym do zabiegu operacyjnego.
20. Zbierz informacje, na wybranym oddziale szpitalnym, jak oznakowane są pakiety z narzędziami przed oddaniem do sterylizacji. Oceń, czy oznakowanie odpowiada wymaganiom.

Literatura

- Bedlicki M., Kutaj-Wąsikowska M.*: Procedury higieniczne. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1999.
- Brożek Z.*: Wstrzyknięcia i wlewy dożylnie. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1995.
- Bulanda M., Heczko P.*: Kontrola zakażeń szpitalnych. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, Kraków 1996.
- Ciurus M. J.*: Pielęgniarstwo operacyjne. Adi, Łódź 1998.
- Ciurus M. J.*: Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych a jakość usług medycznych. Adi, Łódź 1999.
- Dz.Urz. Nr 11 MZiOS z dnia 5.10.1996 r.
- Marcinkowski T.* (red.): Podstawy higieny. Volumed, Wrocław 1997.
- Majda A., Zahradniczek K.*: Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. W: Pielęgniarstwo. Podręcznik dla szkół medycznych (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
- Piegoti G.* (red.): Wybrane zagadnienia z tematyki zakażeń szpitalnych. Materiały szkoleniowe dla pielęgniarek, Warszawa 1996.
- Preparaty dezynfekcyjne przeznaczone do stosowania w zakładach opieki zdrowotnej. Informacja VII. Wydawnictwa Medyczne, PZH 1996.
- Puchacz E., Chrościecki A., Górczyński R., Terlecki P.*: Analiza zakażeń ran operacyjnych na oddziale chirurgicznym. W: Materiały z V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych. Lublin, 25–26 września 1998.
- Sterylizacja. Toruńskie Zakłady Materiałów Handlowych S.A. Poradnik Handlowy, wrzesień 1999.
- Vogel A., Wodniaschke G.*: Pielęgniowanie chorego w domu. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1993.

Zadania problemowe do rozdziału 5

1. Przystępujesz do konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej nowo tworzonego oddziału niemowlęcego. Komisja zadaje Ci pytanie: jak zorganizujesz pobyt dzieci, zapewniając im bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne? Zaproponuj odpowiedź z argumentacją.
2. Jesteś pielęgniarką opatrunkową na oddziale urologii. Opracuj plan wykonywania opatrunków:
 - a) w przypadku jednej sali opatrunkowej,
 - b) w przypadku wykonywania opatrunków w salach chorych.
3. Opracuj poradnik dla pacjenta z przerostem gruczołu krokowego, z cewnikiem na stałe. Pacjent przebywa w domu. Jak powinien pielęgnować i postępować z systemem odpływu moczu, aby zapobiec zakażeniu układu moczowego.

4. Przestuduj literaturę na temat zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby typu E. Opracuj konspekt do celów doskonalenia pielęgniarek, jak powinny postępować, aby uchronić się przed zakażeniem.
5. Pacjentka lat 75 po operacji złamania szyjki kości udowej wypisywana jest do domu. Udziel rad i wskazówek rodzinie i samej pacjentce, jak zorganizować bezpieczne dla niej otoczenie w domu.
6. Wybierz sposób mycia rąk przed wykonaniem toalety drzewa oskrzelowego u pacjenta w wieku 65 lat. Wyjaśnij swoją decyzję.
7. Pielęgniarka instrumentariuszka ubrała się do zabiegu operacyjnego w tradycyjny fartuch wiązany z tyłu. W czasie operacji wykonuje niezbędne ruchy ciałem w kierunku pola operacyjnego, stolika z narzędziami oraz zespołu operacyjnego. Przedstaw, co powinna zrobić w danej sytuacji, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi, i jak powinna ustawić się prawidłowo do instrumentowania.
8. Pogotowie ratunkowe przywoziło do izby urazowej szpitala pacjenta z wypadku ulicznego z zabezpieczonymi urazami i krwawieniami. Przedstaw procedurę postępowania z materiałem opatrunkowym i narzędziami w trakcie zaopatrywania ran oraz po wykonaniu czynności ratowniczych.

Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 5

Podrozdział 5.5

- 1) d
- 2) b
- 3) długotrwała intubacja, tracheostomia, kaniulacja dużych naczyń, stałe cewnikowanie pacjenta
- 4) bakteryjną, rąk personelu
- 5) d
- 6) d
- 7) a
- 8) e
- 9) e
- 10) d
- 11) a
- 12) 2 b c d
- 13) 1 a b c
- 14) 3 a b c d
- 15) – prawo do informacji w sposób odpowiedni do wieku i możliwości pojmowania
– prawo do zabawy, odpoczynku i nauki

- prawo, aby w czasie hospitalizacji przebywali rodzice lub opiekunowie
 - prawo do intymności i poszanowania godności
 - prawo do świadomego uczestnictwa w decyzjach opieki
- Odpowiedzi na zadania od numeru 16 do numeru 30 znajdzie czytelnik w tekście i polecanej literaturze.

- 30) c
- 31) a
- 32) d
- 33) d
- 34) a
- 35) a
- 36) b
- 37) c
- 38) d
- 39) c
- 40) e
- 41) d

Podrozdział 5.6

- 1) d
- 2) c
- 3) a
- 4) odpowiedź znajduje się w treści rozdziału 5
- 5) d
- 6) b
- 7) c
- 8) d
- 9) d
- 10) odpowiedź znajduje się w treści rozdziału 5
- 11) a
- 12) odpowiedź znajduje się w treści rozdziału 5
- 13) odpowiedź znajduje się w treści rozdziału 5
- 14) c
- 15) odpowiedź znajduje się w treści rozdziału 5

Rozdział 6

UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W PROCESIE DIAGNOZOWANIA

- 6.1. Cele rozdziału — *Ewa Łoś, Anna Felińska*
- 6.2. Kluczowe słowa, pojęcia — *Ewa Łoś, Anna Felińska*
- 6.3. Zadania pielęgniarki i zasady postępowania w procesie diagnozowania pacjenta — *Ewa Łoś, Anna Felińska*
- 6.4. Ocena podstawowych czynności życiowych — *Ewa Łoś*
 - 6.4.1. Zakres oceny, stosowane metody i techniki
 - 6.4.1.1. Oddychanie
 - 6.4.1.2. Krążenie
 - 6.4.1.3. Termoregulacja
 - 6.4.1.4. Stan świadomości
 - 6.4.2. Procedury i algorytmy stosowane w ocenie podstawowych czynności życiowych
 - 6.4.2.1. Pomiar i obserwacja oddechu
 - 6.4.2.2. Pomiar i obserwacja tętna
 - 6.4.2.3. Pomiar ciśnienia tętniczego
 - 6.4.2.4. Pomiar temperatury ciała
 - 6.4.2.5. Ocena stanu świadomości
- Zadania sprawdzające
- Zadania do samodzielnego wykonania
- Literatura
- 6.5. Ocena stanu ogólnego — *Ewa Łoś*
 - 6.5.1. Zakres oceny, stosowane metody
 - 6.5.1.1. Ocena masy ciała i wzrostu
 - 6.5.1.2. Ocena narządu wzroku i słuchu
 - 6.5.1.3. Ocena stanu układu kostno-stawowo-mięśniowego
 - 6.5.1.4. Ocena aktywności
 - 6.5.1.5. Ocena stanu skóry i włosów
 - 6.5.1.6. Ocena stanu jamy ustnej
 - 6.5.2. Procedury i algorytmy służące do oceny stanu ogólnego
 - 6.5.2.1. Ocena masy ciała
 - 6.5.2.2. Ocena wzrostu
 - 6.5.2.3. Ocena słuchu
 - 6.5.2.4. Ocena ostrości wzroku
 - 6.5.2.5. Ocena zakresu wykonywanych ruchów
 - 6.5.2.6. Ocena koordynacji ruchowej

- 6.5.2.7. Ocena równowagi ciała
- 6.5.2.8. Ocena napięcia mięśniowego
- 6.5.2.9. Ocena reakcji odruchowej
- 6.5.2.10. Ocena stanu powłok skórnych i włosów
- 6.5.2.11. Ocena stanu jamy ustnej i narządu żucia

Zadania sprawdzające

Zadania do samodzielnego wykonania

Literatura

6.6. Zadania pielęgniarki w zakresie wykonywania badań i pobierania materiału do badań laboratoryjnych — *Anna Felińska*

6.6.1. Procedury i algorytmy pobierania materiału do badań

- 6.6.1.1. Pobieranie krwi do badań
- 6.6.1.2. Pomiar glukozy we krwi
- 6.6.1.3. Badanie krwi na OB
- 6.6.1.4. Badanie ogólne moczu
- 6.6.1.5. Pobranie moczu na posiew
- 6.6.1.6. Dobowa zbiórka moczu
- 6.6.1.7. Bilans płynów
- 6.6.1.8. Pobranie kału do badania na krew utajoną
- 6.6.1.9. Pobranie kału do stwierdzenia obecności jaj pasożytów
- 6.6.1.10. Wymaz z nosa
- 6.6.1.11. Wymaz z gardła
- 6.6.1.12. Zglębniowanie żołądka

6.7. Zadania pielęgniarki w zakresie wykonywania badań specjalistycznych — *Anna Felińska*

6.7.1. Procedury i algorytmy wykonywania badań specjalistycznych inwazyjnych

- 6.7.1.1. Badanie proktologiczne
- 6.7.1.2. Badanie ginekologiczne
- 6.7.1.3. Gastroskopia
- 6.7.1.4. Kolonoskopia
- 6.7.1.5. Rektoskopia
- 6.7.1.6. Laparoscopia
- 6.7.1.7. Bronchoskopia
- 6.7.1.8. Nakłucie jamy opłucnej
- 6.7.1.9. Nakłucie jamy brzusznej
- 6.7.1.10. Pobranie szpiku kostnego
- 6.7.1.11. Nakłucie łądźwiowe
- 6.7.1.12. Scyntygrafia
- 6.7.1.13. Tomografia komputerowa
- 6.7.1.14. Angiografia

6.7.2. Procedury i algorytmy wykonywania badań specjalistycznych nieinwazyjnych

- 6.7.2.1. Spirometria
 - 6.7.2.2. Ultrasonografia
 - 6.7.2.3. Rezonans magnetyczny
 - 6.7.2.4. Elektrokardiografia
- Zadania sprawdzające
Zadania do samodzielnego wykonania
Literatura

Zadania problemowe do rozdziału 6

Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 6

6.1

Cele rozdziału

Ewa Łoś, Anna Felińska

Po zapoznaniu się z treścią rozdziału uczący się:

- Wymieni zasady oceniania stanu podmiotu opieki.
- Określi udział pielęgniarki w ocenie podstawowych czynności życiowych.
- Scharakteryzuje sposoby dokonywania pomiarów i obserwacji podstawowych czynności życiowych.
- Dokona pomiarów i obserwacji podstawowych czynności życiowych.
- Scharakteryzuje zakres oceny stanu ogólnego podmiotu opieki.
- Określi zadania i kompetencje pielęgniarki w zakresie wykonania badań i zabiegów diagnostycznych specjalistycznych.
- Uzasadni konieczność przygotowania pacjenta do badań specjalistycznych, pozyskiwania jego współpracy w czasie całego procesu diagnostycznego.

6.2

Kluczowe słowa, pojęcia

Ewa Łoś, Anna Felińska

Badanie laboratoryjne

Badanie specjalistyczne inwazyjne, nieinwazyjne

Bilans płynów

Bradykardia

Ciśnienie krwi

Endoscopia

Hipertermia

Hipotermia

Hipertonia

Hipotonia

Hiperwentylacja

Hipowentylacja

Nakłucie jam ciała

Ocena, ocenianie

Ocena stanu

Ocena podstawowych czynności życiowych

Oglądanie
Stan podmiotu opieki
Stan świadomości
Tętno
Wymaz
Wziernikowanie

6.3

Zadania pielęgniarki i zasady postępowania w procesie diagnozowania pacjenta

Ewa Łoś, Anna Felińska

Zadania pielęgniarki w procesie diagnozowania uregulowane są przepisami zawartymi w ustawach i rozporządzeniach. Akty prawne regulujące pracę pielęgniarki to:

- Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. (DzU z 2001 r. Nr 57, poz. 602, zmiany: DzU 01.89, DzU 01.969, DzU 03.109.1029, DzU 04.19.177, DzU 04.92.885, DzU 04.173.1808) o zawodach pielęgniarki i położnej.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie.

Ustawa określa zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki. Z zapisów ustawy wynika (art. 2), że jest to zawód samodzielny.

W myśl Ustawy wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę mającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, **diagnostycznych**, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocyjnego zdrowia (art. 4.1).

Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określił w drodze rozporządzenia rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, uwzględniając w szczególności: rodzaj świadczeń, do których udzielania wymagane są dodatkowe kwalifikacje uzyskane w toku kształcenia podyplomowego, wraz z określeniem tych kwalifikacji, rodzaje materiałów pobieranych do celów diagnostycznych, wykaz badań diagnostycznych do przeprowadzenia oraz wykaz leków, do których podawania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego jest uprawniona pielęgniarka i położna (art. 6.3).

W myśl rozporządzenia pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń diagnostycznych obejmujących:

- wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- wykonywanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- kierowanie na badania diagnostyczne i (lub) pobieranie materiałów do badań diagnostycznych, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa (patrz zakres badań, tab. 6.1),
- kierowanie na badania i (lub) pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny), pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- wykonywanie testów diagnostycznych do oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu,
- oznaczanie glikemii za pomocą glukometru,
- wykonywanie badań przesiewowych oraz kierowanie do lekarzy, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania lub w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego (rodzinnego),
- wykonywanie EKG, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- wykonywanie pulsoksymetrii,
- wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnometrii), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,
- ocenę wydolności oddechowej metodą spirometrii,
- wstępną ocenę ciężkości urazów i organizację bezpiecznego transportu chorego,
- ocenę stopnia i powierzchni oparzeń oraz podjęcie działań leczniczych w ramach pomocy przedlekarskiej, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- ocenę stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji), pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- ocenę poziomu znieczulenia pacjenta oraz relaksometrię, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,
- prowadzenie bilansu wodnego,
- ocenę stopnia przewodnienia pacjenta dializowanego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- ocenę i monitorowanie bólu oraz innych objawów u przewlekle chorych objętych opieką paliatywną oraz ocenę wydolności fizycznej chorego, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego,
- ocenę jakości życia chorego objętego opieką paliatywną, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

W Ustawie szczegółowo określono kompetencje pielęgniarki w procesie diagnozowania, wskazując na badania, które może wykonywać pielęgniarka z podstawowym wykształceniem zawodowym i takie, do których wykonywania niezbędne jest ukończenie kursu kwalifikacyjnego albo uzyskanie specjalizacji.

Tabela 6.1. Rodzaje materiałów pobieranych do celów diagnostycznych i rodzaje badań diagnostycznych (załącznik nr 1 do rozporządzenia)

Rodzaj materiału	Rodzaj badania
Krew	morfologia OB glukoza jonogram mocznik kreatynina cholesterol Hb czas krzepnięcia* obecność HCV, HIV*
Mocz	badanie ogólne
Kał	Pasożyty krew
Plwocina	BK

* Dotyczy wyłącznie chorych dializowanych.

Zasady postępowania w procesie diagnozowania pacjenta

Realizując zadania, w procesie diagnozowania pielęgniarka zobowiązana jest do przestrzegania następujących zasad:

- wykonywanie działań zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
- uzyskanie od lekarza informacji o proponowanych metodach diagnostycznych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- wykonywanie działań zgodnie z umiejętnościami zawodowymi,
- informowanie pacjenta o jego prawach,
- aktywizowanie pacjenta do uczestnictwa w ocenianiu własnego stanu,
- przestrzeganie procedur i algorytmów postępowania obowiązujących w procesie diagnozowania,
- udzielanie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o procesie diagnozowania, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
- prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej diagnozowania pacjenta (np. karta indywidualnej pielęgnacji),
- udzielanie pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta, wynikającego z procesu diagnozowania, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi,

- zachowanie w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z diagnozowaniem (wyjątki patrz Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej),
- wykonywanie zleceń lekarskich, dotyczących diagnozowania i odnotowanych w dokumentacji medycznej.

6.4 Ocena podstawowych czynności życiowych

Ewa Łoś

6.4.1 Zakres oceny, stosowane metody i techniki

Ocena podstawowych czynności życiowych niezbędna jest pielęgniarce do ustalenia stanu pacjenta, określenia sprawności funkcjonowania poszczególnych układów i narządów, podjęcia działań zmierzających do utrzymania lub zmiany rozpoznanego stanu.

Oceną mogą być objęte trzy sfery funkcjonowania człowieka, tj. biologiczna, psychiczna, społeczna.

W ocenie biologicznej powinny znaleźć się informacje o prawidłowym lub zaburzonym funkcjonowaniu podstawowych układów: oddechowego, sercowo-naczyniowego (krążenia), nerwowego, pokarmowego, moczowego, płciowego, termoregulacji.

Źródłem danych o pacjencie może być sam pacjent, rodzina lub inne bliskie osoby.

6.4.1.1 Oddychanie

Oddychanie jest procesem mającym na celu zaopatrywanie organizmu w tlen i odprowadzenie dwutlenku węgla będącego końcowym produktem przemiany materii.

Dokonując oceny procesu oddychania należy zwrócić uwagę na:

- częstość oddechów,
- jakość oddechów,
- rytm oddychania,

dokładnie rejestrując wszelkie odchylenia od wartości prawidłowych.

Częstość oddechów

Tabela 6.2. Częstość oddechów

Wiek	Wartości prawidłowe
Noworodek	40-50/min
Małe dziecko	18-25/min
Dorosły	16-20/min

Jakość oddechów

Oddech prawidłowy to oddech:

- regularny,
- równomiernie głęboki,
- wykonywany bez wysiłku,
- wykonywany przez nos,
- bez szmerów,
- bez zapachu (zapachy po spożyciu pokarmów lub używek),
- z równomiernym unoszeniem i opadaniem boków klatki piersiowej,
- z unoszeniem klatki piersiowej podczas wdechu.

W warunkach patologicznych można obserwować zmiany w oddychaniu, takie jak:

- oddech zwolniony,
- nadmierna wentylacja płuc (*hiperwentylacja*),
- zmniejszona wentylacja płuc (*hipowentylacja*),
- bezdech,
- duszność wydechowa,
- duszność wdechowa,
- oddychanie wysiłkowe, np. oddechy z udziałem dodatkowych mięśni oddechowych.

Szmary oddechowe słyszalne w czasie oddychania mogą przybierać charakter:

- prawidłowych szmerów oddechowych (oddech prawidłowy),
- świstów (przy zwężeniu dróg oddechowych),
- fureżeń (w astmie oskrzelowej),
- trzeszczeń (w obrzęku płuc).

Woń powietrza wydychanego może być:

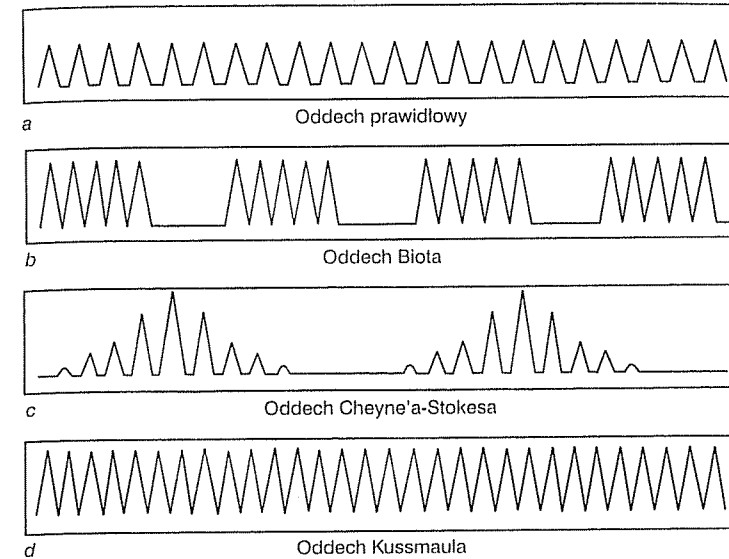
- bez zapachu (oddech prawidłowy),
- o zapachu acetonu,
- o zapachu zgnilizny.

Rytm oddechowy może być typu:

- regularne oddechy — oddech prawidłowy (ryc. 6.1a),
- oddech Biota — po kilku głębokich oddechach następuje krótkotrwałe zatrzymanie oddechu (ryc. 6.1b),
- oddech Cheyne'a-Stokesa — coraz głębsze, a następnie coraz płytsze oddechy, kończące się chwilowym bezdechem (ryc. 6.1c),
- oddech Kussmaula — bardzo głębokie, regularne oddechy z krótkimi okresami bezdechu (ryc. 6.1d),
- oddech paradoksalny — klatka piersiowa utośni się podczas wydechu.

Duszność

Jest objawem subiektywnym polegającym na uczuciu braku powietrza. Objawem duszności jest wzmożona praca dodatkowych mięśni oddechowych, przyjmowanie pionowej pozycji ciała, świst oddechowy (stridor), sinica, niepokój pacjenta.



Ryc. 6.1. Rodzaje oddechów.

Tabela 6.3. Przyczyny duszności

Przyczyny duszności	Rodzaj zmiany
Zmiany w układzie krążenia	Oslabienie pracy lewej komory, co powoduje zaleganie krwi w płucach Niewydolność krążenia, w której zwalnia się przepływ krwi, co powoduje niedotlenienie komórek: <ul style="list-style-type: none"> • duszność wysiłkowa • duszność spoczynkowa
Zmiany w układzie oddechowym	Niedrożność dróg oddechowych Uraz klatki piersiowej (odma, złamanie żeber) Zmniejszenie powierzchni oddechowej (zapalenie płuc, obrzęk płuc) Zwiększenie oporu w drogach oddechowych (zwężenie oskrzeli)

Sinica

Jest to niebieskie lub sinoczerwone zabarwienie skóry i błon śluzowych spowodowane zwiększoną zawartością hemoglobiny zredukowanej we krwi włośniczkowej.

Wyróżnia się sinicę:

1. Z powodu upośledzenia wymiany gazowej w płucach (sinica centralna lub oddechowa).

2. Spowodowaną mieszaną się krwi tętniczej z krwią żylną (wrodzone wady serca).
3. Spowodowaną zwolnionym przepływem krwi w sieci naczyń włosowatych, przyspieszonym zużyciem tlenu (sinica obwodowa).

Sinica pochodzenia sercowego obejmuje dystalne części ciała — tj. palce rąk i nóg, nos, płatki uszu.

Kaszel

Jest odruchem obronnym polegającym na nagłym wydechu przy skurczu mięśni oddechowych i przepływie z gwałtownym wyrzuceniem powietrza z płuc. Obserwując kaszel należy zwrócić uwagę na jego charakter i cechy.

Tabela 6.4. Charakter i cechy kaszlu

Charakter kaszlu	Cechy
Pokaslywanie	Kaszel suchy, urywany, szczełkający
Suchy	Bez odpluwania płwociny Płytki, męczący, bolesny
Głęboki	Napadowy, męczący
Napadowy	Związany z położeniem ciała, spływaniem wydzieliny do oskrzeli, podrażnieniem oskrzeli
Konwulsyjny	Napadowy, kończący się wymiotami, przebiegający z „pianiem”
Chroniczny	O różnym nasileniu, związany z nalogowym paleniem tytoniu
Wilgotny	Połączony z odpluwaniem płwociny

Płwocina

To substancja wyśiękowa, wyjątkowo przesiękowa, odkrztuszana z układu oddechowego.

Tabela 6.5. Charakter i cechy płwociny

Charakter	Cechy
Śluzowa	Bezbarwna, lepka, mało zbita
Śluzowo-ropna	Jw. z domieszką ropy
Ropna	Żółtawa, zbita, o nieprzyjemnym zapachu
Rdzawa	Rdzawe zabarwienie
Pienista	Z krwią lub różowo zabarwiona połączona z dusznością i „graniem w płucach”
Krwioplucie	Z domieszką umiarkowanej ilości krwi
Krwotok z płuc	Odkrztuszanie krwi żywocezerwonej i pianistej

6.4.1.2 Krazenie

Do podstawowych funkcji układu krazenia należy transport i wymiana gazów oddechowych, transport ciepła, substancji odżywczych, końcowych produktów przemiany materii oraz hormonów.

Dzięki swym funkcjom układ krazenia pośredniczy w utrzymaniu stałości środowiska wewnętrznego, czyli homeostazy organizmu. Sprawne pełnienie tych funkcji zależy od przepływu krwi w tkankach i narządach na poziomie dostosowanym do ich zapotrzebowania. **Warunkiem sprawnego przepływu krwi jest prawidłowa czynność serca i naczyń krwionośnych.**

Ocena układu krazenia dotyczy oceny:

- tętna,
- ciśnienia tętniczego krwi,
- występowania obrzęków,
- występowania bólu w klatce piersiowej.

Tętno

Tętno to rytmiczne podnoszenie i zapadanie ścian tętnicy, spowodowane wypełnianiem się tętnicy krwią wyrzucaną z komór podczas skurczu i wzrostem ciśnienia skurczowego. Tętno zależne jest od: akcji serca, objętości krwi, ciśnienia krwi, jakości naczyń tętniczych i zastawek serca.

Ciśnienie tętnicze krwi

Krew krąży w układzie naczyń krwionośnych dzięki ciśnieniu wytwarzanemu w czasie pracy serca. Ciśnienie krwi w tętnicach jest zmienne. Zmienia się pulsacyjnie w czasie cyklicznej pracy serca. Wzrasta w następstwie skurczu serca (ciśnienie skurczowe), maleje zaś przy jego rozkurczu i pauzie (ciśnienie rozkurczowe). Różnica między ciśnieniem skurczowym a rozkurczowym nosi nazwę *amplitudy skurczowo-rozkurczowej* i wynosi 30–50 mm Hg.

Tabela 6.6. Charakterystyka tętna

Cechy tętna	Charakterystyka tętna prawidłowego	Odchylenia chorobowe
Częstość tętna	U płodu 140–160 uderzeń/min U noworodka 130–140 uderzeń/min U rocznego dziecka 110–130 uderzeń/min U dorosłych 66–76 uderzeń/min Ulega zwiększeniu: – po wysiłku – w następstwie strachu – po jedzeniu – używkach Ulega zwolnieniu podczas snu oraz u dobrze wytrenowanych sportowców	<ul style="list-style-type: none"> • Tachykardia (częstoskurcz), przyspieszenie ponad 100 uderzeń/min, np. w czasie gorączki, chorób serca • Bradykardia (rzadkoskurcz) poniżej 60 uderzeń/min, np. w przebiegu bloków serca, urazów czaszkowo-mózgowych, zatruc

Cechy tętna	Charakterystyka tętna prawidłowego	Odchylenia chorobowe
Napięcie (siła) tętna	Dobrze wypełnione, dobrze napięte	<ul style="list-style-type: none"> Nitkowane, miękkie, słabo napięte, ledwo wyczuwalne, niewyczuwalne, np. przy spadku ciśnienia tętniczego krwi Twarde, drutowate, silnie napięte, np. w miażdżycy
Rytm (miarowość) tętna	Miarowe — zgodne z cyklem pracy serca (zwalnianie i przyspieszanie podczas oddychania — tzw. niemiaryowość oddechowca)	Niemiaryowość: <ul style="list-style-type: none"> wypadanie tętna niemiaryowość całkowita skurcze dodatkowe częstoskurcz napadowy

Zapamiętaj:

Wysokość ciśnienia zależy od:

- siły skurczowej serca,
- objętości krwi znajdującej się w naczyniach,
- oporów, jakie stwarzają naczynia.

Tabela 6.7. Klasyfikacja ciśnienia tętniczego krwi (mm Hg)

Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe	Kategoria
Wartości prawidłowe		
< 120	< 80	ciśnienie optymalne
120–129	80–84	ciśnienie prawidłowe
130–139	85–89	ciśnienie wysokie prawidłowe
Nadciśnienie tętnicze		
140–159	90–99	stopień 1 — łagodne
160–179	100–109	stopień 2 — umiarkowane
> 180	> 110	stopień 3 — ciężkie

Ciśnienie oznacza się w milimetrach słupa rtęci (mm Hg) lub kilopaskalach (kPa). 7,5 mm Hg = 1,0 kPa.

Obrzęki

Obrzęk to nadmierne gromadzenie się płynu w tkankach.

Obrzęki pochodzenia sercowego (zastoinowe) są spowodowane niewydolnością krążenia (serca). Mogą dotyczyć krążenia płucnego (obrzęk płuc) lub krążenia systemowego (obrzęki w przewlekłej niewydolności prawej komory).

Mogą być utajone (bez objawów klinicznych, a tylko ze zwiększającą się masą ciała) lub jawne.

Obrzęki pochodzenia sercowego umiejscawiają się najczęściej w najniższej położonych częściach ciała (stopy, kostki, podudzia). W nasilonej niewydolności krąże-

nia pojawiają się na udach, brzuchu, dolnych częściach klatki piersiowej, okolicy łądźwiowo-krzyżowej.

Mogą towarzyszyć im przesięki do jam ciała: opłucnej, osierdziowej, otrzewnej.

Ból w klatce piersiowej

Ból wieńcowy najczęściej umiejscawia się za mostkiem, ma charakter bólu rozpierającego, piekącego lub dławiącego. Promieniuje wzdłuż lewej kończyny górnej, do palców. Pojawia się nagle, najczęściej w czasie wysiłku, zmusza chorego do przerwania wykonywanej czynności. Ustępuje po odpoczynku. Charakterystyczny dla dusznicy bolesnej.

Ból zawałowy to silny ból umiejscowiony za mostkiem, rozpierający, piekący, promieniujący do lewego barku, lewej kończyny i żuchwy. Nie ustępuje po odpoczynku.

6.4.1.3

Termoregulacja

Warunkiem prawidłowych czynności ustroju człowieka jest utrzymanie stałej temperatury środowiska wewnętrznego. Jest to możliwe dzięki mechanizmom termoregulacyjnym, które dostosowują ilość ciepła usuwanego z ustroju i wytwarzanego w ustroju do potrzeb bilansu cieplnego.

Dominującym ogniwem mechanizmu termoregulacji jest ośrodek termoregulacji znajdujący się w ośrodkowym układzie nerwowym w podwzgórzcu. Integralnością tego ośrodka jest warunkiem utrzymania homeostazy cieplnej.

Prawidłowa temperatura u człowieka zdrowego wynosi 36–37°C (mierzona w odbycie o 0,5°C wyższa niż pod pachą, mierzona w jamie ustnej o 0,3°C wyższa niż pod pachą). Temperatura ciała człowieka w ciągu doby może ulegać cyklicznym wahaniom wynoszącym od 0,5 do 1°C. Najniższa jest w czasie snu, we wczesnych godzinach rannych, najwyższa we wczesnych godzinach wieczornych. U kobiet temperatura zmienia się w zależności od okresu cyklu jajnikowego — podwyższa się mniej więcej o 0,5°C w czasie owulacji i utrzymuje na podwyższonym poziomie przez drugą połowę cyklu.

Wytwarzanie ciepła w organizmie zależy od:

- podstawowej przemiany materii,
- pracy mięśni szkieletowych w czasie poruszania się,
- czynności przewodu pokarmowego związanej z trawieniem i wchłanianiem pokarmów.

Nadmiar ciepła wytworzonego w organizmie odprowadzany jest na zewnątrz przez skórę, układ oddechowy, przewód pokarmowy (oddechy przyspieszone, rozszerzone naczynia, pocenie się). **Niedobór ciepła** w organizmie uruchamia fizjologiczne mechanizmy zwiększające jego wytwarzanie (zwiążenie naczyń, ograniczone wydalanie potu, przyspieszenie procesów spalania w mięśniach, dreszcze).

Zaburzenia w termoregulacji

Gorączka to podwyższenie temperatury ciała powyżej górnej granicy normy, tj. 37°C.

Jest ona ogólnoustrojowym odczynem na działanie różnorodnych czynników. Wzrost temperatury odbywa się za pośrednictwem ośrodka termoregulacji, który pod wpływem tych czynników przestawia organizm na utrzymywanie wyższej temperatury ciała. Maksymalna temperatura ciała wywołana gorączką, przy której możliwe jest przeżycie, wynosi 42°C.

Ochłodzenie ciała poniżej 28–26°C (hipotermia) może prowadzić do śmierci wskutek porażenia ośrodka oddechowego i naczynioruchowego.

Tabela 6.8. Typy gorączki

Typy gorączki	Wartość w stopniach Celsjusza
Stan podgorączkowy	37,1–37,7
Gorączka lekka	37,8–38,5
Gorączka umiarkowana	38,6–39,0
Gorączka wysoka	39,1–39,9
Gorączka bardzo wysoka	40 i więcej

Tabela 6.9. Typy krzywej gorączkowej

Gorączka ciągła	Niewielkie wahanie dzienne (poniżej 1°C) Utrzymuje się na określonej wysokości przez kilka dni
Gorączka zwalnająca	Większe wahania dzienne (1–2°C) — utrzymuje się przez kilka dni
Gorączka przerywana	Na przemian występuje gorączka i temperatura normalna
Gorączka trawiąca (wyniszczająca) septyczna	Dzienne wahania 2–4°C Występuje przy wysiewach bakterii lub ich toksyn do krwi Często z dreszczami

Tabela 6.10. Objawy towarzyszące gorączce

Objawy gorączki	Charakterystyka
Subiektywne — odczuwane przez pacjenta, podmiotowe	Złe samopoczucie Ból głowy, stawów, mięśni Uczucie gorąca lub zimna Wrażliwość na światło i hałas Pragnienie Suchość w jamie ustnej
Obiektywne — przedmiotowe, możliwe do sprawdzenia, zaobserwowania	Podwyższona temperatura ciała Różnica temperatur między tułowiem a kończynami (kończyny zimne) Twarz biała lub zaczerwieniona (wypieki), ewentualnie pokryta potem Przyspieszone tętno (na każdy 1°C od 10 do 20 uderzeń/min)

cd. tab. 6.10

Objawy gorączki	Charakterystyka
	Zwiększona częstość oddechów i objętość wdechowa Mocz zagęszczony Opryszczka warg Senność lub zaburzenia snu Pobudzenie Ograniczenie świadomości (gorączkowe stany majaczenia) Dreszcze Suchość jamy ustnej Błyszczące oczy Język pokryty białym nalotem

Tabela 6.11. Sposób narastania gorączki

Powolny	Trwa kilka dni Każdego następnego dnia temperatura jest wyższa od temperatury ciała w dniu poprzednim Osiąga punkt szczytowy, na którym zatrzymuje się
Nagły	Trwa parę godzin Poprzedzona dreszczami

Tabela 6.12. Spadek gorączki

Powolny	Trwa kilka dni, każdego następnego dnia temperatura jest niższa
Gwałtowny (krytyczny)	Temperatura w ciągu kilku godzin spada ze szczytowych wartości do normalnej lub poniżej normalnej (nawet o kilka stopni)

Dreszcze. Niedobór ciepła w organizmie spowodowany przestawieniem się ośrodka termoregulacji na wyższą temperaturę, co wywołuje subiektywne wrażenie zimna. W następstwie drobnych skurczów mięśniowych (dreszczy) wytwarzane jest ciepło i wyrównywane niedobory.

Tabela 6.13. Objawy dreszczy

Subiektywne	Obiektywne
Strach Niepokój Uczucie zimna, następnie gorąca	Rytmiczne drżenie mięśni Dzwonienie zębami Przyspieszenie akcji serca Wzrost temperatury ciała

6.4.1.4

Stan świadomości

Świadomość to zdolność do prawidłowej percepcji (odbierania bodźców i reagowania na nie).

Zaburzenia funkcji psychicznych związanych z ograniczeniem lub zniesieniem prawidłowej percepcji powodują zaburzenia świadomości.

Uwaga. Wyróżnia się ilościowe zaburzenia świadomości, określane potocznie jako zaburzenie przytomności (senność, przymglenie, półśpiączka, śpiączka), oraz jakościowe (wytwórcze) zaburzenia świadomości charakteryzujące się zaburzeniem orientacji autopsychicznej (niemożność podania informacji o własnej osobie) i allopsychicznej (niemożność podania informacji o czasie, miejscu, otoczeniu, sytuacji).

Tabela 6.14. Stan świadomości chorego i zaburzenia stanu świadomości

Stadium	Opis objawów	Czynność motoryczna, czucie	Odruchy	Reakcja źrenic
Pełny kontakt	Właściwe odpowiedzi, szybkie, spontaniczne, zróżnicowana mimika, polecenia natychmiast wykonywane	Ruchy spontaniczne, pełne, odczuwanie lekkiego dotknięcia	Wszystkie obecne	Prawidłowa, obecna
Oszolomienie (odurzenie)	Lekki stopień przyćmienia świadomości, uczucie dużego zmęczenia, spowolnione myślenie, spowolnienie ruchowe, zaburzenia orientacji czasowej i miejscowej, polecenia wykonywane z opóźnieniem. Zawsze można chorego obudzić. Mowa bez związku	Ruchy zwolnione, krótka rozmowa jest możliwa, odczuwanie szczypania, uklucia, ruchy równe z obu stron, polecenia wykonywane w sposób niecelowy	Wszystkie obecne	Obecna
Senność	Dezorientacja, apatia, senność, brak spontanicznych odpowiedzi, zaburzenia mowy, zła artykulacja, mimika niezróżnicowana	Tylko na żądanie, rozmowa niemożliwa, odczuwanie szczypania, uklucia, celowe ruchy obronne w kierunku miejsca bólu	Wszystkie obecne	Obecna
Głęboki sen	Całkowita dezorientacja, stan zbliżony do głębokiego snu, chorego nie można obudzić. Mimika tylko podczas bólu	Reakcja tylko po najsilniejszych bodźcach, np. uklucie, niemożliwy kontakt słowny, niecelowe ruchy obronne w czasie bólu	Obecne	Obecna
Śpiączka	Zaburzenie świadomości, którego nie można przerwać bodźcami zewnętrznymi. Brak nawiązania kontaktu. Podstawowe czynności życiowe, np. oddychanie, mogą być zachowane	Brak jakichkolwiek reakcji spontanicznych. Brak motoryki własnej, brak czucia	Oslabione lub nieobecne	Spowolnione lub nieobecne

6.4.2

Procedury i algorytmy stosowane w ocenie podstawowych czynności życiowych

6.4.2.1

Pomiar i obserwacja oddechu [9]

Nazwa badania

Pomiar oddechów.

Istota i cel

Dokonywanie pomiaru liczby oddechów i obserwacja ich jakości.

Cel — ocena stanu układu oddechowego, procesu oddychania.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka liczy oddechy na specjalne zlecenie lekarza lub bez zlecenia w celu oceny stanu pacjenta.

Przygotowanie pacjenta

Pomiaru dokonuje się bez specjalnego przygotowania, a nawet bez wiedzy pacjenta, podczas wykonywania innych czynności diagnostycznych.

Zapamiętaj:

Wskazana jest możliwie dyskretna obserwacja ruchów oddechowych i ich charakteru.

Sposób wykonania. Algorytm

- Po zbadaniu tętna (lub wykonaniu innego pomiaru) pozostaw rękę na nadgarstku chorego i obserwuj ruchy klatki piersiowej.
- Jeśli to konieczne, połóż rękę na klatce piersiowej lub brzuchu.
- Licz ruchy oddechowe w czasie 1 min.

Zapamiętaj:

Odchylenia od normy należy zgłosić lekarzowi.

Obowiązujące zasady

- Oddechy mierzy się bez wiedzy pacjenta, wdech i wydech określa się jako jeden oddech.
- Zwraca się uwagę na rytm i jakość oddechów.
- Zwraca się uwagę na pracę dodatkowych mięśni oddechowych.
- Słucha się odgłosów przy wdechu i wydechu.

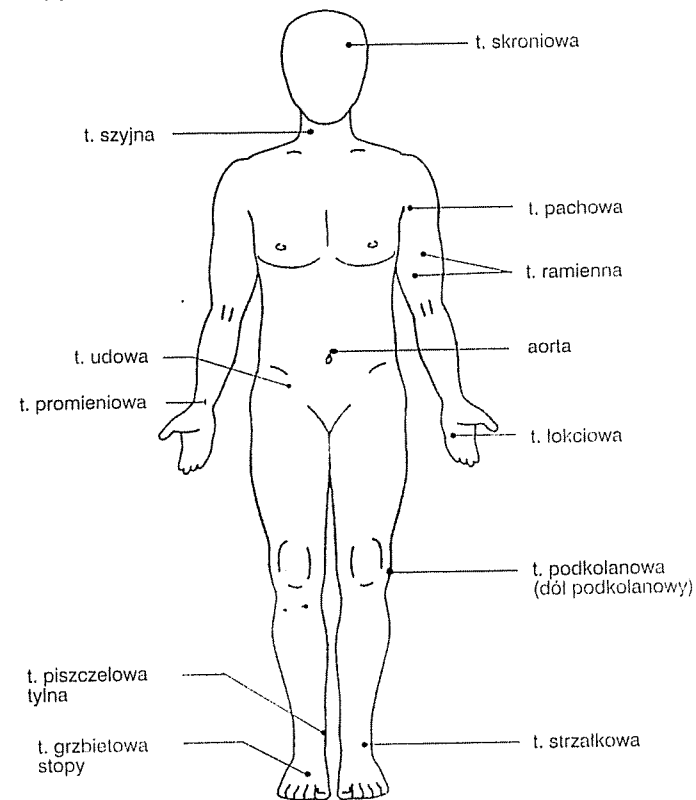
Zapamiętaj:

Liczbę oddechów zapisuje się na karcie gorączkowej, karcie intensywnego nadzoru lub w historii pielęgnowania.

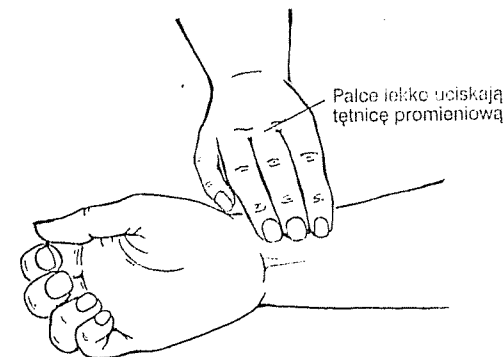
6.4.2.2

Pomiar i obserwacja tętna [●]

<i>Nazwa badania</i>	Pomiar tętna.
<i>Istota i cel</i>	Pomiar wyczuwalnych (spowodowanych przez skurcz serca) uderzeń o ścianę naczynia fali krwi przepływającej przez układ tętniczy. Cel — ocena stanu układu krążenia.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Badanie może być wykonywane bez zlecenia lekarza lub w określonych sytuacjach na zlecenie lekarza. • Pielęgniarka powinna znać cechy tętna prawidłowego, aby w porę rozpoznać nieprawidłowości i przekazać informacje lekarzowi i innym pielęgniarkom. <p>Zapamiętaj: U pacjentów szpitala tętno mierzy się 2 razy dziennie razem z pomiarem temperatury ciała. U ciężko chorych na zlecenie lekarza co 15, 30 min, 1 h.</p>
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	Pacjenta posadzić lub położyć, rękę (przedramię) opręć na koldrze, stoliku lub oparciu fotela. Wskazane, aby pacjent przed badaniem nie wykonywał celowych wysiłków fizycznych i nie był po przejściach emocjonalnych.
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	Zegarek z sekundnikiem lub stoper.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trzema palcami: wskazicielem, środkowym i obrączkowym lekko uciskaj tętnicę (np. promieniową w okolicy nadgarstka) równoległe do jej przebiegu (ryc. 6.3). <p>Zapamiętaj: Kciuk nie powinien obejmować nadgarstka.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jeżeli tętno jest dobrze wyczuwalne, licz uderzenia przez 15 s. <p>Zapamiętaj: Obserwując sekundnik zegarka lub stopera, należy rozpocząć liczenie, gdy wskazówka sekundnika pokaże godzinę 12.00. W przypadku tętna niemiarego liczyć przez 1 min.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Uzyskaną wartość pomnóż przez cztery, jeśli liczyłaś przez 15 s. 4. Określ szybkość, napięcie i rytm tętna. 5. Wartość zapisz na karcie gorączkowej.
<i>Obowiązujące zasady</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Znajomość miejsca badania tętna. <p>Zapamiętaj: Miejsca badania tętna: 1) tętnica skroniowa,</p>



Ryc. 6.2. Miejsca pomiaru tętna.



Ryc. 6.3. Badanie tętna.

- 2) tętnica twarzowa,
- 3) tętnica szyjna,
- 4) tętnica ramienna,
- 5) tętnica promieniowa,
- 6) tętnica łokciowa,
- 7) tętnica udowa,
- 8) tętnica podkolanowa,
- 9) tętnica strzałkowa,
- 10) tętnica grzbietowa stopy (patrz ryc. 6.2).

- Zadbanie, aby w czasie badania pacjent siedział albo leżał, nie był bezpośrednio po wysiłku fizycznym lub po przeżyciach emocjonalnych.
- Tętno mierzy się przez 15 s, a otrzymany (jeśli jest miarowy) wynik mnożyć przez cztery.
- U pacjentów z zaburzeniami rytmu serca tętno mierzy się przez minutę.
- U ciężko chorych sprawdza się tętno co 15–30 min, 1 h lub 2 h (wg zlecenia lekarza).

6.4.2.3

Pomiar ciśnienia tętniczego [●]

<i>Nazwa badania</i>	Pomiar ciśnienia tętniczego na ramieniu.
<i>Istota i cel</i>	<p>Badanie polega na pomiarze (w sposób pośredni) ciśnienia w dużych tętnicach.</p> <p>Cel — diagnostyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciśnienia prawidłowego — okresowe badanie profilaktyczne, • nadciśnienia — kontrola skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego, • niedociśnienia — stanów, w których nagle zmiany ciśnienia mogą być przyczyną odczuwanych przez pacjenta dolegliwości. <p>Zapamiętaj: Zwykle pomiaru dokonuje się osłuchową metodą Riva-Rocciego w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala, raz w tygodniu, raz dziennie, częściej np. co 1 h lub co 15–20 min w: przebiegu nagłego pogorszenia stanu zdrowia, przebiegu ścisłego nadzoru chorego, u chorych otrzymujących leki obniżające ciśnienie, u chorych z chorobami serca. Pomiar wykonywany jest na tętnicy ramiennej lub promieniowej. Zaleca się mierzenie o stałej porze.</p>

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Przygotowanie pacjenta

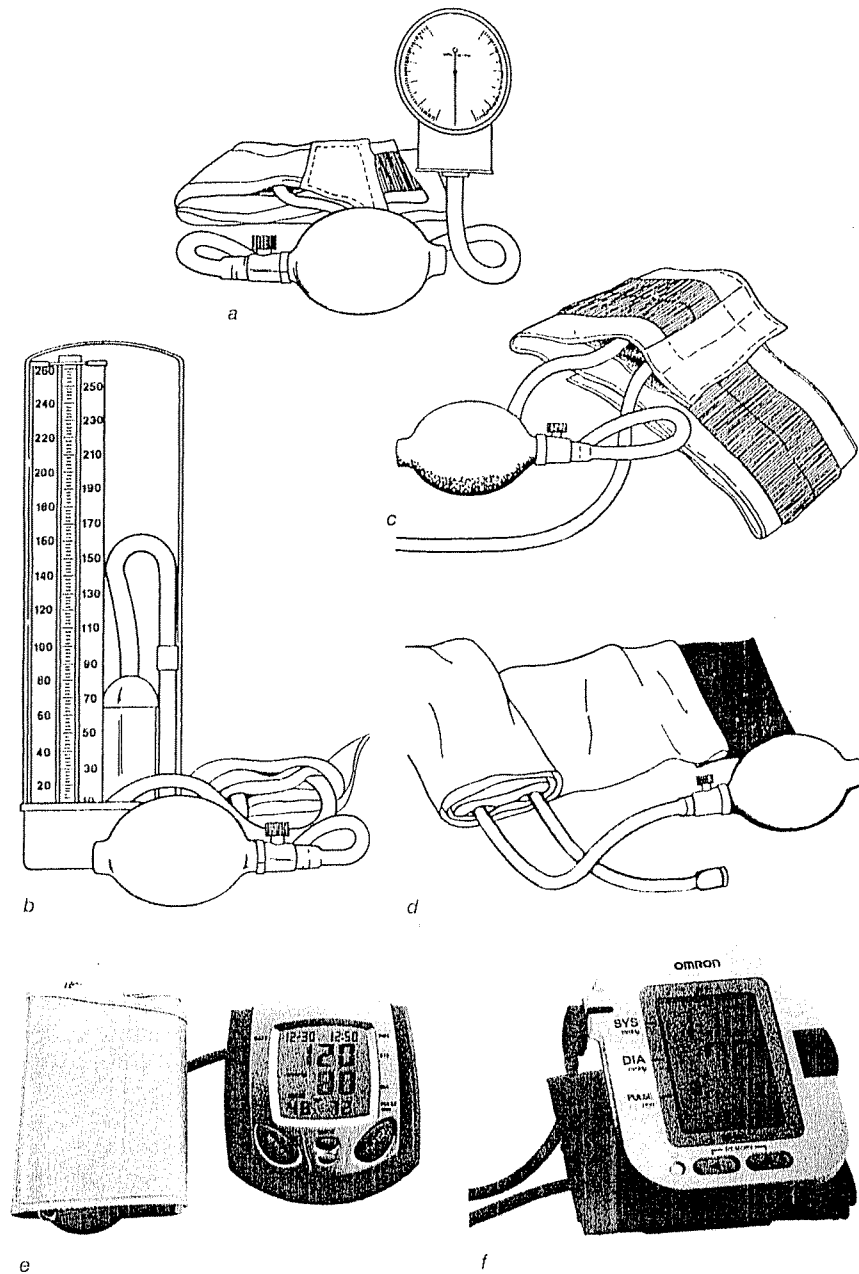
- Przygotowanie pacjenta do samodzielnego wykonania pomiaru.
Zapamiętaj:
Pielęgniarka powinna znać wartości ciśnienia, aby w porę rozpoznać i zgłosić lekarzowi nieprawidłowości.
- Poinformowanie pacjenta o przebiegu badania.
- Odwrócenie ręki stroną zgięciową do góry w lekkim odwiedzeniu.
- Posadzenie lub położenie pacjenta.
- Zadbanie, aby pacjent był odprężony.
- Zdjęcie ubrania z ramienia.
- Podparcie ręki tak, aby tętnica ramienna była na poziomie serca.
Zapamiętaj:
Nie wolno wykonywać pomiaru na ramieniu, na którym założono:
 - cewnik żylny,
 - u chorych dializowanych z założoną przetoką tętniczo-żylną.
- Poproszenie, aby co najmniej 30 min przed badaniem pacjent nie pił kawy, mocnej herbaty, nie palił papierosów, nie denerwował się.
- Wyjaśnienie, że badanie może być powtarzane wielokrotnie, nie daje powikłań.
- Poinformowanie, że w czasie napelniania mankietu powietrzem i ucisku tętnicy może wystąpić niewielki ból w miejscu założenia mankietu.

Przygotowanie sprzętu

- Sfigmomanometr (ciśnieniomierz) składający się z opaski gumowej (mankietu) z komorą powietrzną, manometru (rtęciowego, sprężynowego, elektronicznego) i pompki, połączonych ze sobą gumowymi przewodami (ryc. 6.4).
- Słuchawki lekarskie (fonendoskop).
Zapamiętaj:
Należy dobrać właściwą szerokość mankieta. Powinna ona wynosić:
 - dla dzieci do 2 lat — 6 cm,
 - dla dzieci do 4 lat — 8 cm,
 - dla dzieci do 9 lat — 11 cm,
 - dla dorosłych 12–14 cm ($1/3$ długości ramienia).

Sposób wykonania. Algorytm

1. Przygotuj zestaw (aparatus do pomiaru ciśnienia, fonendoskop). Sprawdź, czy sprzęt prawidłowo funkcjonuje.
2. Poinformuj pacjenta o przebiegu badania, posadź go lub połóż, odsłoń mu ramię.
3. Załóż opaskę ciśnieniomierza na prawe lub lewe ramię. Sprawdź, czy mankieta równo przylega do ramienia.



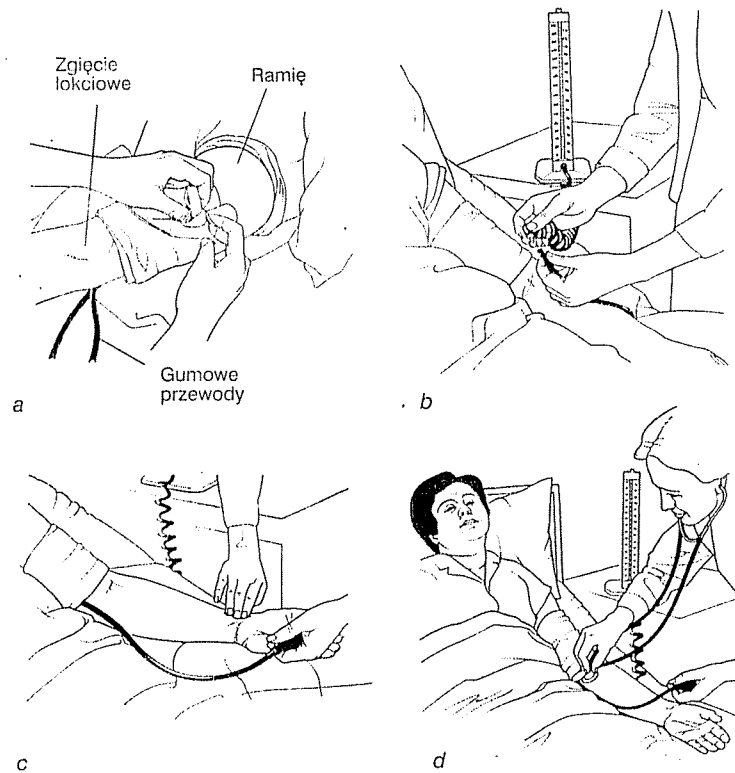
Ryc. 6.4. Aparaty do mierzenia ciśnienia: *a* — sprężynowy, *b* — rtęciowy, *c* — mankiet do aparatu sprężynowego, *d* — mankiet do aparatu rtęciowego, *e, f* — aparaty elektroniczne.

nia i czy znajduje się na wysokości serca. Gumowe przewody powinny znajdować się na przyśrodkowym boku ramienia.

4. Ustaw lub umocuj manometr.
5. Odszukaj tętno na tętnicy łokciowej.
6. Załóż fonendoskop na uszy.
7. Przyłóż membranę fonendoskopu do tętnicy w miejscu, w którym wyczuwalne jest tętno. W zgięciu łokciowym poniżej mankietu można wysłuchać tętno.
8. Ujmij pompkę w rękę. Zamknij wentyl przy pompce (zawór zakręć w prawo aż do oporu).
9. Mankiet za pomocą pompki napełnij powietrzem. Napełniaj powietrzem aż do momentu, kiedy wartość ciśnienia na manometrze przewyższa o 30 mm Hg wartość, przy którym zanikło tętno. Obserwuj poziom rtęci lub wskazówkę manometru.
10. Powoli wypuszczaj powietrze z mankietu, odkręcając zawór przy pompce. Rtęć lub wskazówka manometru powoli opada, obserwuj wskazówkę.
11. Wysłuchaj nad tętnicą łokciową pojawienia się tętna (w fonendoskopie). Obserwuj manometr, zapamiętaj stan słupka rtęci lub wartość na zegarze lub na skali cyfrowej manometru w momencie pojawienia się fali tętna — jest to wartość ciśnienia skurczowego.
12. Nadal powoli wypuszczaj powietrze z mankietu. W fonendoskopie słyszysz wyraźnie dźwięczne tony zgodne z akcją serca (tętno). Ich głośność zmniejsza się, cichnie i zanika. Odczytaj wartość z manometru w chwili, gdy tętno całkowicie zanika (ciśnienie rozkurczowe).
13. Opróżnij całkowicie mankiet z powietrza — całkowicie odkręć zawór do poziomu 0 na manometrze.
14. Zdejmij fonendoskop.
15. Zdejmij mankiet z ramienia pacjenta. W przypadku często powtarzanych pomiarów mankiet pozostaw luźno na ramieniu.
16. Opuść rękaw koszuli na ramię pacjenta.
17. Zapisz wartość pomiaru w dokumentacji pacjenta. Odchylenia od normy zgłoś lekarzowi.
18. Złóż zestaw, odłóż na stałe miejsce przechowywania. Przy wykonywaniu pomiaru u kolejnego pacjenta mankiet należy oczyścić i odkażać.

Zapamiętaj:

Przy dokonywaniu pomiaru ciśnienia aparatem elektronicznym przed wykonaniem pomiaru przeczytaj dokładnie instrukcję obsługi aparatu (technika pomiaru zależy od modelu aparatu).



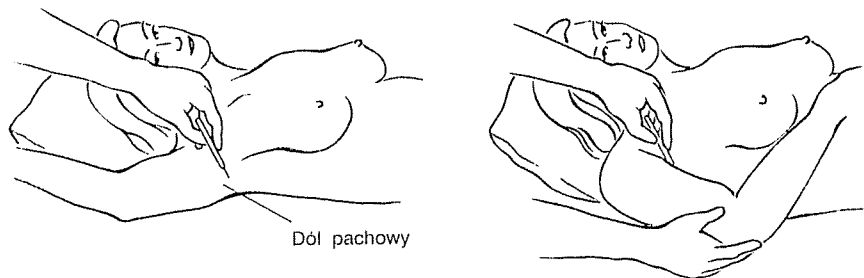
Ryc. 6.5. Etapy badania ciśnienia tętniczego: *a* — założenie mankietu, *b* — połączenie mankietu z manometrem, *c* — wypełnienie mankietu powietrzem, *d* — pomiar ciśnienia.

Obowiązujące zasady

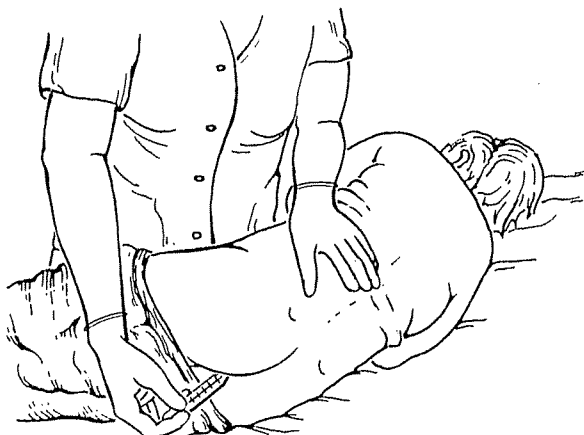
- Ciśnienie tętnicze mierzy się raz dziennie (o tej samej porze) lub, jeśli wymaga tego stan pacjenta, częściej.
- Dokonywanie pomiaru w pozycji siedzącej lub leżącej.
- Zadbanie, aby pacjent był odprężony, miał zdjęte ubranie z ramienia.
- Zadbanie o ułożenie ramienia tak, aby tętnica ramienna była na poziomie serca.
- Dobranie właściwej do wieku szerokości mankietu.
- Prawidłowe założenie mankietu.
- Mankiet powinien być dostatecznie długi, owinięty gładko, dość ciasno, tak aby jego środek był nad tętnicą ramienną (2,5 cm powyżej zgięcia łokciowego).
- Powietrze z mankietu wypuszcza się powoli.

6.4.2.4 Pomiar temperatury ciała [☉]

<i>Nazwa badania</i>	Pomiar temperatury ciała.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na pomiarze temperatury ciała pod pachą, w jamie ustnej, w odbytnicy, w pochwie, w uchu. Cel: ocena objawów subiektywnych i obiektywnych, obserwacja temperatury ciała. Zapamiętaj: U pacjentów hospitalizowanych pomiaru dokonuje się 2 razy dziennie, bez zlecenia lekarza. W przypadkach szczególnych — częściej (na zlecenie lekarza).
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie pacjenta do samodzielnego wykonania i interpretacji pomiaru.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Poinformowanie pacjenta o: przebiegu pomiaru, czasie jego trwania, zachowaniu się przed pomiarem i podczas pomiaru, pozycji, w jakiej będzie dokonywany pomiar. • W czasie pomiaru wygodne ułożenie w pozycji siedzącej lub leżącej, do pomiaru temperatury w odbytnicy — ułożenie na boku z lekko ugiętymi nogami lub na plecach z uniesionymi nogami. • Osuszenie dołu pachowego przed umieszczeniem termometru. • Prośba o zachowanie spokoju, unikanie gwałtownych ruchów, zwłaszcza podczas pomiaru temperatury w odbytnicy i jamie ustnej. • Prośba o przyciśnięcie ramienia do klatki piersiowej. <p>Zapamiętaj: Istnieje niebezpieczeństwo uszkodzenia termometru.</p>
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Termometr rtęciowy: czysty, suchy, odkażony, strząśnięty, z pochewką ochronną w przypadku pomiarów w odbycie lub jamie ustnej. • Termometr elektroniczny do pomiaru temperatury pod pachą, w uchu, na skroni. <p>Zapamiętaj: W przypadku pomiaru w odbytnicy termometr lekko natłuścić wazeliną. Wskazany jest termometr indywidualny lub z jednorazową osłonką przy pomiarach dokonywanych w odbytnicy, jamie ustnej. Przy używaniu elektronicznego miernika stosować indywidualne jednorazowe końcówki.</p>



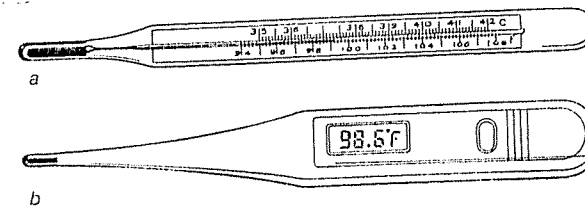
Ryc. 6.6. Pomiar temperatury pod pachą.



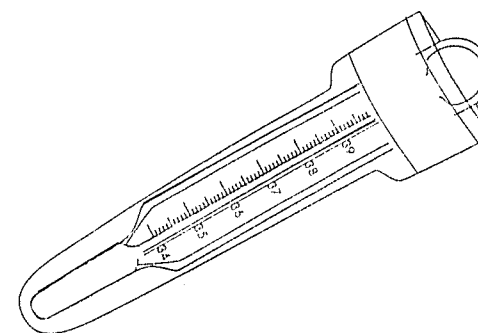
Ryc. 6.7. Pomiar temperatury w odbytnicy.

Sposób wykonania.
Algorytm

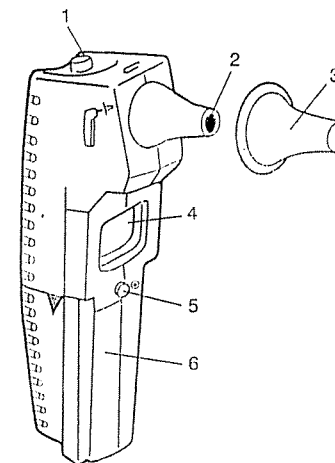
1. Przygotuj zestaw do pomiaru temperatury. Sprawdź stan techniczny termometru. Sprawdź wysokość słupka rtęci lub stan wskaźnika.
 2. Wyjaśnij pacjentowi przebieg pomiaru, sposób zachowania się pacjenta podczas pomiaru.
 3. Ułóż pacjenta w wygodnej, leżącej lub siedzącej pozycji.
 4. Zapewnij dostęp do miejsca pomiaru (dół pachowy, odbytnica, pochwa, ucho, jama ustna).
 5. Osusz dół pachowy, przygotuj inne wybrane miejsce pomiaru.
 6. Włóż termometr między dwie warstwy skóry dołu pachowego, do odbytnicy, pochwy, pod język, a termometr elektroniczny do zewnętrznego przewodu słuchowego lub przyłóż do skroni.
- Dzieci, pacjentów nieprzytomnych, niespokojnych, zdezorientowanych nie należy pozostawiać samych w czasie pomiaru temperatury.



Ryc. 6.8. Termometr rtęciowy (a) i elektroniczny (b).



Ryc. 6.9. Termometr z osłonką.



Ryc. 6.10. Urządzenie elektroniczne do pomiaru temperatury w uchu: 1 — przycisk pomiarowy, 2 — sonda, 3 — osłona sondy, 4 — wyświetlacz, 5 — przycisk aktywujący, 6 — pokrywa pojemnika baterii.

7. Wyjaśnij pacjentowi, że powinien przytrzymać termometr (w zależności od jego rodzaju i miejsca pomiaru) przez: przyciśnięcie ramienia do klatki piersiowej i ułożenie przedramienia na klatce piersiowej, lekkie zaciśnięcie ust, lekkie zaciśnięcie zwieracza odbytu, przytrzymanie przy uchu, skórze lub w pochwie. Czas pomiaru temperatury: przy pomiarze termometrem rtęciowym — 10 min przy pomiarze pod pachą, 3 min przy pomiarze w odbytnicy, 5 min przy pomiarze w jamie ustnej i pochwie; przy pomiarze termometrem elektronicznym — kilka sekund.
- Uwaga. Przy pomiarze temperatury u dzieci, pacjentów nieprzytomnych, niespokojnych termometr przytrzymuje pielęgniarka.
8. Po upływie czasu pomiaru wyjmij termometr, sprawdź wysokość temperatury ciała.
9. Zapisz odczytaną wartość w karcie gorączkowej lub innej dokumentacji pacjenta obowiązującej na danym oddziale.
10. Strząśnij słupek rtęci do poziomu 35°C, wyłącz elektroniczny miernik.
11. Termometr wytrzyj np. z potu, zdezynfekuj, odłóż na stałe miejsce przechowywania.

Zapamiętaj:

Pomiar temperatury w jamie ustnej powinien być dokonywany bezpośrednio przed jedzeniem, pacjent przed pomiarem nie powinien przyjmować ani zbyt zimnych, ani zbyt gorących posiłków. Kobiety mierzące temperaturę w pochwie w celu określenia owulacji powinny dokonywać pomiaru rano przed wstaniem z łóżka.

- Wybranie techniki, sposobu pomiaru (dół pachowy, odbytnica, jama ustna, pochwa, ucho).
- Przygotowanie właściwego sprzętu.
- Sprawdzenie stanu technicznego termometru.
- Przed przystąpieniem do pomiaru strząśnięcie termometru lub wyzerowanie miernika.
- Używanie termometrów czystych, odkażonych.
- Właściwe założenie termometru.
- Podczas pomiaru zapewnienie choremu bezpieczeństwa.
- Przestrzeganie czasu pomiaru.
- Dokładne odczytanie wyniku.
- Udokumentowanie

Obowiązujące zasady

6.4.2.5

Ocena stanu świadomości [● +]

<i>Nazwa badania</i>	Ocena stanu świadomości.
<i>Istota i cel</i>	Sprawdzenie stanu świadomości w celu m.in. szybkiego rozpoznania zaburzeń.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Częstość badania określa lekarz. • Pielęgniarka powinna znać ilościowe zaburzenia świadomości i ich objawy w celu wczesnego zaobserwowania zaburzeń. • Ocenę może przeprowadzić pielęgniarka bez zalecenia lekarza przy okazji wykonywania innych zabiegów i pomiarów.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • W czasie wykonywania badania pacjent nie powinien spać, pacjenta należy budzić. • Wyjaśnienie pacjentowi celu częstego niepokoju.
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Karta obserwacyjna. • Skala pomiarowa, np. Glasgow.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	<p>1. Ocena stanu świadomości pod względem jakościowym, zadawanie pytań dotyczących:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identyfikacji chorego (dane osobowe, sytuacja rodzinna), • czasu (godzina, dzień, miesiąc, rok), • miejsca pobytu (szpital, miasto, kraj), • aktualnej sytuacji pacjenta. <p>2. Ocena stanu świadomości według skali Glasgow (ilościowa)</p> <p>Obserwuj u chorego następujące czynności i objawy, zaznaczaj wartości punktowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otwieranie oczu: <ul style="list-style-type: none"> – otwiera oczy samoistnie — 4 p., – otwiera oczy na polecenie — 3 p., – otwiera oczy pod wpływem bólu — 2 p., – nie otwiera oczu — 1 p. • Mowa: <ul style="list-style-type: none"> – normalna rozmowa — 5 p., – mowa splątana, pojedyncze zrozumiałe słowa — 4 p., – pojedyncze niezrozumiałe słowa — 3 p., – niezrozumiałe dźwięki — 2 p., – brak reakcji słownej — 1 p. • Czynność ruchowa: <ul style="list-style-type: none"> – celowe ruchy dowolne — 6 p., – celowe ruchy obronne — 5 p., – odruchowe cofanie kończyny pod wpływem bólu — 4 p.,

- reakcja zgięciowa na ból — 3 p.,
- reakcja wyprostna na ból (sztywność odmóżdzeniowa) — 2 p.,
- brak reakcji — 1 p.

Zapamiętaj:

Suma punktów (wg skali Glasgow) 3-4 — śpiączka głęboka. Suma punktów 15 — osoba przytomna z pełnym kontaktem. Badanie powinno być w miarę możliwości przeprowadzane przez tę samą osobę, aby można było ustalić nawet minimalne zmiany. Z otoczenia chorego usunąć źródła hałasu, ostrego światła.

- **Ocena reakcji źrenic na światło:**
 - 1 — bez reakcji,
 - 2 — reakcja spowolniona,
 - 3 — reakcja szybka.
- **Ocena wielkości źrenic:**
 - zwężone,
 - rozszerzone,
 - normalne.
- **Ocena czucia powierzchownego:**
 - dotykanie,
 - szczypanie,
 - klucie.

Obowiązujące zasady

- Precyzyjne opisanie stanu świadomości i głębokiej śpiączki.
- Dokumentowanie obserwacji w karcie intensywnej opieki.
- Podczas badania eliminowanie z pomieszczenia hałasu i ostrego światła.
- W miarę możliwości prowadzenie obserwacji przez jedną osobę.
- Prowadzenie obserwacji zgodnie ze zleconą częstotliwością.
- Upředzenie chorego o celu częstego niepokoje-

Zadania sprawdzające

1. Częstość oddechów u dorosłego człowieka wynosi:
 - a) 14-15/min
 - b) 20-25/min

- c) 16-20/min
- d) 25-30/min

2. Oddech Cheyne'a-Stokesa to oddech:

- a) prawidłowy
- b) patologiczny

3. O nadciśnieniu tętniczym mówimy, gdy wartości ciśnienia są wyższe od:

- a) 140/90 mm Hg
- b) 150/95 mm Hg
- c) 120/90 mm Hg

4. Tętna nie bada się na tętnicy:

- a) promieniowej
- b) skroniowej
- c) karkowej
- d) szyjnej

5. Do oceny głębokości śpiączki u pacjenta nieprzytomnego służy:

- a) skala Glasgow
- b) skala Charriera
- c) skala Lovetta
- d) skala aktywności

6. Częstość tętna u rocznego dziecka wynosi:

- a) 140-160 uderzeń/min
- b) 120-140 uderzeń/min
- c) 60-100 uderzeń/min
- d) 110-130 uderzeń/min

7. Tachykardia to:

- a) przyspieszenie tętna ponad 100 uderzeń/min
- b) zwolnienie tętna poniżej 60 uderzeń/min

8. Podaj trzy cechy tętna:

- a)
- b)
- c)

9. Prawidłowa temperatura mierzona w odbytnicy jest:

- a) o 1°C wyższa niż mierzona pod pachą
- b) o 0,5°C niższa niż mierzona pod pachą
- c) o 0,5°C wyższa niż mierzona pod pachą

10. Pomiaru ciśnienia krwi dokonuje się najczęściej na:

- a) tętnicy udowej
- b) tętnicy ramiennej
- c) tętnicy szyjnej
- d) tętnicy biodrowej

11. Podniesieniu temperatury ciała o 1°C odpowiada przyspieszenie tętna o:
- 5–10 uderzeń/min
 - 10–15 uderzeń/min
 - 15–20 uderzeń/min
 - 10–20 uderzeń/min

Zadania do samodzielnego wykonania

- Tętno mierzymy opuszkami palców: wskaziciela, środkowego i obrączkowego, a nigdy kciukiem. Zastanów się, dlaczego ta zasada powinna być przestrzegana. Zapytaj o to pielęgniarkę pracującą na oddziale, na którym odbywasz zajęcia praktyczne, lub wiadomości na ten temat poszukaj w dostępnej literaturze.
- Korzystając z procedury pomiaru i obserwacji tętna zbadaj u dowolnie wybranej osoby tętno, dokonując pomiaru na wszystkich dostępnych tętnicach. Określ cechy badanego tętna.
- Dokonaj pomiaru oddechów u pacjenta dorosłego, określ częstość oddechów, rytm oddechowy.
- W czasie odbywania ćwiczeń w pracowni pielęgniarstwa wykonaj u koleżanki pomiar ciśnienia tętniczego krwi wykorzystując różnego typu aparaty do pomiaru ciśnienia.
- W czasie odbywania zajęć praktycznych na oddziale pediatrycznym wykonaj kilkakrotnie pomiar ciśnienia u dziecka, zapisz uzyskane wyniki w dokumentacji pacjenta.
- Spróbuj dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego u samej siebie. Czy jest to możliwe? Zastanów się, w jaki sposób nauczysz pacjenta wykonywania pomiaru?
- Wykonaj pomiar temperatury w dole pachowym u pacjenta dorosłego.
- Przygotuj wskazówki dla matki dotyczące pomiaru temperatury u dziecka w warunkach domowych.
- Przygotuj zestaw pytań, które zadasz pacjentowi w celu oceny stanu świadomości pod względem jakościowym.
- Oceń stan świadomości pacjenta posługując się skalą Glasgow.

Literatura

- Huber A., Karasck-Kreutzinger B., Jobin-Howald U.: Kompendium pielęgniarstwa. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1995.
- Kirschnick O.: Pielęgniarstwo. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1997.
- Wółyńska S.: Pielęgniarstwo ogólne. PZWL, Warszawa 1986.
- Zahradniczek K. (red.): Pielęgniarstwo. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.

6.5 Ocena stanu ogólnego

Ewa Łoś

6.5.1 Zakres oceny, stosowane metody

Na stan ogólny pacjenta składają się stan fizyczny i stan psychiczny.

Ocena stanu ogólnego jest niezbędna do podejmowania celowych i planowych działań, mających przyczynić się do utrzymania bądź zmiany dotychczasowego stanu pacjenta.

W celu dokonania oceny stanu ogólnego niezbędne jest gromadzenie danych o pacjencie. Liczba i zakres danych zależą od tego, w jakim stopniu pielęgniarce udało się poznać pacjenta. Pielęgniarka powinna gromadzić tylko takie dane, które potrafi zinterpretować i na których podstawie możliwe będzie określenie stanu pacjenta. **W ocenie sfery biologicznej powinny znaleźć się informacje o stanie podstawowych układów**, tj. nerwowego, sercowo-naczyniowego, kostno-stawowo-mięśniowego, zmysłów i powłoki wspólnej (skóry).

Do **oceny sfery psychicznej** niezbędne jest gromadzenie danych, które pozwolą na określenie możliwości umysłowych pacjenta, orientacji co do własnej osoby i najbliższego otoczenia, stosunku do sytuacji, w jakiej się znajduje, znaczenia dla pacjenta zmian w funkcjonowaniu własnego organizmu, sposobów reagowania w danej sytuacji zdrowotnej i opiekuńczej.

Źródłem danych niezbędnych do oceny stanu jest pacjent, jego rodzina, inne osoby bliskie.

Metody pozyskiwania danych przydatnych do oceny to: obserwacja, wywiad, pomiar, analiza dokumentów pacjenta.

6.5.1.1 Ocena masy ciała i wzrostu

Ocena masy ciała

Masę ciała ustala się u lekko ubranego pacjenta będącego na czczo, rano, po opróżnieniu pęcherza moczowego. Pomiar masy ciała wykonuje się u każdego pacjenta przy przyjęciu do szpitala lub z określoną częstotliwością wynikającą z istoty choroby (na zlecenie lekarza) lub stanu, np.: w niewydolności krążenia, w niewydolności nerek, do oceny prawidłowej masy pacjenta. Wartość masy ciała wpisuje się do dokumentacji choroby — karty gorączkowej, historii choroby, historii pielęgnowania, książeczki zdrowia.

Prawidłową masę ciała można określić:

- Stosując regułę:

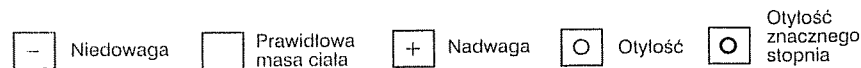
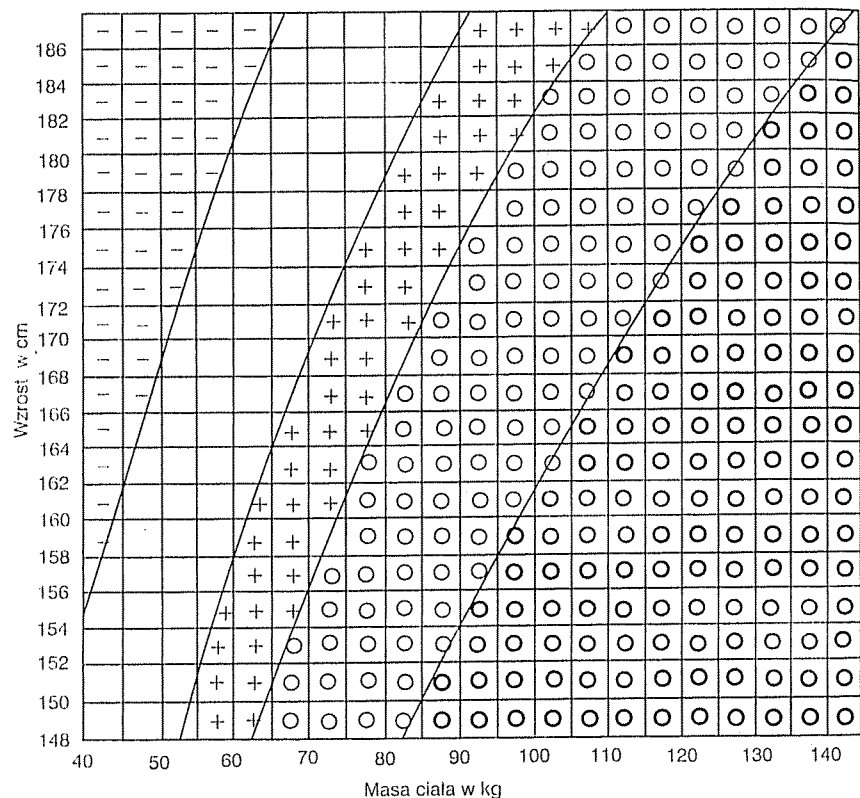
Wzrost w cm – 100 = prawidłowa masa ciała w kilogramach

Odchylenie masy ciała w górę o 10% w stosunku do normy świadczy o nadwadze. Odchylenie masy ciała w dół o 20% w stosunku do normy świadczy o niedowadze.

- Przez określenie wskaźnika BMI (ang. *body mass index*).

BMI jest to liczbowy wskaźnik masy ciała, który pozwala ocenić, czy masa ciała odpowiada normie. Wylicza się go następująco:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała (kg)}}{\text{wzrost (m)} \times \text{wzrost (m)}}$$



Ryc. 6.11. Nomogram do oceny masy ciała (wg J. S. Garrow, 1981).

Optymalną masę ciała mają osoby, u których BMI oscyluje między 20 a 25.
 O nadwadze mówi się, gdy BMI wynosi 25–30.
 O otyłości, gdy wskaźnik ten mieści się pomiędzy 30–40.
 Niedowagę mają osoby o BMI niższym niż 20.

Pomiar wzrostu

Pomiaru wzrostu (mierzenie pacjentów) powinno się dokonywać u każdego pacjenta w czasie przyjęcia do szpitala. Wskazane jest, aby dokonywać pomiaru rano, ponieważ w ciągu dnia człowiek staje się niższy mniej więcej o 1 cm.

6.5.1.2

Ocena narządu wzroku i słuchu

Ocena narządu wzroku

Wzrok stanowi jeden z najważniejszych zmysłów człowieka. Jego prawidłowe funkcjonowanie zapewnia kontakt z otaczającym światem, wpływa na komfort życia codziennego (80% informacji z otaczającego nas świata człowiek odbiera za pomocą wzroku).

Do podstawowych badań oceniających stan narządu wzroku należą:

- badanie ostrości wzroku,
- badanie widzenia barwnego,
- badanie położenia i ustawienia gałek ocznych.

Badanie ostrości wzroku polega na odczytywaniu różnej wielkości liter z określonej odległości. Do badania ostrości wzroku służą tablice Snellena do dali i do bliży.

Są one tak skonstruowane, że na białym matowym tle znajdują się czarne, matowe znaki (optotypy) — litery, cyfry, pierścienie, obrazki, które stopniowo zmniejszają się ku dołowi. Znaki te mają określoną grubość i oddzielone są jednakowej wielkości odstępami. Przy każdym szeregu znaków jednakowej wielkości zaznaczona jest odległość w metrach (D), z jakiej zdrowe oko powinno widzieć cały znak. Siłę ostrości wzroku osoby badanej wyraża się stosunkiem odległości, w jakiej badany znajduje się od tablicy (d), do odległości, z jakiej ten znak widzi zdrowe oko. Jeśli więc badany z odległości 5 m odczyta najniższy rząd oznaczony D-5, to ostrość jego wzroku wyniesie 5/5 (pełna ostrość wzroku).

Prawidłową ostrość wzroku zapisuje się:

- ostrość wzroku oka prawego — *visus oculi dextri* (v.o.d.) = 1,0,
- ostrość wzroku oka lewego — *visus oculi sinistri* (v.o.s.) = 1,0.

Zaburzenia widzenia barwnego stwierdza się za pomocą tablic pseudoizochromatycznych, w których liczba, litera lub znak utworzone są z elementów barwnych. Nieodczytanie tekstu barwnego przez badanego potwierdza istnienie daltonizmu, który może objawiać się upośledzeniem widzenia jednej barwy lub wielu barw. Najczęściej spotykane jest zaburzenie widzenia barwy zielonej, czerwonej, rzadziej niebieskiej. Badaniom takim poddawane są m.in. osoby prowadzące pojazdy mechaniczne (kierowcy, maszyniści kolejowi, piloci).

Odległość w m		Ostrość wzroku	
50	E	0,1	D-50 V-0,1
25	F H	0,2	D-25 V-0,2
16,5	E N T	0,3	D-16,6 V-0,4
12,5	T N H L	0,4	D-12,5 V-0,5
10	L E F N H	0,5	D-10,0 V-0,5
8,3	Z L P O H F	0,6	D-8,3 V-0,6
7,1	H L A E Z T P T	0,7	D-6,25 V-0,8
6,2	N Z E P L P F N	0,8	D-5,0 V-1,0
5,5	F P Z H T L E Z	0,9	
5,0	P N P Z H T L E Z	1,0	

Ryc. 6.12. Tablice Snellena dla dorosłych i dla dzieci.

Polożenie i ustawienie galek ocznych sprawdza się oglądaniem galek ocznych w czasie patrzenia w dal oraz badaniem ruchomości i koordynacji ruchu galek.

Ocena narządu słuchu

Słuch, podobnie jak wzrok, jest jednym z podstawowych zmysłów, który pozwala człowiekowi na porozumiewanie się i nawiązywanie kontaktów (dzięki niemu odbieramy 20% informacji z otaczającego nas świata). **Badania podstawowe słuchu** wykonuje się za pomocą mowy i szeptu, podawanych z różnej odległości do każdego ucha oddzielnie, oraz przy użyciu stroików. Jeżeli badania podstawowe wypadają nieprawidłowo, na zlecenie lekarza wykonuje się badanie specjalistyczne, np. badanie audiometryczne.

6.5.1.3

Ocena stanu układu kostno-stawowo-mięśniowego

Układ kostny, układ stawowo-więzadłowy oraz układ mięśniowy to trzy elementy tworzące układ narządów ruchu. Układ kostny i stawowo-więzadłowy stanowią bierną część układu narządów ruchu, podczas gdy układ mięśniowy jest jego częścią czynną powodującą przemieszczanie się kości względem siebie.

Dodatkowe wyjaśnienia. Kości są żywą tkanką biorącą udział w przemianie materii. Są największym zbiornikiem soli mineralnych, przede wszystkim wapnia, stanowią rusztowanie, na którym spoczywa ciało ludzkie, chronią ważne narządy wewnętrzne człowieka.

Mięśnie są biologicznymi „silnikami” wykonującymi pracę mechaniczną. Wyrazem stanu czynnościowego mięśni jest ich skurecz. Siła skureczu umożliwia chodzenie i inne czynności ruchowe.

Zapamiętaj:

Ocenę układu kostno-stawowo-mięśniowego należy oprzeć na: wywiadzie, oglądaniu, badaniu dotykiem, wykonywaniu pomiarów (długości i obwodów kończyn), określeniu zakresu ruchów w stawach, określeniu ruchowych sprawności mięśni, siły mięśni.

Wywiad pozwoli na uzyskanie od pacjenta subiektywnej oceny jego sprawności czynnościowej w zakresie poruszania się, dolegliwości bólowych, innych ograniczeń.

W oglądaniu szczególną uwagę należy zwrócić na: sposób utrzymania postawy, pochYLENIE, utrzymanie równowagi, koordynację ruchów, chodzenie, siadanie, rozbiERANIE SIĘ, układanie na łóżku, chwytanie itd. Oglądając pacjenta można zauważyć zniekształcenia kończyn, tułowia, proporcję, wielkość i długość poszczególnych części ciała, asymetrię w budowie lewej i prawej strony, różnice w grubości kończyn i w ich długości, braki części kończyn, przyrost lub zanik określonych grup mięśni, aktywność mięśni, ograniczenie ruchomości stawów, zniekształcenie stawów (deformacja).

Badanie dotykiem ustala umiejscowienie i charakter bólu, ucieplenie tkanek, napięcie mięśni (tonus), zmianę kształtu.

Pomiary kończyn pozwalają wysuwać cenne wnioski rozpoznawcze. Długość kończyn może zmieniać się z powodu zmian patologicznych w obrębie samego kości lub z powodu przemieszczenia kości w jednym z jej stawów. Do ogólnej oceny wystarczy dokonanie tzw. pomiaru orientacyjnego, polegającego na stwierdzeniu samego faktu skrócenia kończyny przez optyczne porównanie długości obu kończyn.

Dodatkowe wyjaśnienia. Badanie zakresu ruchów w stawach oparte jest na metodzie opracowanej w 1963 r. przez amerykański komitet do spraw badania ruchów w stawach. Przyjmuje się, że anatomiczna wyprostna pozycja stawu jest zerową dla pomiaru ruchu w stawie.

Pod względem swobody ruchu odróżnia się trzy typy stawów:

1. Mające ruch tylko w jednym kierunku począwszy od zera. Są to stawy zawiasowe, tj. staw łokciowy czy kolanowy. Zgięcie oznacza się jako oddalenie od zera, a prostowanie — powracanie do pozycji zerowej.
2. Stawy, w których występuje ruch zgięcia i prostowania po obu stronach pozycji zerowej, np. staw nadgarstkowy lub skokowo-goleniowy.
3. Stawy kuliste i stawy ze złożonym trójwymiarowym ruchem, jak np. ramienno lub biodrowy. Zakres ruchu w stawie podaje się w wartościach kątowych. Pomiaru dokonuje się kątomierzem (goniometrem).

Ograniczenie ruchu w stawie można określić w różny sposób, np. stwierdza się przykurcz zgięciowy stawu 30° z zachowaniem swobody zginania do 90° lub do zupełnego wyprostowania brak 30°, a zgięcie możliwe do 90°. Można podać jeszcze inaczej: do wyprostowania brak 30°, a kąt największego zgięcia wynosi 90°.

Ocena siły mięśni, tzw. testowanie, należy do podstawowych metod diagnostycznych pracy układu mięśniowego. Umiejętności dotyczące tej oceny należą do zadań kinezyterapeuty lub lekarza.

Najbardziej rozpowszechnioną w świecie metodą testowania jest **metoda Lovetta** (p. podręczniki kinezyterapii). Opiera się ona na badaniu ręcznym poszczególnych mięśni w określonych pozycjach i przy określonym ruchu. W metodzie tej wartość funkcjonalna mięśnia jest oznaczona liczbami od 0 do 5 oraz procentami od 0 do 100%.

Lovett rozróżnia następujące **stopnie siły mięśnia**:

- 0 = 0% — brak czynnego skurczu mięśnia,
- 1 = 10% — ślad czynnego skurczu,
- 2 = 25% — wyraźny skurcz i zdolność wykonywania ruchu przy pomocy badającego i przy odciążeniu odcinka ciała wprowadzanego w ruch przez dany mięsień,
- 3 = 50% — zdolność wykonywania czynnego ruchu samodzielnie z pokonaniem ciężkości odpowiedniego odcinka ciała,
- 4 = 75% — zdolność wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem,
- 5 = 100% — prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem.

Dokładna ocena układu narządów ruchu, stwierdzenie ograniczeń lub zmian patologicznych wymaga ogromnej wiedzy i doświadczenia w tym zakresie. Należy do kompetencji lekarza ortopedy, rehabilitanta, kinezyterapeuty. Pielęgniarka opiekująca się chorym powinna znać metody oceny funkcji układu kostno-stawowo-mięśniowego, potrzebne do określenia sprawności ruchowej pacjenta, określenia zakresu ograniczeń i zakresu pomocy, jakiej pacjent wymaga.

6.5.1.4

Ocena aktywności

Podstawą zdrowia i dobrego samopoczucia człowieka jest jego aktywność. Aktywne działanie to świadome, uporządkowane i wytrwałe dążenie do określonego celu.

Zmniejszona aktywność oznacza obniżenie nastroju, zainteresowań i przede wszystkim działań motorycznych. Ograniczenie lub zahamowanie aktywności motorycznej wywołuje wystąpienie zespołu unieruchomienia charakteryzującego się zaburzeniem wszystkich procesów życiowych i osłabieniem organizmu (patrz podrzdz. 9.4). Zaburzenia aktywności mogą wystąpić u osób zdrowych, np. w stanach wyczerpania, oraz u osób chorych z zespołami somatycznymi, neurologicznymi, psychicznymi.

Ocena aktywności dotyczy:

- codziennych czynności (jedzenie, mycie się, ubieranie, funkcje fizjologiczne),
- umiejętności przemieszczania się (łóżko-wózek-lazienka),
- poruszania się (chodzenie, wchodzenie po schodach),
- funkcji społecznych (kontakty z innymi ludźmi, rozwiązywanie codziennych problemów).

<p>UTRZYMANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI mycie przy umywalce mycie całego ciała kąpiele w wannie (wejście i wyjście z wanny), branie prysznicza</p> <p>UBIERANIE SIĘ, ROZBIERANIE przygotowanie ubrań, wyjście z szaf, nałożenie, zapięcie, zasznurowanie, zdjęcie, schowanie</p> <p>KOPZYSTANIE Z TOALETY dojście do toalety i powrót, oddanie kału i moczu, wytrzeć się, umyć się</p> <p>PORUSZANIE SIĘ wstawanie z łóżka, powrót do łóżka, siadanie, wstawanie z krzesła, chodzenie, przemieszczanie się z miejsca na miejsce</p> <p>PANOWANIE NAD WYDALANIEM (fizjologicznym procesem opróżniania pęcherza lub jelit)</p> <p>ODŻYWIENIE sięgnięcie po jedzenie, wkładanie do ust, przygotowanie posiłków (łączenie składników pokarmu, posługiwanie się sztućcami)</p>	<p>Pacjent samodzielny we wszystkich funkcjach, nie wymaga pomocy i pomocy innych osób</p> <p>Pacjent samodzielny w 5 funkcjach, zależny w zakresie od kategorii i stopnia zależności</p> <p>Pacjent samodzielny w 4 funkcjach, zależny w utrzymaniu ciała w czystości i z 5 pozostałych. Wymaga pomocy opieki profesjonalnej w zależności od stopnia i kategorii zależności</p> <p>Pacjent samodzielny w 3 funkcjach, zależny w myciu, ubieraniu i w pozostających funkcjach. Wymaga pomocy, ale nie zawsze profesjonalnej</p> <p>Pacjent samodzielny w 2 funkcjach, zależny w myciu, ubieraniu, korzystaniu z toalety i w pozostających funkcjach. Wymaga regulowanej pomocy</p> <p>Pacjent samodzielny w 1 funkcji, zależny w myciu, ubieraniu, poruszaniu się, korzystaniu z toalety i panowaniu nad wydalaniem lub odżywianiem. Wymaga profesjonalnej opieki każdego dnia i noc</p> <p>Zależny we wszystkich funkcjach, wymaga całodobowej, systematycznej, profesjonalnej opieki</p>
<p>Zależny</p> <p>Możliwa zależność w określonym stopniu</p> <p>Samodzielny</p>	

Ryc. 6.13. Ocena samodzielności i zależności w wykonywaniu czynności życia codziennego (wg Ciechanowicz, Pieniążek).

Stopień samodzielności można opisać w sposób następujący:

- w pełni samodzielny,
- samodzielny pod warunkiem zastosowania udogodnień lub dokonania modyfikacji w otoczeniu,
- konieczny nadzór ze strony innej osoby w pewnych czynnościach lub w większości codziennych czynności,
- konieczna pomoc przy pewnych lub przy wszystkich czynnościach codziennych,
- pełne uzależnienie od innych.

Z myślą o ujednoczeniu oceny aktywności opracowano różne skale. Jedną z nich, zwana czynnościową skalą samodzielności, ocenia aktywność pacjenta w zakresie codziennych czynności, możliwości przemieszczania się, komunikowania się, funkcji społecznych.

6.5.1.5

Ocena stanu skóry i włosów

Skóra jest powłoką oddzielającą wewnątrz organizmu ludzkiego od świata zewnętrznego. Stanowi mocną, elastyczną powłokę wytrzymałą zarówno na ucisk, jak i rozciąganie. Jest nieprzenikliwa dla większości substancji rozpuszczalnych i gazowych, chroni przed inwazją flory bakteryjnej. Odgrywa kluczową rolę w termoregulacji. Jest narządem zmysłu zawierającym receptory dotyku, bólu, ucisku, wibracji, temperatury.

Skóra odgrywa ważną rolę w:

- czynności wydzielniczej,
- regulacji równowagi wodno-oddechowej,
- czynności resorpcyjnej,
- metabolizmie białek, lipidów, węglowodanów, witamin,
- w procesach odpornościowych.

Ogólny stan skóry (wygląd, zabarwienie, napięcie, ucieplenie, owłosienie, wykwyty, grubość) jest źródłem informacji o stanie zdrowia całego ustroju. Systematyczne prowadzenie obserwacji skóry pacjenta pozwala na wczesne wykrycie zmian chorobowych w obrębie skóry i narządów wewnętrznych.

Obserwacja obejmuje:

- ocenę stanu higienicznego skóry, który można określić jako zadowalający lub niezadowalający,
- ocenę wyglądu skóry — kolor, napięcie, nawodnienie, ucieplenie, grubość, zawartość podściółki tłuszczowej, wykwyty.

Kolor (zabarwienie) skóry. Kolor różowy lub o odcieniu śniadym może w pewnych przypadkach być objawem chorobowym lub świadczyć o aktualnym stanie chorego. Błada skóra twarzy jest charakterystyczna dla dużej niedokrwistości. Żółte zabarwienie skóry towarzyszy żółtaczkom. Brązowe plamy pojawiają się na twarzy w przebiegu chorób wątroby lub u kobiet w ciąży (ostuda). Zabarwienie ziemiste może wskazywać na zaawansowaną chorobę nowotworową, a jasnobrunatne — na marskość wątroby.

Zmiany na skórze o różnym charakterze mogą być objawem chorób zakaźnych, alergicznych, grzybiczych, wirusowych, bakteryjnych, pasożytniczych i nowotworo-

wych. Podstawowym objawem chorób skóry są wykwyty. Rozróżnia się wiele ich odmian. Należą do nich:

- **Plama (*macula*)** — jest to wykwit leżący w poziomie skóry, niewyczuwalny przy dotyku, różniący się od skóry otaczającej wyłącznie zabarwieniem. Plamy mogą być barwnikowe, zapalne (rumień), naczyniowe.
- **Bąbel pokrzywkowy (*urtica*)** — jest to wykwit wyniosły ponad powierzchnię skóry, barwy porcelanowobiałej lub różowej, szybko powstający i szybko ustępujący bez pozostawiania śladu.
- **Grudka (*papula*)** — jest to wykwit wyniosły ponad powierzchnię skóry, o różnych wymiarach, dość wyraźnie odgraniczony i różniący się od skóry otaczającej spoistością i ustępujący bez pozostawienia śladu.
- **Guzek (*nodulus*)** — jest to wykwit wyniosły ponad powierzchnię skóry, związany ze zmianami w skórze właściwej, często ulegający rozpadowi i ustępujący z pozostawieniem blizny.
- **Guz (*nodus, tumor*)** — to większe wykwyty guzkowe, zajmujące również tkankę podskórną. Guzy mogą być zapalne lub nowotworowe.
- **Pęcherzyk (*vesicula*) i pęcherz (*bulla*)** — są to wykwyty wyniosłe ponad powierzchnię skóry, wypełnione płynem i ustępujące bez pozostawienia blizny. Jeśli przekraczają 0,5 cm, noszą nazwę pęcherzy. Jeśli przekraczają 0,5 cm, noszą nazwę pęcherza.
- **Krosta (*pustula*)** — jest to wykwit typu pęcherzyka lub pęcherza zawierający od początku treść ropną.
- **Luska (*squama*)** — jest to złuszczone warstwa rogowa. Powstaje jako zejście stanu zapalnego bądź w następstwie nadmiernego rogowacenia.
- **Strup (*crusta*)** — powstaje w wyniku zasychania na powierzchni skóry płynu wysiękowego albo ropnej treści pęcherzyków i pęcherzy lub na podłożu nadżerek i owrzodzeń.
- **Nadżerka (*erosio*)** — jest to ubytek naskórki powstający w wyniku jego zniszczenia (np. maceracja), ustępujący bez pozostawienia blizn.
- **Przeczos (*exoratio*)** — jest to nadżerka powstająca w skórze uprzednio niezmięnionej, najczęściej pod wpływem drapania (np. w przebiegu świerzbu, wszawicy).
- **Pęknięcie i rozpadlina (*fissura et rhagas*)** — są to linijne ubytki dotyczące warstw głębszych skóry właściwej, w wyniku czego mogą powstawać blizny.
- **Owzrodenie (*ulcus*)** — jest to ubytek skóry właściwej ustępujący z pozostawieniem blizn.

Blizna (*cicatrix*) — powstaje w następstwie uszkodzenia skóry właściwej i zastąpienia jej tkanką łączną włóknistą.

Włos (*pilus*) — jest twardym, wydłużonym tworem nabłonkowym skóry, składającym się z łodygi, która znajduje się poza skórą, i korzenia, który znajduje się w skórze. Włosy występują na całej skórze z wyjątkiem podeszwy, dłoni, poszczególnych elementów zewnętrznych narządów płciowych, czerwieni wargowej. Najobfitsze są na głowie, gdzie jest ich ok. 300/cm².

Włosy mogą występować jako:

- meszek,
- włosy długie,
- rzęsy i brwi.

Zdrowy włos jest lśniący dzięki wydzielinie gruczołów łojowych zawierającej woski i namaszczonej włosy. Barwa włosów zależy od ziarnistego barwnika brązowego i rozpuszczonego barwnika czerwonego i może przybrać kolor od jasnego (blond) do czarnego. Włosy ustawione są skośnie w regularnie biegnących liniach, zwanych strumieniami włosów.

Do najczęściej występujących **zaburzeń** w owłosieniu należą: wypadanie włosów (łysienie) oraz nadmierny porost włosów.

Lysienie może być wynikiem przejściowego lub trwałego wypadania włosów na ograniczonej powierzchni lub obejmującego całą owłosioną głowę.

Wypadanie włosów w części przypadków jest przemijające: ustępuje po usunięciu przyczyny. Przyczyny wypadania włosów mogą być różne. Należą do nich:

- 1) mechaniczne (wycieranie, skutek naciągania włosów),
- 2) toksyczne (zatrucie związkami chemicznymi),
- 3) choroby zakaźne (ostre choroby gorączkowe),
- 4) choroby układowe,
- 5) polekowe (np. przyjmowanie leków cytostatycznych, leków przeciwtarczycowych, przeciwkrzepliwych),
- 6) choroby włosów lub skóry owłosionej (np. grzybica).

Lysienie typu męskiego ma charakter stały.

Nadmierny porost włosów (*hypertrichosis*) może dotyczyć całej skóry lub być ograniczony do pewnych okolic. Może być nabyty lub wrodzony. Jest częstszy u mężczyzn. Rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie lub w okresie pokwitania. U kobiet — jako hirsutyzm — dotyczy skóry twarzy, tułowia i kończyn, włosy przybierają charakter owłosienia męskiego. Występuje w wyniku nadmiernego wytwarzania androgenów. Może być następstwem chorób nadnerczy, jajników, przysadki, podwzgórza lub przyjmowania leków hormonalnych.

6.5.1.6

Ocena stanu jamy ustnej

Jama ustna jest początkowym odcinkiem przewodu pokarmowego. W jej obrębie znajduje się wiele elementów, tj. wargi, policzki, podniebienie, zęby, dziąsła, język, ślinianki, które biorą aktywny udział w trawieniu pokarmów. Ich prawidłowe funkcjonowanie w znaczący sposób wpływa na stan odżywiania organizmu, a zmiany patologiczne mogą utrudniać przyjmowanie pokarmów. Oceniając stan jamy ustnej należy zwrócić uwagę na wszystkie narządy leżące w jej obrębie.

Zmiany chorobowe w jamie ustnej najczęściej dotyczą języka, zębów, dziąseł i błony śluzowej.

Wargi — zdrowe mają kolor czerwony lub różowoczerwony, są lśniące, nawilżane przez śluz wytwarzany w gruczołach błony śluzowej warg. W obrębie warg mogą pojawiać się zmiany, tj. opryszczka, zapalenie kątowe (zajady).

Opryszczka (*herpes*) pojawiająca się na wargach towarzyszy infekcjom wirusowym, np. grypie, przeziębieniu, zapaleniu górnych dróg oddechowych.

Zajady to małe, bolesne pęknięcia lub nadżerki o żywoczerwonym dnie, umiejscowione w kątach ust. Mogą pojawiać się w przypadku niedoboru witaminy B₂.

Język jest tworem mięśniowym pokrytym błoną śluzową. Błona śluzowa na grzbiecie i brzegach bocznych języka tworzy liczne brodawki językowe, które sprawiają, że powierzchnia górna języka jest szorstka i ma wygląd aksamitu o barwie różowej. Błona śluzowa dolnej powierzchni języka jest cienka, delikatna, różowoczerwona, bez brodawek.

Biały nalot (szarobiałe, plamiste obłożenie) na języku tworzy się z resztek pokarmowych, śluzu, złuszczonego nabłonka, leukocytów, grzybów. Występuje we wszystkich chorobach przewodu pokarmowego.

Język malinowy z wyraźnymi zaznaczonymi brodawkami jest charakterystycznym objawem towarzyszącym plonicy.

Język bładny o wygładzonej powierzchni występuje w niedokrwistości złośliwej, a **żywoczerwony** w niektórych awitaminozach.

Język pokryty bliznami jest charakterystyczny dla chorych na padaczkę.

Niebolesne twarde owrzodzenia mogą być zmianami o charakterze nowotworowym.

Pleśniawki (*soor*) w postaci białych nalotów występują na języku lub błonie śluzowej jamy ustnej. Najczęściej można je spotkać u niemowląt oraz w przebiegu chorób wyniszczających, a także jako powikłanie stosowania antybiotyków i braku higieny jamy ustnej. Powstaniu pleśniawek sprzyja niedobór witamin z grupy B.

Wysuszone błona śluzowa jamy ustnej może towarzyszyć odwodnieniu organizmu.

Pojawienie się zaczerwienienia, obrzęku błony śluzowej, owrzodzeń, przykrego zapachu z ust, dolegliwości bólowych świadczy o **zapaleniu jamy ustnej**.

Pojawienie się na błonie śluzowej policzków na wysokości zębów trzonowych **białych plamek** (plamki Koplika) to objaw odry, poprzedzający wystąpienie wysypki na skórze.

Obrzmienie i bolesność ślinianek mogą wskazywać na zapalenie ślinianek.

Wszystkie zmiany i uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej powinny być zgłaszane lekarzowi i leczone.

Zmiany na dziąsłach. Dziąsła zaczerwienione, rozpułchnione, krwawiące mogą być objawem niedoboru witaminy C lub zapalenia dziąseł.

Stan uzębienia. Uzębienie pełne zapewnia możliwość rozdrabniania i żucia pokarmów stałych. Ubytki w uzębieniu w zależności od ich stopnia mogą częściowo lub całkowicie ograniczać możliwość rozdrabniania pokarmów stałych.

W skład uzębienia stałego wchodzi 32 zęby, w tym 2 zęby sieczne, 1 kiel, 2 zęby przedtrzonowe i 3 zęby trzonowe po każdej stronie w szeregu górnym i dolnym. Najczęstsze zmiany dotyczące zębów i przyzębia to **próchnica zębów, parodontoza, nieprawidłowy zgryz**.

Próchnica zębów jest najczęściej występującą chorobą uzębienia. Jest to proces, w przebiegu którego dochodzi do demineralizacji, a w następstwie do osłabienia struktury twardych tkanek zęba (szkliwa i zębiny), co prowadzi do powstania ubytków w tkankach zębów. Próchnica zębów może być przyczyną chorób w całym organizmie.

Parodontoza to proces, w którym w trakcie długo trwającego zapalenia przyzębia dochodzi do utraty zęba lub grupy zębów. Objawem parodontozy jest rozchwianie zębów (znaczna ruchomość) i ich wypadanie.

Nieprawidłowy zgryz należy do wad narządów żucia. Rozróżnia się następujące rodzaje zwarcia zębów szczęki z zębami żuchwy:

- 1) zwarcie nożycowate — zęby sieczne szczęki zachodzą przed zęby sieczne żuchwy,
- 2) zwarcie dachówkowate — zęby sieczne szczęki dachówkowato pokrywają siekacze żuchwy,
- 3) zwarcie obcęgowate — zęby sieczne szczęki i żuchwy stykają się krawędziami żucia.

Inne od opisanych stosunki zębów szczęki i żuchwy są wadliwe i należy je leczyć (zwłaszcza w wieku dziecięcym), korzystając z porad specjalisty z zakresu ortodoncji.

6.5.2

Procedury i algorytmy służące do oceny stanu ogólnego

6.5.2.1

Ocena masy ciała [●]

<i>Nazwa badania</i>	Pomiar masy ciała.
<i>Istota i cel</i>	Ustalenie aktualnej masy ciała w celu: <ul style="list-style-type: none"> • oceny stanu, • określenia zwiększenia lub zmniejszenia masy ciała, • prowadzenia bilansu płynów, • określenia dawki leków, • obliczania wydolności oddechowej. Czas dokonywania pomiaru: <ul style="list-style-type: none"> • przy przyjęciu pacjenta do szpitala, • regularnie raz w tygodniu lub częściej na zlecenie lekarza.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie pacjenta. • Przygotowanie sprzętu. • Dokumentowanie pomiaru. • Przygotowanie pacjenta do samodzielnego wykonania pomiaru.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Poinformowanie pacjenta o przebiegu i celu pomiaru. • Wyjaśnienie, aby pacjent do każdego pomiaru zakładał piżamę lub to samo lekkie ubranie. • Wyjaśnienie zasad pomiaru przy stosowaniu wagi specjalnej (np. dla siedzących). • Dopilnowanie, aby pacjent był na czczo.
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	Przygotowanie wagi lekarskiej — sprawdzenie, wytarowanie, ustawienie na „0”. Zapamiętaj: Do wykonania pomiaru służą wagi: <ul style="list-style-type: none"> • stojąca, • dla siedzących,

Sposób wykonania. Algorytm

- * łózkowa,
 - elektroniczna.
1. Przygotuj sprzęt do pomiaru. Wytaruj wagę. Ustaw odważnik w pozycji „0”. Odbezpiecz wagę. Manipulując pokrętkiem po lewej stronie wagi doprowadź do tego, aby ruchome wskazówki wagi znalazły się w jednej płaszczyźnie ze wskazówkami nieruchomymi. Zamknij wagę. Nastaw odważnik na wartość wagi chorego badanej poprzecznie.
 2. Przygotuj pacjenta.
 3. Pacjent wchodzi na wagę. Stoi bez oparcia, nie przytrzymuje się wagi.
 4. Włącz wagę, uruchom.
 5. Dokonaj pomiaru. Przesuwaj odważniki tak, aby równoważniki się zrównały.
 6. Zamknij wagę.
 7. Odczytaj masę ciała. Zanonotuj wynik pomiaru w dokumentacji pacjenta.
 8. Poleć pacjentowi zejść z wagi.
 9. Wykonaj czynności porządkowe. Przesuń odważnik do punktu „0”.

Obowiązujące zasady

- Poinformowanie pacjenta o przebiegu i celu postępowania, działania.
- Przygotowanie wagi (sprawdzenie, wytarowanie).
- Zadbanie o to, aby w czasie badania pacjent był na czczo i lekko ubrany.
- Dokumentowanie wyniku wykonywanego pomiaru w dokumentacji pacjenta.

6.5.2.2

Ocena wzrostu [●]

<i>Nazwa badania</i>	Pomiar długości ciała.
<i>Istota i cel</i>	Ustalenie długości ciała na potrzeby obliczania: powierzchni ciała, dawkowania leków, obliczania objętości oddechowej i oceny prawidłowości rozwoju ogólnego.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wykonanie pomiaru przy przyjęciu pacjenta do szpitala lub na specjalne zlecenie lekarza. • Wykonanie pomiaru podczas badań bilansowych dzieci.

Przygotowanie pacjenta

- Wykonanie pomiaru podczas badań profilaktycznych młodzieży szkolnej.
- Poinformowanie o przebiegu i celu pomiaru, sposobie ustawienia w czasie mierzenia.
- Przygotowanie pacjenta do samodzielnego wykonywania pomiaru.

Przygotowanie sprzętu

- Przygotowanie wzrostomierza lub taśmy mierniczej, papieru.

Sposób wykonania. Algorytm

1. Pacjent staje na wzrostomierzu lub podłodze (na papierze) boso bądź w pończochach (skarpetkach).
2. Poleć pacjentowi wyprostować się i przyciągnąć brodę lekko do szyi, złączyć pięty, całym ciałem przylgnąć do wzrostomierza.
3. Ustaw miarę metrową wzrostomierza tak, aby dotykała lekko wierzchołka głowy.
4. Poleć pacjentowi zejść ze wzrostomierza, odczytaj na podziałce wysokość pacjenta.
5. Wynik odnotuj w dokumentacji pacjenta: w karcie go-rączkowej, książeczce zdrowia dziecka, karcie ucznia.

Obowiązujące zasady

- Wykonanie pomiaru przy przyjęciu pacjenta do szpitala.
- Zadbanie, aby w czasie pomiaru pacjent przyjął odpowiednią pozycję.

6.5.2.3

Ocena słuchu [●]

Nazwa badania

Ocena słuchu.

Istota i cel

Sprawdzenie, czy pacjent prawidłowo słyszy wypowiedziane słowa lub dźwięki z określonej odległości.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Badanie przeprowadza w przypadku podejrzenia o upośledzenie słuchu lub na zlecenie lekarza laryngologa.

Przygotowanie pacjenta

Poinformowanie o konieczności zakrycia w trakcie badania niebadanego ucha.

Sposób wykonania. Algorytm

1. Pacjenta ustaw bokiem w odległości 6 m od osoby badającej.
2. Poleć, aby niebadane ucho (dalsze od osoby badającej) pacjent zakrył ręką.
3. Wymawiaj szeptem wyrazy zawierające tony wysokie oraz wyrazy z przewagą tonów niskich.

4. Sprawdź, czy badany słyszał szeptane wyrazy. Jeżeli pacjent nie umie ich powtórzyć, należy zmniejszyć odległość i powtórzyć badanie.

Zapamiętaj:

Niezbędnym warunkiem jest zapewnienie ciszy podczas badania.

Obowiązujące zasady

- Zapewnienie ciszy podczas badania.
- Ustawienie pacjenta 6 m od osoby badającej.
- Zakrycie ucha niebadanego.
- Dobranie odpowiednich wyrazów.
- Wypowiadanie wyrazów szeptem i sprawdzenie, czy badany usłyszał.

6.5.2.4

Ocena ostrości wzroku [○]

Nazwa badania

Badanie ostrości wzroku.

Istota i cel

Badanie ostrości wzroku polega na odczytywaniu różnej wielkości liter z określonej odległości. Celem jest: wczesne rozpoznanie zaburzeń w widzeniu, ocena prawidłowości widzenia. Badanie przeprowadza się dla każdego oka oddzielnie, zasłaniając oko niebadane.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

- Badanie wykonuje rutynowo raz w roku u dzieci w wieku szkolnym w czasie badań profilaktycznych w gabinetach higieny szkolnej.
- Na zlecenie lekarza: przy każdej wizycie u okulisty, w czasie badań profilaktycznych określonych grup zawodowych (np. nauczycieli, kierowców).

Przygotowanie pacjenta

- Poinformowanie pacjenta, jak ma się zachować w trakcie badania (usiąść lub stanąć przodem do tablicy, zasłonić oko niebadane).

Przygotowanie sprzętu

- Tablice Snellena zawieszane na wysokości wzroku na dobrze oświetlonej ścianie (do dali).
- Tablica Snellena do bliży (tekst ułożony jest od najdrobniejszych do największych liter).

Zapamiętaj:

Tablice dla dzieci zamiast liter mają obrazki, kółka lub odwróconą literę (patrz ryc. 6.12).

Sposób wykonania. Algorytm

- **Badanie ostrości wzroku dla dali**
 1. Pacjent staje lub siada przodem w odległości 5 m od tablicy Snellena.

2. Zakrywa oko niebadane wypukłą dłonią.
3. Czyta kolejno litery z tablicy, zaczynając od góry, od największych znaków wskazywanych przez osobę badającą (w ten sposób zbadać każde oko osobno).
4. Osoba badająca zapisuje najmniejszy rząd, który badany odczytał prawidłowo. Wynik zapisuje w postaci ułamka dla każdego oka oddzielnie — w liczniku cyfry odległości, z której badany czytał, w mianowniku cyfrę oznaczającą, z jakiej odległości litery powinny być odczytane, np. 5/5, 5/10.

• **Badanie ostrości wzroku dla blizy**

1. Pacjent siedzi, w odległości 30 cm od oczu trzyma tablicę Snellena do blizy.
2. Czyta każdym okiem osobno tekst z tablicy. Zapis jak wyżej.

Obowiązujące zasady

- Umieszczenie tablic na dobrze oświetlonej ścianie na wysokości wzroku badanego.
- Zadbanie o właściwe ustawienie lub posadzenie pacjenta (przodem do tablicy w odległości 5 m lub 30 cm).
- Przeprowadzenie badania każdego oka osobno.
- Udzielenie pacjentowi wskazówek, jak ma się zachować podczas badania.
- Wskazywanie pacjentowi rzędu liter do odczytania lub znaków do określenia (dzieci, analfabeci).
- Prawidłowy zapis wyniku badania.

6.5.2.5

Ocena zakresu wykonywanych ruchów [●]

Nazwa badania

Ocena zakresu wykonywanych ruchów.

Istota i cel

Ocena zakresu ruchów wykonywanych przez pacjenta — określenie, jakim zakresem ruchów wykazuje się pacjent.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

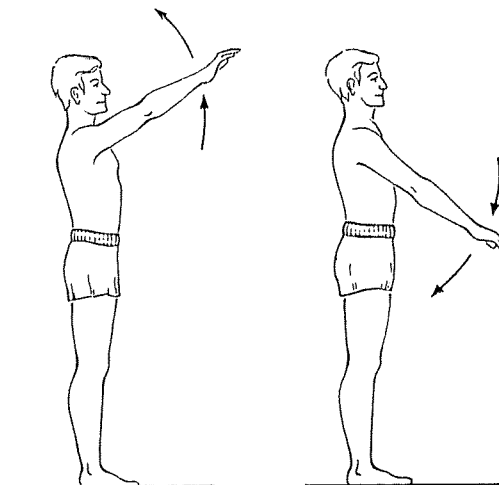
Ocenę zakresu ruchów wykonywanych przez pacjenta pielęgniarka może wykonać bez zlecenia lekarza.

Zapamiętaj:

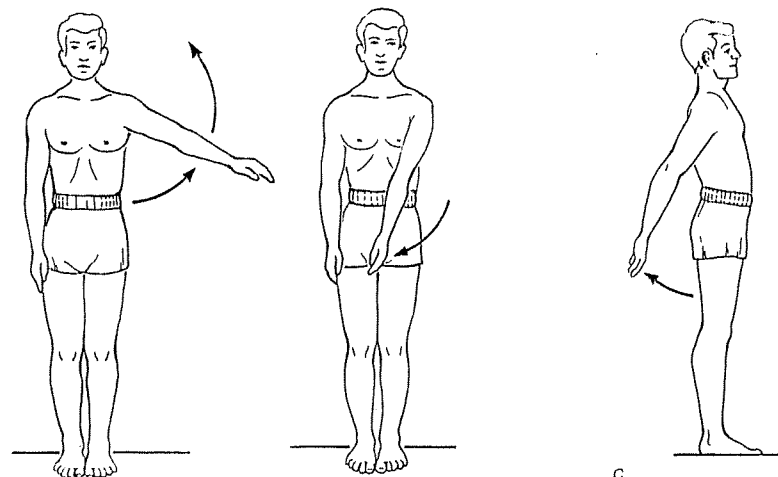
Pielęgniarka powinna znać prawidłowy zakres ruchów w poszczególnych stawach.

Sposób wykonania. Algorytm

1. Uzyskanie od pacjenta informacji o subiektywnej ocenie sprawności narządów ruchu, dolegliwościach bólowych, trudnościach w poruszaniu się, ograniczeniach w ruchomości stawów.



a



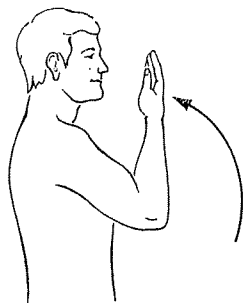
b

c

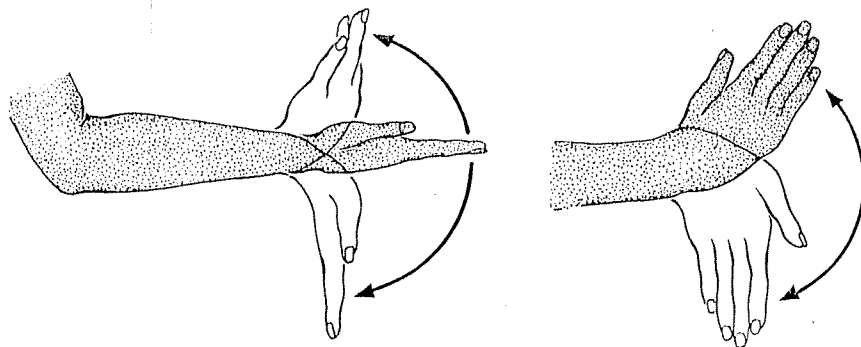
Ryc. 6.14. a, b, c. Badanie zakresu ruchów w stawie ramiennym.

2. Oglądanie pacjenta w czasie:

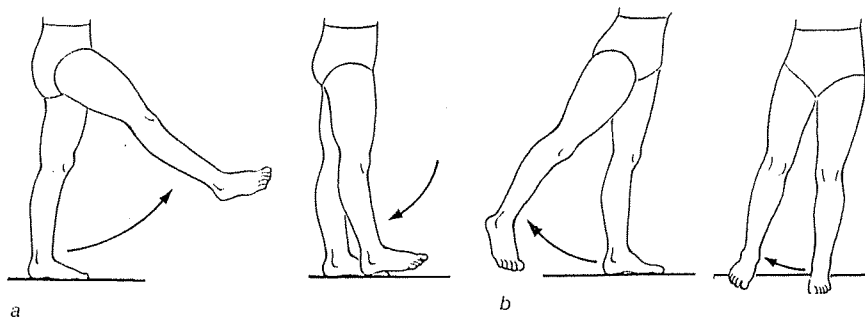
- wykonywania czynności związanych z samoobsługą, takich jak: chwytanie, zginanie, prostowanie, ruchy precyzyjne, siadanie, rozbieranie się, układanie na łóżku, mycie się,
- chodzenia — zwrócenia uwagi na „utykanie”, szybkość chodu.



Ryc. 6.15. Badanie zakresu ruchów w stawie łokciowym.



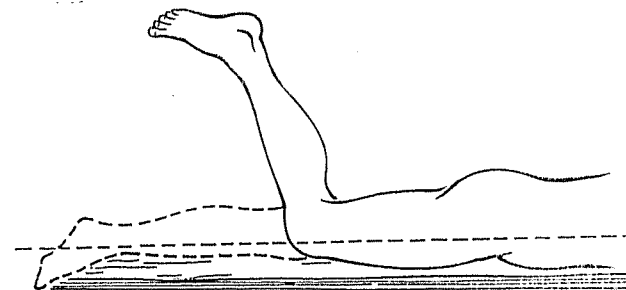
Ryc. 6.16. Badanie zakresu ruchów w stawie nadgarstkowym.



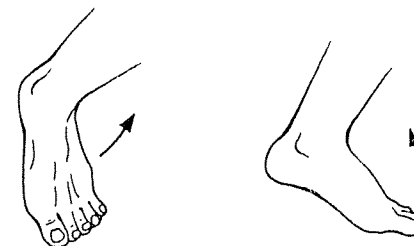
Ryc. 6.17. a, b. Badanie zakresu ruchów w stawie biodrowym.

3. Sprawdzenie zakresu ruchów w stawach:

- ramiennym — zginanie, prostowanie, odwodzenie, przywodzenie, rotacja zewnętrzna i wewnętrzna,
- łokciowym — zginanie, prostowanie, nawracanie, (pronacja), odwracanie (supinacja),



Ryc. 6.18. Badanie zakresu ruchów w stawie kolanowym.



Ryc. 6.19. Badanie zakresu ruchów w stawie skokowym.

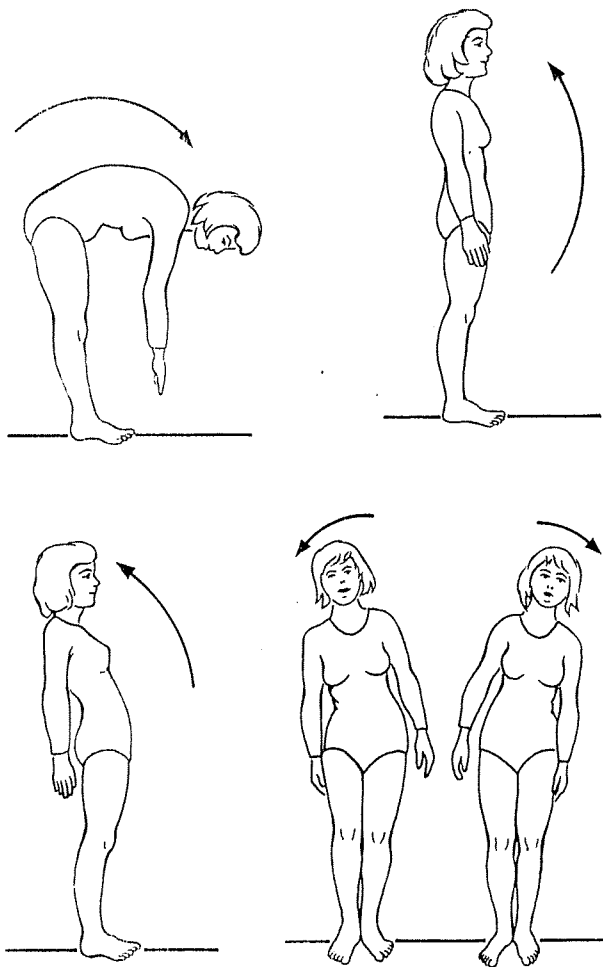
- nadgarstkowym — zgięcie łokciowe, zgięcie dloniowe, odwodzenie, przywodzenie,
- biodrowym — zginanie, prostowanie, odwodzenie, przywodzenie, rotacja zewnętrzna, rotacja wewnętrzna,
- kolanowym — zginanie, prostowanie,
- skokowym — zgięcie podszwowe, zgięcie grzbietowe, nawracanie, odwracanie,
- kręgosłupa — zginanie, prostowanie, pochylenie w bok.

Zapamiętaj:

Oceny można dokonać w czasie wykonywania zabiegów higienicznych i terapeutycznych.

Obowiązujące zasady

- Dokonanie oceny podczas wykonywania zabiegów higienicznych lub terapeutycznych.
- Znajomość prawidłowego zakresu ruchów w stawach.
- Uzyskanie od pacjenta informacji dotyczących subiektywnej oceny sprawności ruchowej.
- Dokładna obserwacja pacjenta w czasie wykonywania czynności ruchowych.



Ryc. 6.20. Badanie zakresu ruchów kręgosłupa.

- Sprawdzenie u pacjenta zakresu ruchów w poszczególnych stawach.

Zapamiętaj:

O stwierdzonych nieprawidłowościach w zakresie poruszania się pacjenta należy powiadomić lekarza, inne pielęgniarki, udokumentować obserwację.

**6.5.2.6
Ocena koordynacji ruchowej [9]**

Nazwa badania

Ocena koordynacji ruchowej.

Istota i cel

Określenie zborności ruchów i obszaru niezborności ruchów.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Badanie wykonuje się:

- przy ocenie stanu pacjenta,
- u pacjentów z chorobami neurologicznymi i neurochirurgicznymi.

Przygotowanie pacjenta

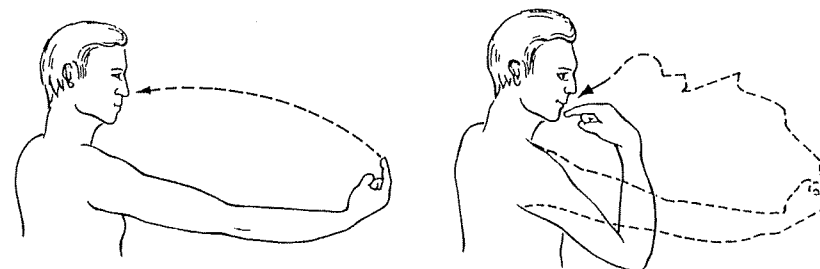
Wyjaśnienie pacjentowi celu wykonywanych prób.

Sposób wykonania. Algorytm

1. Należy dokładnie obserwować pacjenta w czasie chodzenia, rozbierania się.
2. Wskazane jest polecić pacjentowi wykonanie kilku prostych prób:
 - próba „palec-nos” — trafienie palcem w nos,
 - próba „palec-palec” — trafienie przez pacjenta palcem wskazującym we własny palec wskazujący,
 - badanie szybkości ruchów naprzemiennych, np. odwracanie i nawracanie przedramienia (diadochokineza),
 - próba „pięta-kolano” — trafienie w pozycji leżącej piętą w kolano,
 - stanie ze złączonymi stopami i wyciągniętymi rękami przy otwartych i zamkniętych oczach — zwróć uwagę na chwieianie się, padanie, niezborność, wymiar i płynność ruchów.

Obowiązujące zasady

- Dobranie czasu i miejsca dogodnego do wykonania badania.
- Wyjaśnienie pacjentowi celu wykonywanych prób.
- Wyjaśnienie pacjentowi sposobu wykonania próby.
- Zachęcenie pacjenta do współpracy.



Ryc. 6.21. Ocena koordynacji ruchowej – próba palec-nos.

6.5.2.7

Ocena równowagi ciała [●]

<i>Nazwa badania</i>	Ocena równowagi ciała.
<i>Istota i cel</i>	Określenie, czy pacjent nie cierpi na zaburzenia równowagi.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Badanie wykonuje pielęgniarka: <ul style="list-style-type: none">• przy ocenie stanu pacjenta,• u pacjentów z chorobami neurologicznymi,• u pacjentów z chorobami błędnika. O stwierdzonych zaburzeniach powinna powiadomić lekarza.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	Wyjaśnienie pacjentowi celu wykonywanych prób.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	W celu oceny równowagi: <ol style="list-style-type: none">1. Uzyskaj od pacjenta informacje o:<ul style="list-style-type: none">– obecności zawrotów głowy,– objawach towarzyszących zawrotom głowy (nudności, wymioty, oczopląs),– sytuacjach, w jakich pojawiają się zaburzenia równowagi.2. Poleć pacjentowi, aby chodził stawiając piętę przed paluchem (obserwuj, czy nie występują zaburzenia równowagi, tj. chwianie się, zbaczanie, padanie).3. Poleć pacjentowi, aby stanął ze złączonymi stopami, z otwartymi, a następnie zamkniętymi oczami (obserwuj, czy nie występują zaburzenia równowagi — chwianie się).4. Obserwuj chód pacjenta (chód na szerokiej podstawie — chód ataktyczny, zataczanie się). <p>Zapamiętaj: O zaobserwowanych zaburzeniach równowagi należy powiadomić lekarza. W razie zauważenia niepokojących objawów pacjent powinien być poddany badaniom dodatkowym (audiogram, próba błędnikowa, badanie neurologiczne, EEG).</p>
<i>Obowiązujące zasady</i>	<ul style="list-style-type: none">• Wyjaśnienie pacjentowi celu wykonywanych prób.• Wyjaśnienie, na czym polega wykonanie poszczególnych prób.• Zachęcenie pacjenta do współpracy.• Określenie czasu i miejsca wykonania zadania.

6.5.2.8

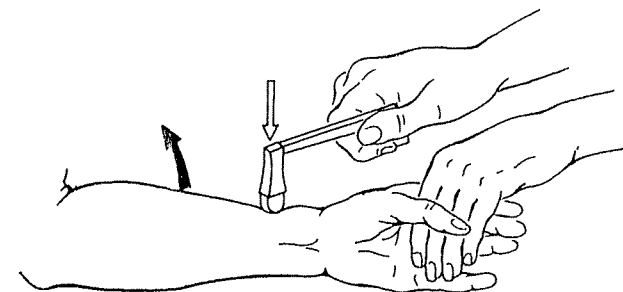
Ocena napięcia mięśniowego [●]

<i>Nazwa badania</i>	Ocena siły mięśni.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na manualnej ocenie mięśni w ustalonych pozycjach i w czasie określonego ruchu.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Obserwowanie pracy mięśni podczas wykonywania przez pacjenta ruchów czynnych. Zapamiętaj: Dokładna ocena napięcia mięśniowego testem Lovetta dokonywana jest przez kinezyterapeutę lub lekarza specjalistę z zakresu rehabilitacji, ortopedii. Pielęgniarka powinna znać ogólne kryteria oceny napięcia mięśniowego (p. niżej).
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none">• Wyjaśnienie pacjentowi, na czym polega badanie.• Zachęcenie pacjenta do współpracy.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Dokładnie obejrzyj i sprawdź dotykiem napięcie badanych mięśni.2. Obserwuj skurecz i napięcie mięśni w czasie wykonywania ruchu. Oceń skurecz mięśnia wg podanych kryteriów (test Lovetta):<ul style="list-style-type: none">0 = 0% — brak wszelkiego śladu czynnego skurczu,1 = 10% — ślad czynnego skurczu mięśni bez wyniku ruchowego,2 = 25% — słaby skurecz, pacjent może wykonać ruch w pełnym zakresie, lecz tylko w odciążeniu kończyny,3 = 50% — dostateczny skurecz, mięsień wykonuje ruch w pełnym zakresie, przewyższając ciężar własny kończyny, którą porusza,4 = 75% — dobry skurecz, mięsień wykonuje ruch jak poprzednio, przy czym może pokonać dodatkowo pewien opór,5 = 100% — normalny, siła mięśnia normalna, wykonanie czynnego ruchu z pokonaniem znacznego oporu. <p>Zapamiętaj: Test Lovetta nie jest badaniem pojedynczego mięśnia, ale daje orientację o poziomie siły zespołu mięśni. Technika wykonania testu Lovetta — patrz podręczniki kinezyterapii: Milanowska (1980).</p>
<i>Obowiązujące zasady</i>	<ul style="list-style-type: none">• Wyjaśnienie pacjentowi celu badania.• Pozyskanie pacjenta do współpracy.• Wybranie miejsca i czasu wykonania badania.

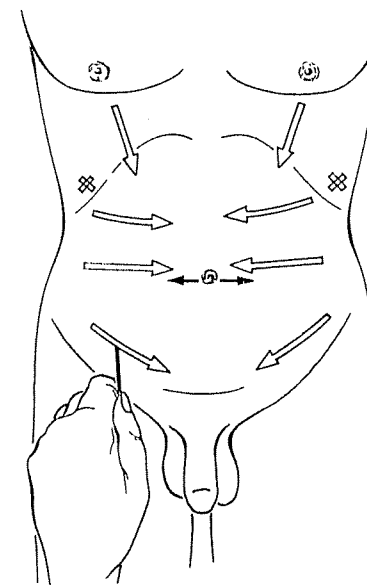
6.5.2.9

Ocena reakcji odruchowej [+]

<i>Nazwa badania</i>	Badanie reakcji odruchowej.
<i>Istota i cel</i>	Stwierdzenie obecności zasadniczych odruchów fizjologicznych. Zapamiętaj: W orientacyjnym badaniu można ograniczyć się do zbadania kilku zasadniczych odruchów (np. źrenicznego, podniebiennego, kolanowego).
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Badanie podstawowych odruchów niezbędnych do oceny stanu pielęgniarca wykonuje na zlecenie lekarza, np. obserwując chorego nieprzytomnego. • Współuczestniczy w badaniu wykonywanym przez lekarza neurologa.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	Wyjaśnienie pacjentowi celu badania.
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Szpatulka. • Klaczki waty. • Iгла (np. do iniekcji).
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	<p>1. Badanie odruchów w obrębie głowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Odruchy źreniczne — poleć badanemu patrzeć w stronę światła. Następnie przesłoń badanemu rękami oczy i odejmując na krótką chwilę raz jedną, raz drugą rękę oświetlaj po kolei każde oko. Obserwuj zwężanie się i rozszerzanie źrenic pod wpływem światła. – Odruch rogówkowy — poleć badanemu patrzeć w górę, rogówkę lekko dotykaj, np. cienkim pęczkiem waty. Obserwuj skurcz mięśnia okrężnego oka. – Odruch podniebienne — dotknięcie szpatułką podniebienia miękkiego i języczka wywołuje równomierne uniesienie się podniebienia miękkiego. – Odruch gardłowy (wymiotny) — dotknięcie tylnej ściany gardła wywołuje odruchy wymiotne. <p>2. Badanie odruchów w obrębie kończyny górnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Odruch z kości promieniowej — badanie wykonuje się w pozycji siedzącej lub stojącej. Zwisającą luźno kończynę ujmij na poziomie nadgarstka, biernie zegnij, ustaw rękę w położeniu pośrodkowym między nawróceniem i odwróceniem. Opukuj dalszy odcinek kości promieniowej. Prawidłowa odpowiedź polega na lekkim zgięciu kończyny w stawie łokciowym. <p>3. Badanie odruchów brzusznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bada się przez szybkie, lecz niezbyt krótkie drażnienie powłok brzusznych (miejsce drażnienia — tuż poniżej



Ryc. 6.22. Badanie odruchu z kości promieniowej.

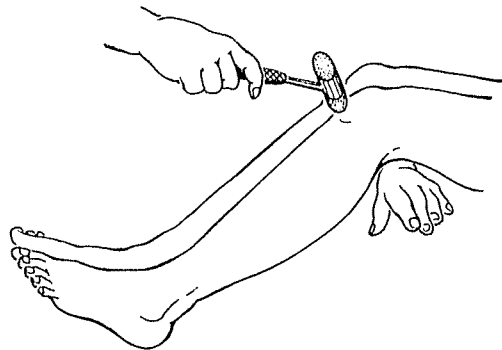


Ryc. 6.23. Badanie odruchów brzusznych.

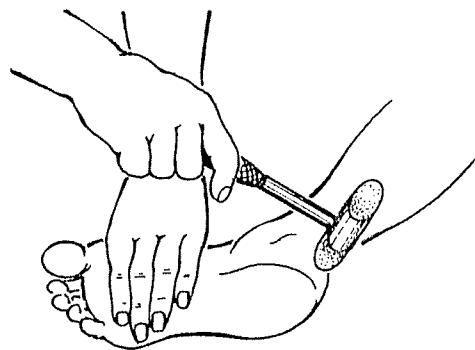
luku żebrowego, na poziomie pępka, powyżej pachwiny).

- Badanie przeprowadza się w wygodnym ułożeniu pacjenta na plecach (głowa musi leżeć, mięśnie szyi powinny być rozluźnione, ramiona ułożone swobodnie obok tułowia).

Efekt: wciągnięcie podbrzusza i podżebrza z przeciągnięciem pępka w górę, wciągnięcie mięśnia poprzecznego brzucha z przesunięciem pępka w bok; wciągnięcie podbrzusza, przeciągnięcie pępka ku dołowi i w bok.



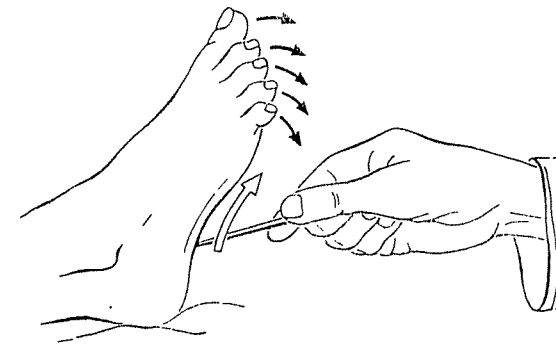
Ryc. 6.24. Badanie odruchu kolanowego.



Ryc. 6.25. Badanie odruchu ze ścięgna Achillesa.

4. Badanie odruchów z kończyn dolnych:

- **Odruch kolanowy** — bada się przez uderzenie w ścięgno rzepkowe. Efekt — szybki skurcz mięśnia czworogłowego uda z lekkim wyprostowaniem podudzia w stawie kolanowym. Pacjent ułożony w pozycji leżącej. Podsuń ramię pod kończyny dolne pacjenta i podtrzymuj je w zgięciu w stawach kolanowych. Następnie uderz dość silnym uderzeniem w środkową część ścięgna mięśnia czworogłowego (poniżej rzepki).
- **Odruch ze ścięgna Achillesa** (piętowego) — w stanie całkowitego rozluźnienia wszystkich mięśni oprzy skrzyconą na zewnątrz kończynę dolną na zewnętrznym brzegu stopy, wolną ręką odpowiednio napnij ścięgno Achillesa, następnie z umiarkowaną siłą uderz w nie od tyłu.
Efekt: skurcz mięśni łydki z lekkim zgięciem podszwowym stopy.



Ryc. 6.26. Badanie odruchu podszwowego.

- **Odruch podszwowy** — lekki bodziec, jakim jest podrapanie igłą podszwy, powoduje w warunkach prawidłowych zgięcie podszwowe palców.

Zapamiętaj:

Należy stwierdzić, czy badane odruchy są:

- obecne,
- symetryczne,
- zniesione,
- wzmożone.

Obowiązujące zasady

- Wyjaśnienie pacjentowi celu wykonywanego badania.
- Wybranie miejsca i czasu wykonywania badania.
- Zachęcenie pacjenta do współpracy.
- Ułożenie pacjenta w pozycji, w której możliwe jest zbadanie odruchu.

6.5.2.10

Ocena stanu powłok skórnych i włosów [●]

Nazwa badania

Ocena stanu powłok skórnych i włosów.

Istota i cel

Oglądanie skóry i włosów w celu określenia stanu higienicznego oraz poszukiwania zmian patologicznych skóry lub zmian wskazujących na różne stany patologiczne organizmu.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

- Pielęgniarka zna cechy skóry i włosów zdrowych, zna podstawowe objawy patologiczne mogące wystąpić na skórze, potrafi prawidłowo je nazwać.
- Badanie może przeprowadzić bez zlecenia lekarza.

<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O wszystkich zauważonych zmianach na skórze musi powiadomić lekarza. • Zapewnienie intymności. • Rozebranie chorego. • Jeżeli badanie przeprowadza się w trakcie wykonywania zabiegów higienicznych, przygotowanie chorego takie jak do mycia ciała.
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rękawiczki czyste gumowe lub do jednorazowego użytku.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozbierz pacjenta. 2. Starannie obejrzyj całą skórę zwracając uwagę na: <ul style="list-style-type: none"> – stan higieniczny skóry i włosów, – kolor skóry, – wilgotność skóry, – temperaturę skóry, – napięcie, obrzęki, – objętość tkanki tłuszczowej, – blizny, zranienia, – zadrapania, ślady po ukłuciach, – wykwity, zaczerwienienia, przebarwienia, – rodzaj i stan owłosienia, – paznokcie (kształt płytki, zabarwienie, przebarwienia, lamliwość, zniekształcenia). 3. Zapytaj chorego o objawy podmiotowe, tj. świąd, pieczenie, ból, przeczulica. 4. Obejrzyj skórę w okolicach szczególnie narażonych na powstawanie odleżyn, odparzeń, zmian grzybiczych (między palcami). <p>Zapamiętaj: Badanie pielęgniarka może przeprowadzić w czasie wykonywania mycia całego ciała. Obserwacje należy odnotować w historii pielęgnowania, o zmianach patologicznych poinformować lekarza.</p>

Obowiązujące zasady

- Badanie przeprowadza się w czasie wykonywania zabiegów higienicznych.
- W czasie badania zapewnia się pacjentowi intymność.
- Dokładnie ogląda się skórę pacjenta.
- Badanie wykonuje się w rękawiczkach.
- Uzyskuje się od pacjenta informacje o objawach podmiotowych ze strony skóry.

6.5.2.11

Ocena stanu jamy ustnej i narządu żucia [●]

<i>Nazwa badania</i>	Oglądanie jamy ustnej.
<i>Istota i cel</i>	Ocena stanu jamy ustnej w celu określenia zmian chorobowych ograniczających funkcję narządów znajdujących się w jamie ustnej.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarcki</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dokładne obejrzenie wszystkich elementów jamy ustnej. • Wyjaśnienie pacjentowi celu badania.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<p>Tak jak do toalety jamy ustnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • założenie ręcznika pod brodę pacjenta, • ułożenie w pozycji półsiedzącej lub na boku, • zapewnienie dobrego oświetlenia. <p>Zapamiętaj: Badanie można przeprowadzić w czasie wykonywania toalety jamy ustnej.</p>
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Szpatułki jednorazowego użytku. • Rękawiczki czyste gumowe lub do jednorazowego użytku. • Źródło światła.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przynajmniej raz dziennie przy dobrym oświetleniu dokładnie obejrzyj i oceń: <ul style="list-style-type: none"> – błonę śluzową jamy ustnej (zapach z ust, kolor, obrzęk, pleśniawki, wilgotność), – wargi (wygląd czerwieni wargowej, obecność opryszczki, zajądów, innych zmian), – dziąsła (krwawienie z dziąseł, obrzęk, rozpułchnienie), – język (wygląd języka, zabarwienie, obłożenie języka), – migdałki (powiększenie, obłożenie nalotem, zaczerwienienie), – zęby (stan uzębienia, liczba zębów, obecność protez zębowych, ruchomość zębów — parodontoza), – ślinianki (obrzeczenie, bolesność). <p>Zapamiętaj: Ocenę stanu jamy ustnej należy wykonywać szczególnie u pacjentów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – gorączkujących, – z chorobami zakaźnymi, – z chorobami krwi, – odwodnionych, – dzieci, – osób starszych.

Obowiązujące zasady

- Dokładne obejrzenie jamy ustnej przy okazji wykonywania zabiegów higienicznych.
- Zapewnienie dobrego oświetlenia podczas oglądania.
- Posługiwanie się jednorazowym sprzętem (szpatułki).
- Wykonywanie czynności w rękawiczkach.
- Zgłoszenie zmian patologicznych lekarzowi.

Zadania sprawdzające

1. Badanie ostrości wzroku przeprowadza się za pomocą tablic Snellena. Określ zasady obowiązujące przy wykonaniu tego badania.
2. Zastanów się i odpowiedz. Jakie metody zastosujesz do oceny funkcjonowania układu kostno-stawowo-mięśniowego?
3. Odpowiedz na pytanie. Czy zabarwienie skóry pacjenta może wskazywać na zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu? Jakie choroby mogą znaleźć odzwierciedlenie w zmienionym zabarwieniu skóry?
4. Spróbuj określić, jakie znaczenie dla pielęgniarki i podmiotu opieki ma ocena zakresu wykonywanych ruchów koordynacji ruchowej oraz równowagi ciała.
5. Na podstawie analizy treści zawartych w rozdziale 6 określ, jakie zmiany w jamie ustnej mogą przyczynić się do zaburzenia funkcji tego narządu.
6. Jakie znaczenie dla pacjenta ma prawidłowa i zaburzona aktywność?
7. Przypomnij sobie, na czym polega reakcja odruchowa. Jakie fizjologiczne odruchy występują u człowieka?
8. Co to jest test Lovetta? Czemu służy?
9. Jakie próby polecisz wykonać pacjentowi, oceniając jego koordynację ruchową?
10. Na czym polega badanie odruchu ze ścięgna Achillesa?

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Do oceny siły mięśni służy skala Lovetta. Zapoznaj się z tą skalą. Zastanów się, jak może wykorzystać ją pielęgniarka do oceny układu ruchu pacjenta. Spróbuj ocenić siłę mięśni koleżanki stosując kryteria oceny wg skali.
2. Spróbuj powiedzieć, wg jakich reguł można określić prawidłową masę ciała. Sprawdź, czy liczbowy wskaźnik BMI Twojej masy ciała odpowiada normie.

3. Sprawdź, jaki jest liczbowy wskaźnik BMI u członków Twojej rodziny.
4. Po zapoznaniu się z procedurą oceny reakcji odruchowej spróbuj zbadać odruchy, o których mowa w procedurze, u koleżanki.
5. Oceń koordynację ruchową u koleżanki, pacjentą, którym opiekujesz się podczas zajęć praktycznych, znajomego dziecka.
6. Wykonaj ocenę słuchu u wybranego pacjenta w wieku geriatrycznym.
7. Oceń ostrość wzroku u koleżanki, korzystając z tablic Snellena.
8. Oceń zakres wykonywanych ruchów u pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Literatura

- Bronisch F.W.*: Badanie odruchów. PZWL, Warszawa 1971.
Dixon N.: Technika zabiegów pielęgniarstwa. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
Milanowska K.: Kinezyterapia. PZWL, Warszawa 1980.
Prusiński A.: Podstawy neurologii klinicznej. PZWL, Warszawa 1983.
Rejzner C., Szczygielska-Majewska M.: Wybrane zagadnienia z rehabilitacji. CMDNŚSZM, Warszawa 1992.

6.6 Zadania pielęgniarki w zakresie wykonywania badań i pobierania materiału do badań laboratoryjnych

Anna Felińska

Prawidłowe ustalenie rozpoznania (określenie rodzaju, umiejscowienia i przyczyny zmian chorobowych) ma decydujący wpływ na wybór metody leczenia i dalsze rokowanie. W procesie diagnostycznym bierze udział cały zespół terapeutyczny. Pielęgniarka współpracuje w zespole, wykonuje zadania nie tylko zlecone przez lekarza lub innych członków zespołu terapeutycznego, ale również takie, które nie wymagają zlecenia.

Zadania podejmowane przez pielęgniarkę mają różny stopień autonomii. Najczęściej polegają na:

- 1) przygotowaniu pacjenta do badań:
 - ustalenie czasu wykonania,
 - zastosowanie zmodyfikowanej diety, wykonanie lewatywy w celu przygotowania przewodu pokarmowego do badania,
 - podanie zleconych przez lekarza leków w ramach przygotowania farmakologicznego,

- przekazanie dodatkowych informacji dotyczących istoty badania, jego przebiegu i oczekiwanego zachowania się pacjenta w czasie jego wykonywania,
 - uspokojenie pacjenta, eliminowanie niepokoju, lęku, a tym samym pozyskanie jego do współpracy, aktywnego udziału w badaniu (sposób informowania dobiera pielęgniarka, dostosowując go do możliwości zrozumienia przez pacjenta; od postawy pielęgniarki często zależy pozyskanie zaufania pacjenta do osób wykonujących badanie),
- 2) przygotowaniu niezbędnego wyposażenia w pokoju zabiegowym, w którym będzie wykonywane badanie, np. stół do badania lub leżanka dla pacjenta, prawidłowe oświetlenie, źródło zasilania dla urządzeń optycznych (endoskop), dostęp do tlenu itp.,
 - 3) przygotowaniu pełnego zestawu przyborów, narzędzi, materiałów do wykonania badania,
 - 4) pomocy, asystowaniu lekarzowi przy wykonywaniu badania, np. nakłuć jam ciała,
 - 5) pobieraniu materiału do badań laboratoryjnych i wykonywaniu niektórych badań, np. OB,
 - 6) pielęgnowaniu, obserwacji pacjenta po badaniu (np. pomiar parametrów życiowych), zapewnieniu warunków do odpoczynku.

Tabela 6.15. Rodzaj badań a zadania i kompetencje pielęgniarki

Rodzaj badań	Zadania i kompetencje pielęgniarki
Morfologia OB Stężenie glukozy Stężenie elektrolitów, białek, enzymów, grupa krwi i Rh Badanie ogólne moczu, badanie bakteriologiczne moczu Wymaz z nosa Wymaz z gardła Zgłębnikowanie żołądka Sonda dwunastnicza	Przygotowanie pacjenta Przygotowanie sprzętu Pobranie materiału do badania Zabezpieczenie pobranego materiału i przekazanie go do laboratorium Postępowanie ze sprzętem po badaniu Pielęgniarka może pobierać materiał do badań samodzielnie, nie jest konieczne zlecenie lekarza, ale pod warunkiem że odbyła kurs specjalizacyjny lub uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa [○]
Badanie wydolności układu oddechowego: spirometria Badanie wydolności układu moczowego: dobowy zbiórka moczu, bilans płynów	Przygotowanie pacjenta Przygotowanie sprzętu Wykonanie badania Udokumentowanie wyniku badania Postępowanie ze sprzętem po badaniu Pielęgniarka może wykonywać wymienione badania samodzielnie, nie jest konieczne zlecenie lekarza [●]
Badania endoskopowe: gastroskopia, rektoskopia, kolonoskopia, bronchoskopia Nakłucia jam ciała: jamy brzusznej, jamy opłucnej, nakłucie łądźziowe, nakłucie np. mostka w celu pobrania szpiku kostnego	Przygotowanie pacjenta Przygotowanie sprzętu Asystowanie lekarzowi w czasie wykonywania badania Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu Postępowanie ze sprzętem po badaniu Pielęgniarka uczestniczy, asystuje w wymienionych badaniach, wykonywanych przez lekarza [○○]

cd. tab. 6.15

Rodzaj badań	Zadania i kompetencje pielęgniarki
Badanie ginekologiczne	Przygotowanie pacjentki do badania
Badania rentgenowskie kontrastowe: angiografia, urografia, wlew doodbytniczy, TK — tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny Badania izotopowe: scyntygrafia USG — ultrasonografia Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej	Przygotowanie pacjenta Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu Pielęgniarka opiekuje się pacjentem w czasie badań i po wykonaniu wymienionych badań [*]

Zakres zadań i kompetencji pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. Uwzględniając zakres działań pielęgniarki, można dokonać klasyfikacji badań diagnostycznych (tab. 6.15).

Tabela 6.16. Zadania pielęgniarki w zakresie pobierania materiału do badań laboratoryjnych

Badania laboratoryjne	Zadania pielęgniarki
Badania krwi: morfologia, grupa krwi i Rh, stężenie elektrolitów, białek, enzymów, reszta azotowych przemiany materii, glukozy Badania moczu: analiza moczu (badanie ogólne), badanie bakteriologiczne (posiew), Wymazy: z nosa, z gardła Badanie soku żołądkowego Badanie żółci	Przygotowanie pacjenta Przygotowanie sprzętu Pobranie materiału do badania Zabezpieczenie, opisanie i przekazanie pobranego materiału do laboratorium Uporządkowanie sprzętu po badaniu Obserwowanie pacjenta po badaniu

Pobrany materiał jest poddawany obróbce w warunkach laboratoryjnych przy użyciu np. odczynników chemicznych, specjalnych urządzeń.

6.6.1

Procedury i algorytmy pobierania materiału do badań

6.6.1.1

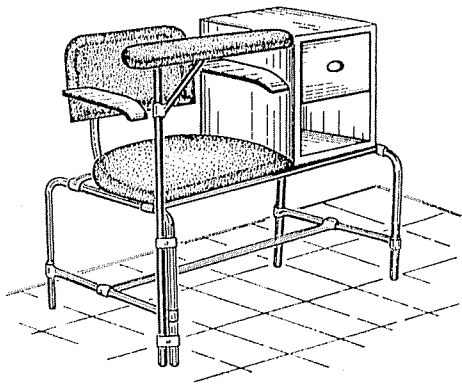
Pobieranie krwi do badań [O]

<i>Nazwa badania</i>	Pobranie krwi do badań.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na nakłuciu naczynia krwionośnego i pobraniu krwi do badań laboratoryjnych. <ul style="list-style-type: none">• Krew z naczyń żylnych jest pobierana najczęściej do oznaczenia: morfologii krwi obwodowej, stężenia elektrolitów, białka, produktów przemiany materii (mocznik, kreatynina), aktywności enzymów, układu krzepnięcia, stężenia hormonów.• Krew tętnicza jest pobierana do analizy i oceny pH, równowagi kwasowo-zasadowej, prężności tlenu.• Krew włosniczkowa jest pobierana w celu wykonania badania gazometrycznego, morfologii, oznaczenia stężenia glukozy.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Krew do badania może pobrać pielęgniarka samodzielnie, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Do jej zadań należy:

- Przygotowanie pacjenta do badania.
- Przygotowanie sprzętu (zestawu).
- Pobieranie krwi do badania.
- Oznaczenie próbek i przekazanie krwi do laboratorium.
- Postępowanie ze sprzętem po badaniu.
- Poinformowanie o sposobie zachowania się przed badaniem, w czasie badania i po jego zakończeniu.



Ryc. 6.27. Fotel, w jakim siedzi pacjent w czasie pobierania krwi.

Przygotowanie pacjenta

- Zapewnienie wygodnej, bezpiecznej pozycji w czasie badania.
- Poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się w czasie badania oraz że:
 - przed pobraniem krwi powinien być na czczo przez 8–12 h.
 - w czasie pobierania krwi powinien zgłaszać niepokojące objawy.
 - po badaniu powinien utrzymać opatrunek uciskowy do czasu całkowitego ustania krwawienia.

Przygotowanie sprzętu

- Zestaw: jałowa igła i strzykawko-probówki typu Mono-vette do pobierania krwi do badań laboratoryjnych (ryc. 6.28), opaska uciskowa (staża), środek do dezynfekcji miejsca wkłucia, materiał opatrunkowy (gaziki), rękawiczki, naczynie na odpadki, przylepiec, nożyczki.

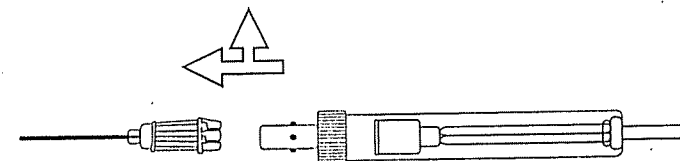


Ryc. 6.28.

Sposób wykonania. Algorytm

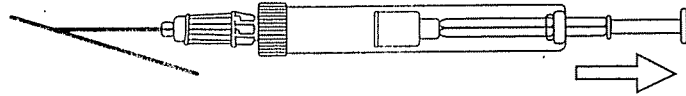
Badanie wykonuje pielęgniarka.

- **Pobranie krwi z naczynia żylnego**
 1. Przygotuj zestaw.
 2. Sprawdź tożsamość pacjenta.
 3. Poproś pacjenta, aby wygodnie usiadł i ułożył wyprostowaną rękę na podpórcie fotela lub na przygotowanej poduszeczce.
 4. Załóż rękawiczki.
 5. Wybierz dobrze widoczną żyłę.
 6. Przygotuj igłę i strzykawkę.
 7. Załóż opaskę uciskową na kończynę.
 8. Zdezynfekuj miejsce wkłucia.
 9. Poproś pacjenta, aby zaciśnął pięść, uchwyc rękę pacjenta, napinając skórę w okolicy wybranego miejsca wkłucia.
 10. Wprowadź igłę do naczynia.
 11. Podłącz strzykawko-probówkę (ryc. 6.29).



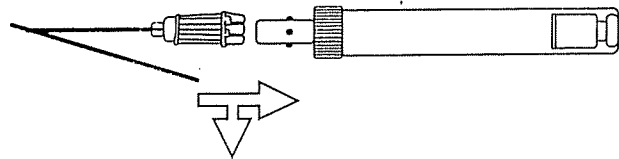
Ryc. 6.29.

12. Zaaspiruj krew do strzykawko-probówki (ryc. 6.30).



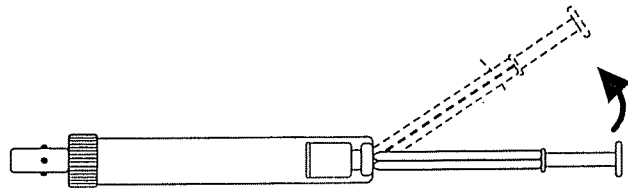
Ryc. 6.30.

13. Odłącz strzykawko-probówkę, odkręcając ją od igły (ryc. 6.31).



Ryc. 6.31.

14. Podłącz kolejną strzykawko-probówkę do igły wklutej do naczynia żylnego.
15. Zaaspiruj krew do strzykawko-probówki.
16. Poproś pacjenta, aby rozluźnił pięść.
17. Zwolnij opaskę uciskową.
18. Uciśnij miejsce wkłucia gazikiem nasączonym środkiem dezynfekcyjnym i usuń igłę z żyły.
19. Poproś pacjenta, aby przytrzymał gazik i uniośł rękę ku górze (zabezpiecz opatrunek przylepcem).
20. Odłam tłoki od strzykawko-probówek (ryc. 6.32).



Ryc. 6.32.

21. Oznacz probówki zgodnie z przyjętym zwyczajem na oddziale, np. przez naklejenie kodów kreskowych z imieniem i nazwiskiem pacjenta, i dołącz wypełnione skierowanie.
22. Uporządkuj zestaw.
23. Przekaż probówki z krwią do laboratorium.

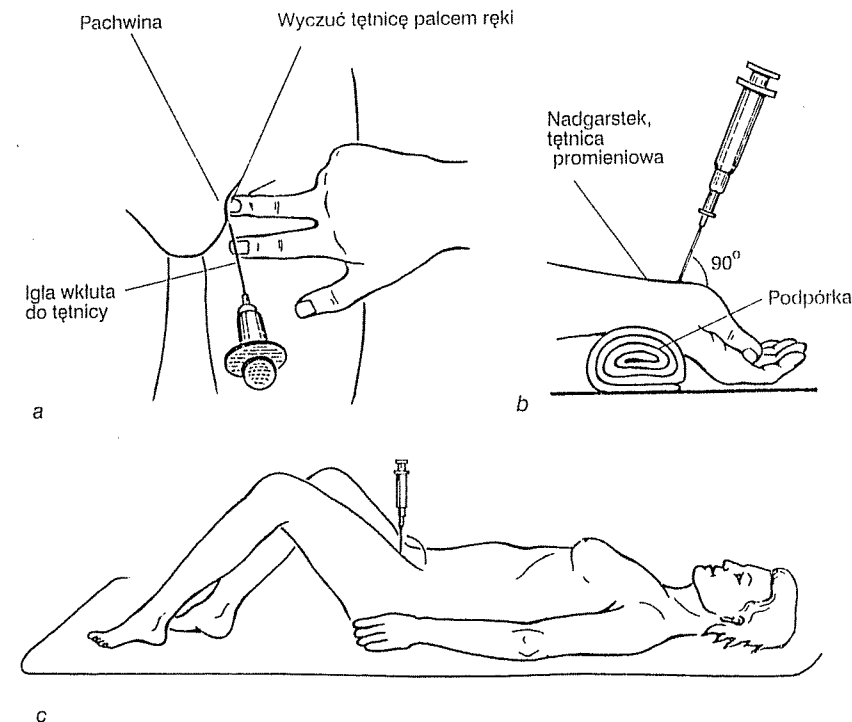
• Pobranie krwi z naczynia tętniczego

Krew pobiera lekarz — najczęściej nakłuwa się tętnicę promieniową, łokciową lub udową.

1. Przygotuj zestaw.
2. Poproś pacjenta, aby ułożył się/usiadł do pobrania krwi, np. wygodnie usiadł i ułożył rękę na podpórce fotela lub na poduszeczce.
3. Podaj lekarzowi rękawiczki.
4. Przygotuj igłę, strzykawkę i gazik ze środkiem dezynfekcyjnym.
5. Lekarz po wyczuciu tętnicy dezynfekuje miejsce wkłucia i wprowadza igłę do tętnicy (pod kątem 90°).
6. Po pobraniu krwi nałóż opatrunek uciskowy.
7. Poproś pacjenta, aby nie zdejmował opatrunku mniej więcej przez 1 h.

• Pobranie krwi włósniczkowej

Krew pobiera pielęgniarka lub pracownik laboratorium. W zestawie zamiast igły i strzykawki należy przygotować



Ryc. 6.33. Nakłucie tętnicy: a — udowej, b — promieniowej, c — ułożenie pacjenta w czasie pobierania krwi z tętnicy udowej.

specjalny jałowy nożyk. W celu pobrania krwi włośniczkowej nakłuwa się opuszkę palca ręki, a u noworodka piętę.

1. Przygotuj zestaw.
2. Poproś pacjenta, aby wygodnie usiadł.
3. Załóż rękawiczki.
4. Przygotuj nożyk i gazik nasączony środkiem dezynfekcyjnym.
5. Uciśnij opuszkę palca w celu wywołania przekrwienia skóry.
6. Zdezynfekuj miejsce nakłucia.
7. Po odczekaniu aż środek dezynfekcyjny wyparuje, nakłuj energicznie przygotowane miejsce nożykiem.
8. Pobierz kroplę krwi do mikropipety (lub na papierek wskaźnikowy — przy badaniu stężenia glukozy glukometrem).
9. Załóż opatrunek na miejsce nakłucia.
10. Uporządkuj zestaw.
11. Pobraną krew po oznaczeniu przekaz do laboratorium.

Obowiązujące zasady

- Zasady aseptyki, antyseptyki.
- Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji.
- Przygotowanie igieł o odpowiedniej średnicy.
- Uciśnięcie stażą naczynia krwionośnego.
- Uciśnięcie miejsca wkłucia opatrunkiem.
- Obserwowanie pacjenta w czasie pobierania krwi.
- Dobór właściwego sprzętu.

**6.6.1.2
Pomiar glukozy we krwi [O]**

<i>Nazwa badania</i>	Oznaczenie stężenia glukozy we krwi.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na nakłuciu opuszki palca i pobraniu krwi w celu oznaczenia stężenia glukozy. Badanie to wykonuje się w ramach podstawowych badań diagnostycznych, a także w codziennej kontroli stężenia glukozy u osób chorych na cukrzycę. Badanie to wykonuje pielęgniarka posługując się glukometrem. W codziennej kontroli stężenia glukozy wykonuje je samodzielnie pacjent po zapoznaniu się z obsługą glukometru.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Badanie może wykonać pielęgniarka bez zlecenia lekarza, jeżeli jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa.

Do jej zadań należy:

- Przygotowanie pacjenta do badania.
- Przygotowanie sprzętu (zestawu).
- Pobranie krwi do badania.
- Wykonanie badania przy użyciu glukometru.
- Odczytanie wyniku badania.
- Udokumentowanie wyniku badania.
- Postępowanie ze sprzętem po badaniu.
- Nauczenie pacjenta posługiwania się glukometrem w celu samodzielnego oznaczania stężenia glukozy we krwi.

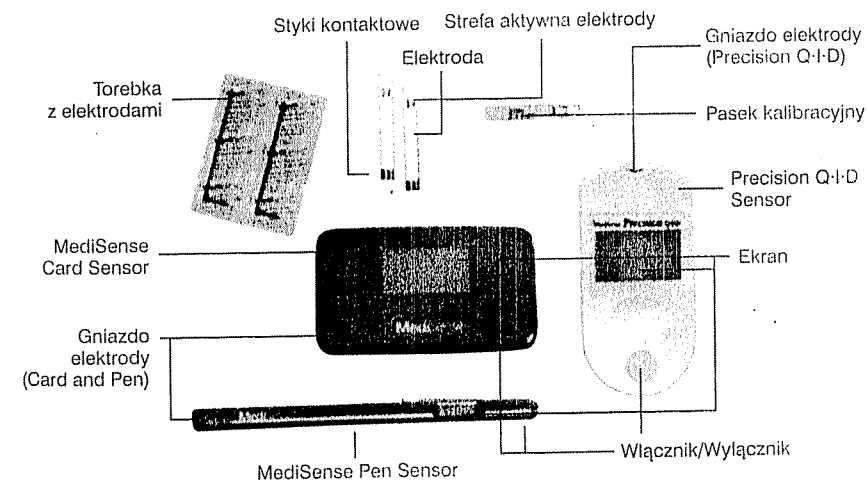
Przygotowanie pacjenta

Zapewnienie pacjentowi wygodnej, bezpiecznej pozycji w czasie badania.

Poinformowanie, że:

- Przed badaniem należy być na czczo mniej więcej przez 8 h.
- W czasie badania należy stosować się do wskazówek osoby pobierającej krew.
- Po badaniu należy przytrzymać opatrunek do momentu całkowitego ustania krwawienia.
- Jeżeli pacjent samodzielnie wykonuje badanie powinien:
 - pamiętać o umyciu rąk wodą z mydłem i dezynfekcji opuszki palca przed nakłuciem,
 - przestrzegać ściśle instrukcji obsługi glukometru, którego używa do oznaczenia stężenia glukozy.
- Zestaw: glukometr (ryc. 6.34), elektrody — paski testowe, pasek kalibracyjny do glukometru, nakłuwacz z lan-

Przygotowanie sprzętu



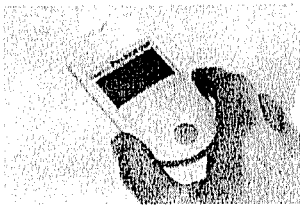
Ryc. 6.34.

cetami jednorazowego użytku lub nożyki jednorazowego użytku, gaziki, płyn do dezynfekcji miejsca nakłucia. Przygotowanie sprzętu, czyli glukometru, do oznaczenia obejmuje również jego kalibrację, czyli sprawdzenie zgodności kodów: elektrody — paska i glukometru. Do tego celu służy pasek kalibracyjny, który znajduje się w każdej paczce elektrod — pasków testowych.

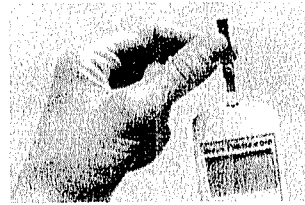
Aby odczyt stężenia glukozy był miarodajny, glukometr powinien być wykalibrowany za każdym razem, gdy otwieramy nową paczkę elektrod. Można posługiwać się tylko paskiem kalibracyjnym z tego opakowania.

Sposób wykonania kalibracji

1. Połóż glukometr na płaskiej, czystej powierzchni, ekranem do góry (ryc. 6.35).
2. Wyjmij pasek kalibracyjny z paczki z elektrodami, których będziesz używać.
3. Znajdź koniec paska „ze stykami kontaktowymi” — strzałka powinna być skierowana w stronę szczeliny glukometru.
4. Trzymając pasek stykami ku górze, wsuń go do gniazda glukometru. Delikatnie dopchnij pasek do oporu (ryc. 6.36).

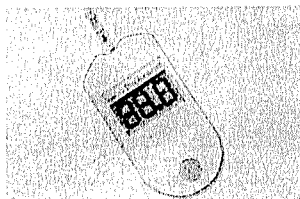


Ryc. 6.35.

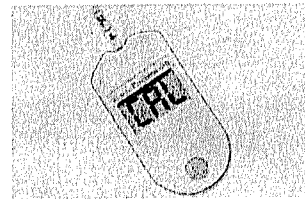


Ryc. 6.36.

5. Glukometr włącza się automatycznie, a na ekranie pojawia się liczba „88.8” (ryc. 6.37).
6. Na ekranie pojawia się napis „CAL”, a następnie trzycyfrowy kod kalibracji dla danej serii elektrod (ryc. 6.38). Oznacza to, że kalibracja jest zakończona.



Ryc. 6.37.

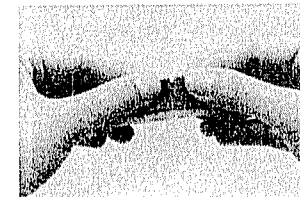


Ryc. 6.38.

Sposób wykonania badania. Algorytm

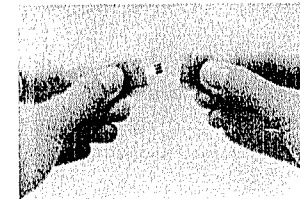
7. Naciśnij i zwolnij wyłącznik glukometru.
8. Wyjmij pasek kalibracji i włóż go z powrotem do opakowania z elektrodami.

1. Przygotuj zestaw.
2. Sprawdź tożsamość pacjenta.
3. Poproś pacjenta, aby wygodnie usiadł i położył rękę na podopórce fotela lub na poduszeczce.
4. Połóż glukometr na suchej, czystej powierzchni, ekranem do góry (patrz ryc. 6.35).
5. Otwórz aluminiową torebkę elektrody rozdzielając ją wzdłuż zaznaczonych linii cięcia (ryc. 6.39).



Ryc. 6.39.

6. Zdejmij koniec aluminiowej torebki odsłaniając styki kontaktowe na końcu elektrody (ryc. 6.40).



Ryc. 6.40.

7. Trzymając elektrodę za aluminiową torebkę, wprowadź jej koniec do szczeliny glukometru (ryc. 6.41).



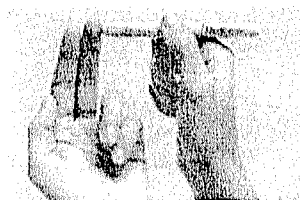
Ryc. 6.41.

8. Delikatnie dociśnij elektrodę do oporu. Glukometr zostaje automatycznie włączony i na ekranie pojawiają się kolejno następujące informacje: „88.8”, „CAL”, trzycyfrowy kod kalibracji i symbol „rdy”, który oznacza gotowość glukometru do przyjęcia próbki krwi i wykonania oznaczenia (ryc. 6.42).



Ryc. 6.42.

9. Załóż rękawiczki.
10. Przygotuj gazik ze środkiem dezynfekcyjnym.
11. Zdezynfekuj opuszkę palca.
12. Nakłuj boczną powierzchnię opuszki palca przygotowanym nakłuwaczem (ryc. 6.43).



Ryc. 6.43.

13. Poczekaj, aż pojawi się kropla krwi w miejscu nakłucia (ryc. 6.44). Nie uciskaj zbyt mocno miejsca nakłucia.



Ryc. 6.44.

14. Złóż kroplę krwi w strefie aktywnej elektrody (ryc. 6.45).



Ryc. 6.45.

- Uwaga.** Nie wolno dotykać bezpośrednio strefy aktywnej palcem, gdyż powoduje to uzyskanie zafałszowanego wyniku.
15. Miejsce nakłucia zabezpiecz gazikiem nasączonym środkiem dezynfekcyjnym.
16. Poproś pacjenta, aby przytrzymał opatrunek do momentu ustania krwawienia.
17. Poczekaj na pojawienie się wyniku na ekranie glukometru — badanie stężenia glukozy rozpoczyna się automatycznie, wynik pojawi się po upływie 20 s.
18. Zapisz otrzymany wynik w dokumentacji pacjenta zgodnie z obowiązującymi wymaganiami.
19. Włącz glukometr przyciskiem.
20. Elektrodę usuń, nasuwając na nią zużytą torebkę aluminiową i wyjmij elektrodę ze szczeliny glukometru.
21. Uporządkuj zestaw.

Obowiązujące zasady

- Zasady aseptyki i antyseptyki.
- Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji.
- Sprawdzenie zgodności kodów elektrod i glukometru.
- Posługiwanie się glukometrem zgodnie z zaleceniami zawartymi w instrukcji obsługi.

6.6.1.3 Badanie krwi na OB [o]

<i>Nazwa badania</i>	Badanie krwi na OB (odczyn Biernackiego).
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na nakłuciu naczynia żylnego i pobraniu krwi w celu określenia szybkości opadania krwinek czerwonych w osoczu w określonej jednostce czasu (np. w cza-

*Zadania
i kompetencje
pielęgniarki*

sie 1 h lub w metodzie Pronto w czasie 7 i 3 min). Badanie wykonuje pielęgniarka.

Badanie może wykonać pielęgniarka bez zlecenia lekarza, jeżeli jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa. Do jej zadań należy:

- Przygotowanie pacjenta do badania.
- Przygotowanie sprzętu (zestawu).
- Pobranie krwi do badania.
- Wykonanie badania wybraną metodą (Westergrena lub Pronto).
- Odczytanie wyniku badania.
- Udokumentowanie wyniku badania.
- Postępowanie ze sprzętem po badaniu.

Obecnie bardzo często do obowiązków pielęgniarki należy pobranie krwi do strzykawko-probówki, zawierającej cytrynian sodu, oznaczenie próbki i przekazanie do laboratorium, gdzie jest wykonywane badanie (patrz s. 357).

*Przygotowanie
pacjenta*

- Zapewnienie pacjentowi wygodnej, bezpiecznej pozycji w czasie badania.
- Poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się w czasie badania oraz że:
 - przed pobraniem krwi powinien być na czczo przez 8–12 h,
 - w czasie badania powinien stosować się do wskazówek osoby pobierającej krew,
 - po badaniu powinien utrzymać opatrunek uciskowy do momentu całkowitego ustania krwawienia.

*Przygotowanie
sprzętu*

- Zestaw: igły jednorazowego użytku (nr 8, 9, 10), strzykawka 2 ml, waciki lub gaziki, środek do dezynfekcji miejsca wkłucia, np. 70% spirytus, 3,8% cytrynian sodu, opaska uciskowa, rękawiczki, zestaw do oznaczenia OB — próbki, zestaw Pronto.

Jeżeli wykonujesz oznaczenie OB, posługując się gotowym zestawem, w którym próbka zawiera cytrynian, nie przygotuj go w zestawie, nie nabieraj do strzykawki. Badanie wykonuje się zwykle w gabinecie zabiegowym z opatrzoną w fotel lub leżankę dla pacjenta. Sprzęt porządkuje się zgodnie z aktualnymi zaleceniami sanitarno-epidemiologicznymi.

*Sposób wykonania.
Algorytm*

1. Przygotuj zestaw.
2. Sprawdź tożsamość pacjenta.
3. Poproś pacjenta, aby wygodnie usiadł i ułożył wyprostowaną rękę na oparciu fotela lub na poduszeczce.
4. Załóż rękawiczki.
5. Wybierz dobrze widoczną żyłę.
6. Nałóż igłę na strzykawkę.

7. Nabierz do strzykawki 0,4 ml 3,8% cytrynianu sodu (jeżeli nie masz w zestawie probówek zawierających odpowiednią ilość cytrynianu).
8. Zmień igłę.
9. Załóż opaskę uciskową na kończynę pacjenta.
10. Poproś pacjenta, aby zacisnął pięść.
11. Uchwycić rękę pacjenta tak, aby napiąć skórę w miejscu nakłucia.
12. Zdezynfekuj skórę.
13. Wprowadź igłę do naczynia.
14. Zaaspiruj do strzykawki krew (1,6 ml).
15. Zwolnij opaskę uciskową.
16. Uciśnij miejsce wkłucia wacikiem lub gazikiem nasączonym środkiem dezynfekcyjnym i usuń igłę z żyły.
17. Zabezpiecz opatrunek przylepcem i poproś pacjenta, aby nie zdejmował go do czasu całkowitego ustania krwawienia.
18. Odciągnij tłok w strzykawce i delikatnie wymieszaj zawartość.
19. Przelej krew do pojemniczka, załóż rurkę Westergrena tak, aby słupek krwi doszedł w niej do 0.
20. Ustaw pojemniczek w miejscu nienarażonym na działanie ciepła, wstrząsy (np. przestawianie).
21. Na kartce oznacz: imię i nazwisko pacjenta, godzinę nastawienia badania i godzinę odczytu,

np.: Oddz. Chir. 4.06.2006
Jan Kowalski
OB (m. Westergrena)
godz. 8.00 — 0
godz. 9.00 —

Jeżeli wykonujesz OB metodą Pronto, ustaw rurkę w statywie pod kątem i oznacz dokładnie czas odczytu,

np.: Oddz. Chir. 4.06.2006
Jan Kowalski
OB (m. Pronto)
godz. 8.00 — 0
godz. 8.07 —
godz. 8.10 —

*Obowiązujące
zasady*

- Zasady aseptyki i antyseptyki.
- Pobranie właściwej ilości cytrynianu.
- Dokładne oznaczenie czasu.
- Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji.
- Uciśnięcie stażą okolicy miejsca wkłucia.
- Uciśnięcie miejsca wkłucia opatrunkiem.

6.6.1.4

Badanie ogólne moczu [○]

<i>Nazwa badania</i>	Badanie ogólne moczu — analiza moczu.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na pobraniu próbki moczu od pacjenta w celu oceny właściwości fizykochemicznych moczu, tzn.: barwy, gęstości względnej (ciężaru właściwego), pH, zawartości glukozy, białka, ciał ketonowych, a także oceny mikroskopowej osadu moczu. Badanie wykonywane jest w celu oceny stanu zdrowia pacjenta, np. w ramach badań okresowych, a także w diagnozowaniu objawów chorobowych ze strony nerek.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Pielęgniarka może pobrać materiał do badania bez zlecenia lekarza, jeżeli jest specjalistą w zakresie pielęgniarstwa. Do jej zadań należy: <ul style="list-style-type: none">• Poinformowanie pacjenta o sposobie i czasie oddania moczu do badania.• Dostarczenie pacjentowi pojemniczka przeznaczonego na mocz do badania ogólnego.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	Poinformowanie pacjenta, że: <ul style="list-style-type: none">• Przez ok. 8–12 h przed oddaniem moczu nie należy przyjmować płynów i pokarmów.• Mocz należy oddać rano, po nocnym wypoczynku.• Mocz należy przekazać do laboratorium w pojemniczku (nie mniej niż 50 ml) wraz ze skierowaniem.• Kobiety w czasie krwawienia miesięczkowego nie powinny oddawać moczu do badania.• Jeżeli pacjent nie jest w stanie oddać moczu bezpośrednio do pojemniczka, może oddać mocz do czystego naczynia, a następnie przelać do pojemniczka.
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pojemnik przeznaczony do pobrania moczu do badania ogólnego.• Skierowanie na badanie wypisane przez lekarza.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	Mocz należy oddać po dokładnym podmyciu się: <ul style="list-style-type: none">• pierwszą porcją do ubikacji,• drugą do naczynia laboratoryjnego,• resztę do ubikacji. Naczynie z moczem należy zamknąć, dołączyć do niego skierowanie i dostarczyć do laboratorium.
<i>Obowiązujące zasady</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pobranie co najmniej 50 ml moczu.• Szczelne zamknięcie naczynia i po dołączeniu skierowania dostarczenie do pracowni.• Niewykonywanie badania u kobiet w czasie krwawienia miesięczkowego.

6.6.1.5

Pobranie moczu na posiew [○]

<i>Nazwa badania</i>	Pobranie moczu na posiew — badanie bakteriologiczne moczu.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na pobraniu próbki moczu do jałowego naczynia. W warunkach laboratoryjnych otrzymuje się hodowle bakterii pochodzących z badanego moczu, po dokonaniu ich identyfikacji można ustalić antybiogram (stopień oporności na leki przeciwbakteryjne — antybiotyki). Wskazaniem do badania bakteriologicznego moczu jest najczęściej podejrzenie zakażenia dróg moczowych.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Pielęgniarka może samodzielnie pobrać materiał do badania, nie jest konieczne zlecenie lekarza, ale warunkiem jest ukończenie kursu kwalifikacyjnego lub uzyskanie tytułu specjalisty w zakresie pielęgniarstwa. Do jej zadań należy: <ul style="list-style-type: none">• Poinformowanie pacjenta o czasie i sposobie pobrania moczu do badania.• Przygotowanie pojemniczka przeznaczonego do pobrania moczu na posiew.• Jeżeli istnieje zalecenie pobrania moczu przez cewnikowanie, należy wykonać zabieg zgodnie z procedurą zawartą w rozdz. 7. „Cewnikowanie pęcherza moczowego”.• Dostarczenie pacjentowi jałowego naczynia przeznaczonego do pobrania moczu do badania bakteriologicznego.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	Pacjent powinien wiedzieć, że: <ul style="list-style-type: none">• Mocz należy oddać rano, po nocnym wypoczynku, z pierwszej porcji, ze środkowego strumienia.• Przed pobraniem moczu należy się dokładnie podmyć.• Nie należy otwierać jałowego naczynia do czasu oddania moczu do badania.• Kobiety w czasie krwawienia miesięczkowego nie powinny oddawać moczu do badania — ewentualnie pobiera się mocz przez cewnik (patrz podrozdz. 7.3.7.1).
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<ul style="list-style-type: none">• Jałowy pojemnik przeznaczony do pobrania moczu do badania bakteriologicznego.• Skierowanie na badanie wypisane przez lekarza (lub pielęgniarkę).
<i>Sposób wykonania</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Mocz należy oddać po dokładnym umyciu narządów płciowych wodą i mydłem:<ul style="list-style-type: none">– pierwszą porcją do ubikacji.2. Otworzyć jałowe naczynie<ul style="list-style-type: none">– drugą porcją oddać do naczynia.3. Zamknąć dokładnie naczynie<ul style="list-style-type: none">– resztę moczu oddać ponownie do ubikacji.

Jałowe naczynie z moczem z dołączonym skierowaniem na badanie przekazać do laboratorium.

Obowiązujące zasady

- Przed pobraniem moczu pacjent powinien się podmyć.
- Naczynie do pobrania moczu powinno być jałowe.
- Po pobraniu moczu należy zamknąć naczynie w sposób jałowy.
- Do naczynia z moczem należy dołączyć skierowanie wypisane przez lekarza.

6.6.1.6

Dobowa zbiórka moczu [●]

Nazwa badania

Dobowa zbiórka moczu.

Istota i cel

Badanie polega na zbieraniu każdej porcji oddanego moczu przez pacjenta do miareczkowanego naczynia przez 24 h. Celem dobowej zbiórki moczu jest m.in. ocena dobowej ilości wydalanej przez pacjenta oraz uzyskanie moczu do badań specjalistycznych, np. określenie wydalania elektrolitów, końcowych produktów przemiany materii, np. jonów amonowych, kwasu moczowego.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

- Przygotowanie miareczkowanego naczynia z pokrywą — oznaczenie go imieniem i nazwiskiem pacjenta.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności oddawania każdej porcji moczu do naczynia.
- Po 24 h odczytanie ilości zebranego moczu i wpisanie do dokumentacji pacjenta.
- Pobranie porcji moczu na zleczone badanie.
- Przygotowanie pacjenta do prowadzenia dobowej zbiórki moczu w domu.

Przygotowanie sprzętu

- Przygotowanie miareczkowanego (z podziałką) słoja z pokrywą.
- Oznaczenie słoja imieniem i nazwiskiem pacjenta, u którego będzie prowadzona dobowy zbiórka moczu (np. naklejenie karteczki).
- Umieszczenie słoja w łazience w dostępnym dla pacjenta miejscu.

Sposób wykonania

1. Przez 24 h należy oddawać każdą porcję moczu do oznaczonego naczynia, np.: o godz. 7.00 poranną porcję moczu oddać do ubikacji, a każdą następną do godz. 7.00 dnia następnego do naczynia.

2. Jeżeli jedna z porcji moczu zostanie oddana niechcący do ubikacji, należy to zgłosić, gdyż badanie nie będzie dokładne i należy je powtórzyć.
3. Naczynie należy umieścić w chłodnym, zacienionym miejscu, np. w toalecie, łazience.

Obowiązujące zasady

- Zbieranie moczu do naczynia należy zacząć po oddaniu pierwszej porcji moczu do ubikacji, tzn. „od pustego pęcherza”.
- Każda porcja moczu oddanego w ciągu całej doby (24 h) powinna być przelana do słoja.
- Ilość moczu należy mierzyć (odczytywać) bardzo dokładnie.
- Jeżeli jedna porcja moczu została oddana do ubikacji, należy to zgłosić (jeżeli pacjent dokonuje zbiórki moczu w domu, powinien ten fakt zapisać), gdyż badanie nie będzie dokładne i należy je powtórzyć.

6.6.1.7

Bilans płynów [●]

Nazwa badania

Bilans płynów.

Istota i cel

Badanie polega na zapisywaniu ilości płynów dostarczonych do organizmu pacjenta i ilości płynów wydalonych; najczęściej badanie obejmuje okres 24 h. Celem badania jest pomiar i ocena pełnej objętości płynów przyjętych i wydalonych przez pacjenta w określonym czasie. Końcowe zestawienie pozwala ocenić gospodarkę wodną organizmu pacjenta.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

- Przygotowanie naczyń do pomiaru objętości moczu (patrz Dobowa zbiórka moczu). Jeżeli pacjent ma założony cewnik do pęcherza, należy zadbać, aby zbiornik na mocz był zaopatrzony w podziałkę.
- Przygotowanie dokumentacji — karty bilansu w celu odnotowywania ilości płynów.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności pomiaru każdej ilości oddanego moczu i przyjętych płynów.
- Po 24 h dokonanie zestawienia ilości płynów dostarczonych i wydalonych (zbilansowanie), odnotowanie w dokumentacji pacjenta.
- Przygotowanie pacjenta do prowadzenia bilansu płynów w warunkach domowych.

Przygotowanie pacjenta

- Pacjent powinien wiedzieć, że:
- Każdą porcję wypitych płynów powinien zgłaszać (w warunkach szpitalnych) lub dokładnie zapisywać (w warunkach domowych).
 - Każdą porcję moczu należy zbierać w oznaczonym słoju.
 - Należy zgłaszać (zapisywać) takie dolegliwości, jak: biegunka, wymioty, pocenie się.

Przygotowanie sprzętu

- Miareczkowany słoje z pokrywą oznaczony imieniem i nazwiskiem pacjenta.
- Karta bilansu płynów podpisana imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Sposób wykonania

1. Przez 24 h należy odnotowywać (zgłaszać) każdą ilość oddanego moczu i każdą ilość przyjętych płynów.
2. Pierwszą porcję rannego moczu, np. o godz. 7.00, należy oddać do ubikacji, a każdą następną do godz. 7.00 dnia następnego wliczać do bilansu.
3. Należy zgłosić również takie dolegliwości, jak: biegunka, wymioty, nadmierne pocenie się.
4. Po 24 h należy zsumować:
 - ilość płynów podanych pacjentowi (np. doustnie, dożylnie),
 - ilość płynów wydalonych przez pacjenta (z moczem, kałem, przez skórę, z wymiotami).
5. Od sumy płynów podanych należy odjąć sumę płynów wydalonych i otrzymany wynik wpisać na karcie bilansu płynów.

Obowiązujące zasady

- Dokładne odnotowywanie każdej porcji podanych płynów i wydalonego moczu.
- Obserwowanie pacjenta, czy nie występuje np. nadmierne pocenie się, biegunka, wymioty, gdyż te objawy również należy udokumentować w karcie bilansu płynów.
- Jeżeli pacjent prowadzi samodzielnie bilans płynów w warunkach domowych, przekazanie mu dokładnych informacji nt. prowadzenia karty bilansu, obliczaniu zestawienia płynów przyjętych i wydalanych i sprawdzenie, czy zrozumiał przekazane instrukcje.

Karta bilansu płynów

Data, godz.	Płyiny dostarczone:			Płyiny wydalone:			
	doustnie	dożylnie	przez dren	mocz	stolec	wymioty	przez dren

**6.6.1.8
Pobranie kału do badania na krew utajoną [O]**

Nazwa badania

Pobranie kału do badania na krew utajoną.

Istota i cel

Badanie polega na pobraniu próbki kału do analizy laboratoryjnej w celu wykazania obecności krwi. Wskazaniem do wykonania badania jest podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

- Poinformowanie pacjenta o sposobie odżywiania się, przyjmowania leków przez 3 dni poprzedzające pobranie próbek kału.
- Dostarczenie pacjentowi pojemniczków laboratoryjnych na kał do badania.
- Przygotowanie pacjenta do samodzielnego pobrania kału do badania.
- Przekazanie próbek do laboratorium.

Przygotowanie pacjenta

- Przez 3 dni należy stosować dietę bezmięsną, wykluczyć warzywa zielone, banany, jagody.
- Nie należy przyjmować leków zawierających żelazo, witaminy C, kwasu acetylosalicylowego.
- Nie należy oddawać kału do badania w czasie menstruacji, krwawienia z żyłaków odbytu.
- Do mycia zębów należy używać miękkiej szczoteczki, aby nie spowodować krwawienia z dziąseł.

Przygotowanie sprzętu

- Pojemniczki przeznaczone do pobrania kału do badania.
- Skierowanie na dwa kolejne badania wypisane przez lekarza.

Sposób wykonania

1. Po 3 dniach przygotowania pacjenta kał należy oddać do przygotowanego naczynia (basen, nocnik), nie do muszli klozetowej.

2. Następnie szpatułką przenieść część kału do dwóch pojemniczków laboratoryjnych.
3. Do pojemniczków należy dołączyć skierowanie na badanie i przesłać do laboratorium.
4. Pobranie próbek w ten sam sposób należy powtórzyć w dwóch kolejnych dniach.

Obowiązujące zasady

- Prawidłowe przygotowanie pacjenta.
- Pobranie próbek z trzech kolejnych wypróżnień, z każdego wypróżnienia pobranie dwóch próbek.

6.6.1.9

Pobranie kału do stwierdzenia obecności jaj pasożytów [o]

Nazwa badania

Pobranie kału na jaja pasożytów.

Istota i cel

Badanie polega na pobraniu próbki kału do oceny mikroskopowej w celu stwierdzenia obecności pasożytów lub ich jaj. Wskazaniem do wykonania badania jest podejrzenie choroby pasożytniczej przewodu pokarmowego.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka może samodzielnie wykonać badanie (pobrać materiał), nie jest konieczne zlecenie lekarza, ale warunkiem jest ukończenie kursu kwalifikacyjnego lub uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa. Do jej zadań należy:

- Poinformowanie pacjenta o sposobie pobrania kału do badania.
- Dostarczenie pacjentowi pojemniczków laboratoryjnych na kał do badania i skierowania na badanie.
- Przygotowanie pacjenta do samodzielnego pobrania kału w warunkach domowych.
- Dostarczenie próbek do laboratorium.

Przygotowanie pacjenta

Poinformowanie pacjenta, że:

- Kał należy oddać do przygotowanego naczynia (nocnika, basenu).
- Próbki kału należy chronić przed ochłodzeniem (aby nie obumarły jaja pasożytów); po zaopatrzeniu pojemniczków z pobranym kałem w skierowanie należy przekazać je do laboratorium.
- Jeżeli występuje naprzemiennie stolec uformowany i biegunkowy — próbkę należy pobrać ze stolca biegunkowego.
- Pobieranie próbek należy powtórzyć po 2–3 dniach.

Przygotowanie sprzętu

- Pojemniczki przeznaczone do pobrania kału do badania.
- Skierowanie na badanie wypisane przez lekarza (lub pielęgniarkę).

Sposób wykonania

1. Przygotuj; pojemniczek przeznaczony do pobrania kału do badania, szpatułkę.
2. Po oddaniu przez pacjenta stolca do basenu nabierz szpatułką kał do pojemniczka (może zrobić to sam pacjent) i zamknij go szczelnie.
3. Dołącz skierowanie na badanie i przekaz do laboratorium.

Uwaga. Jeżeli pacjent ma pobrać kał do badania w domu, przekaz mu dokładne informacje, w jaki sposób ma to wykonać.

Obowiązujące zasady

- Pobrać próbkę z kału oddanego do naczynia kałowego, a nie miski klozetowej.
- Chronić próbkę przed ochłodzeniem.
- Do próbek należy dołączyć skierowanie na badanie.
- Badanie należy wykonać przed podaniem leku przeciwpasożytniczego.

6.6.1.10

Wymaz z nosa [o]

Nazwa badania

Wymaz z nosa.

Istota i cel

Badanie polega na pobraniu materiału z błony śluzowej nosa w celu dokonania oceny bakteriologicznej. W warunkach laboratoryjnych z pobranego materiału otrzymuje się hodowle bakterii. Po ich identyfikacji można wykonać antybiogram, aby ocenić stopień oporności na leki przeciwbakteryjne — antybiotyki.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka może wykonać badanie samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, pod warunkiem ukończenia kursu kwalifikacyjnego lub gdy jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa. Do jej zadań należy:

- Przygotowanie pacjenta — poinformowanie o sposobie pobrania materiału do badania.
- Przygotowanie jałowego zestawu do pobierania wymazów.
- Pobranie w sposób jałowy materiału.
- Przekazanie materiału do badania wraz ze skierowaniem do laboratorium.

Przygotowanie pacjenta

Poinformowanie pacjenta, że:

- W czasie pobierania materiału nie należy rozmawiać, kichać.
- Należy stosować się do wskazówek osoby pobierającej materiał.

Przygotowanie sprzętu

- Probówki przeznaczone do pobierania wymazów.
- Rękawiczki.
- Przylepiec.
- Nożyczki.
- Naczynie na odpadki.
- Skierowanie na badanie wypisane przez lekarza.

Sposób wykonania. Algorytm

1. Przygotuj zestaw do pobierania wymazu, np. probówkę z jałową szpatułką (kwaczem).
2. Poproś pacjenta, aby wygodnie usiadł.
3. Załóż rękawiczki.
4. Wyjmij jałowo kwacz z probówki.
5. Przenieś kwacz na błonę śluzową w miejsce pobrania materiału.
6. Pobierz wymaz z powierzchni błony śluzowej, wykonując okrężny ruch kwaczem.
7. Wycofaj jałowo kwacz i zamknij go w probówce.
8. Opisz probówkę (imię, nazwisko), dołącz skierowanie na badanie i przekaz materiał do laboratorium.
9. Zdejmij rękawiczki i wrzuć je do płynu dezynfekcyjnego.

Obowiązujące zasady

- Pobranie wymazu przed podaniem pacjentowi antybiotyków.
- Zasady aseptyki i antyseptyki.

6.6.1.11

Wymaz z gardła [o]

Nazwa badania

Wymaz z gardła.

Istota i cel

Badanie polega na pobraniu materiału ze ściany gardła do oceny bakteriologicznej, cytologicznej. W warunkach laboratoryjnych z pobranego materiału otrzymuje się hodowle bakterii. Po dokonaniu ich identyfikacji można wykonać antybiogram, aby ocenić oporność na leki przeciwbakteryjne — antybiotyki. Po wykonaniu preparatów mikroskopowych można stwierdzić obecność komórek patologicznych.

Zadania i kompetencje pielęgniarstwa

- Przygotowanie pacjenta — poinformowanie o sposobie pobrania materiału do badania.
- Przygotowanie jałowego zestawu do pobierania wymazów.

Przygotowanie pacjenta

• Pobranie w sposób jałowy materiału.

- Przekazanie materiału do badania wraz ze skierowaniem do laboratorium.

Poinformowanie pacjenta, że:

- Przed badaniem nie należy jeść ani pić, myć zębów, płukać gardła.
- W czasie pobierania wymazu należy stosować się do wskazówek osoby pobierającej materiał.

Zapamiętaj:

Badanie to powinno być wykonywane rano, gdy pacjent jest na czczo; należy go poinformować, aby nie mył zębów.

Przygotowanie sprzętu

- Jałowa probówka przeznaczona do pobierania wymazów.
- Rękawiczki.
- Skierowanie na badanie wypisane przez lekarza.

Sposób wykonania. Algorytm

1. Przygotuj zestaw do pobierania wymazu, np. probówkę z jałowym kwaczem.
2. Poproś pacjenta, aby wygodnie usiadł (twarzą w kierunku światła).
3. Załóż rękawiczki.
4. Wyjmij jałowo kwacz z probówki.
5. Poproś pacjenta, aby otworzył usta i wysunął język.
6. Przenieś kwacz na błonę śluzową w miejsce pobrania materiału.
7. Wykonaj wymaz z błony śluzowej, wykonując okrężny kwaczem.
8. Wycofaj jałowo kwacz z jamy ustnej pacjenta i zamknij go w probówce.
9. Opisz probówkę (imię, nazwisko), dołącz skierowanie na badanie i przekaz materiał do laboratorium.
10. Zdejmij rękawiczki i wrzuć je do płynu dezynfekującego.

Obowiązujące zasady

- Wykonanie wymazu przed podaniem antybiotyków.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas pobierania materiału do badania.
- Dbanie o zachowanie jałowości zestawu.

6.6.1.12

Zgłębnikowanie żołądka [O]

<i>Nazwa badania</i>	Zgłębnikowanie żołądka.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na wprowadzeniu zgłębnika do żołądka w celu: <ul style="list-style-type: none">– odciągnięcia zalegającej treści żołądkowej (np. przed zabiegiem operacyjnym lub w okresie pooperacyjnym),– karmienia przez zgłębnik, w przypadku gdy pacjent nie może samodzielnie przyjmować pokarmów (np. pacjent nieprzytomny — patrz procedura 9.5.12),– płukanie żołądka w przypadku zatrucia (patrz: procedura 7.3.3.8).– pobranie treści żołądkowej do badania diagnostycznego. W pobranej treści żołądkowej oznacza się zawartość kwasu solnego, który decyduje o kwasowości soku żołądkowego.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Pielęgniarka może wykonać badanie bez zlecenia lekarza, pod warunkiem odbycia kursu kwalifikacyjnego lub gdy jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa. Do jej zadań należy: <ul style="list-style-type: none">• Przygotowanie pacjenta do badania.• Przygotowanie sprzętu (zestawu).• Wprowadzenie zgłębnika do żołądka, pobranie kolejnych porcji soku żołądkowego zgodnie z obowiązującą procedurą badania.• Określenie i udokumentowanie ilości odciągniętej treści żołądkowej.• Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu, postępowanie ze sprzętem po badaniu, zabezpieczenie materiału pobranego do badania<ul style="list-style-type: none">– opisanie i przekazanie do laboratorium.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pacjent powinien być poinformowany:<ul style="list-style-type: none">– o celu zabiegu,– jak powinien zachowywać się w czasie zakładania zgłębnika<ul style="list-style-type: none">– że zabieg może być nieprzyjemny, może odczuwać odruchy wymiotne, ale nie jest bolesny,– że powinien być na czczo (pacjenci, u których występuje zaleganie treści żołądkowej często są na ścisłej diecie lub głodówce),• Jeżeli w jamie ustnej są ruchome protezy zębowe, należy je na czas zabiegu wyjąć.• W czasie zabiegu należy sygnalizować wszystkie niepokojące dolegliwości.Pacjent przytomny w czasie zakładania zgłębnika przyjmuje pozycję siedzącą lub półsiedzącą, z głową lekko pochyloną do przodu.

Pacjent z zaburzeniami świadomości i nieprzytomny powinien być ułożony np. na boku i zaintubowany.

Przygotowanie sprzętu

- Zgłębnik żołądkowy jednorazowego użytku.
- Środek do nawilżenia końcówki zgłębnika, np. Lignocaina w żelu.
- Kubek z wodą.
- Serweta lub podkład płócienny.
- Lignina lub chusteczki higieniczne.
- Papierek lakmusowy, stetoskop.
- Strzykawka 50 ml.
- Rękawiczki.
- Pojemnik na protezę.
- Probówki na treść żołądkową, w przypadku gdy ma być przesłana do badania.
- Miska nerkowata.
- Przylepiec i nożyczki, jeżeli zgłębnik ma być pozostawiony w żołądku na dłuższy czas.

Sposób wykonania. Algorytm

Zgłębnik do żołądka zakłada się najczęściej w gabinecie zabiegowym lub sali opatrunkowej, gdy pacjent musi pozostać w łóżku — w sali chorych. Badanie wykonuje pielęgniarka.

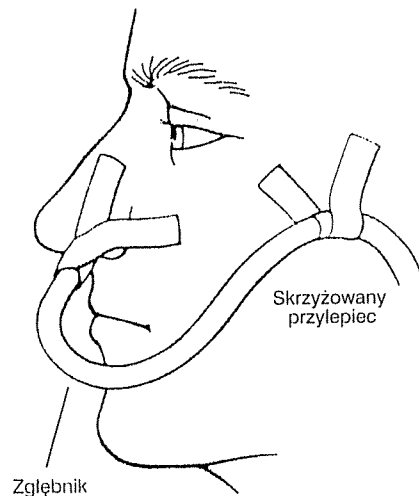
1. Umyj ręce.
2. Przygotuj zestaw.
3. Posadź pacjenta na krześle.
4. Zabezpiecz jego ubranie serwetą lub płatem ligniny.
5. Daj pacjentowi do ręki miskę nerkowatą i ligninę.
6. Załóż rękawiczki.
7. Wyjmij zgłębnik z opakowania.
8. Oznacz na zgłębniku od kącika ust przez płatek ucha do dołu nadbrzusznego (jeżeli zakładasz zgłębnik przez nos — od otworu nosa) — jest to długość, na jaką należy założyć zgłębnik do żołądka, najczęściej wynosi 45 cm (zgłębniki mają najczęściej oznaczenia długości, np. co 10 cm).
9. Zwilż koniec zgłębnika w wodzie lub przygotowaną Lignocainą.
10. Sprawdź, czy drugi koniec jest zamknięty.
11. Poproś pacjenta, aby otworzył usta i kierując się po bocznej stronie jamy ustnej, przesuwaj koniec zgłębnika do gardła.
12. Gdy zgłębnik znajdzie się w gardle, poproś pacjenta, aby pochylił głowę do przodu i spokojnie oddychał.
13. Wprowadzaj zgłębnik dalej.
14. Gdy zgłębnik jest wprowadzony na długość oznaczoną wcześniej — ok. 45 cm, sprawdź położenie zgłębnika w żołądku, odciągnij treść żołądkową przygotowaną strzykawką i sprawdź jej pH papierkiem lakmusowym.

Papierek powinien zabarwić się na różowo. Poprawność założenia zgłębnika można sprawdzić, wprowadzając strzykawką do żołądka ok. 10 ml powietrza i wysłuchiwać za pomocą stetoskopu szmerów nad żołądkiem.

15. Odciągnij kolejne porcje treści żołądkowej strzykawką, odnotowując ich objętości przed wylaniem do miski nerkowatej.
16. Aby sprawdzić, czy cała treść została odciągnięta, należy zmieniać położenie zgłębnika, wsuwając i wysuwając go delikatnie.
17. Jeżeli treść żołądkowa ma być przesłana do badania laboratoryjnego, wlej porcję do przygotowanej probówki.
18. Po odessaniu treści żołądkowej podaj pacjentowi czystą miskę nerkowatą i ligninę.
19. Końcówkę zgłębnika zatkaj zatyczką, która jest na jego końcu, lub zaciśnij narzędziem zamykanym, np. koche-rem.
20. Weź do ręki ligninę i wysuwaj powoli zgłębnik z żołądka.
21. Gdy zgłębnik znajdzie się na poziomie gardła, poproś, aby pacjent nabrał powietrza i wykonał głęboki wydech — w tym czasie szybkim ruchem usuń zgłębnik.
22. Podaj pacjentowi kubek z wodą do wypłukania ust.
23. Jeżeli zlecono pozostawienie zgłębnika w żołądku, zabezpiecz go przed wysunięciem przylepiając przylepcem na skrzydle nosa (ryc. 6.46).

Zapamiętaj:

Jeżeli zgłębnik ma być pozostawiony na dłużej, wprowadza się go przez nos.



Ryc. 6.46. Sposób zabezpieczenia zgłębnika pozostawionego w żołądku.

24. Oznacz probówkę z pobraną do badania treścią żołądkową zgodnie z zasadami obowiązującymi w danej placówce i prześlij ją do laboratorium.
25. Uporządkuj zestaw zgodnie z zaleceniami służb sanitarnych.

Obowiązujące zasady

- Zasady aseptyki i antyseptyki (sprzęt jednorazowego użytku).
- Pacjent powinien być na czczo.
- Przygięcie głowy pacjenta do klatki piersiowej przy przechodzeniu zgłębnika przez gardło.
- Usunięcie zgłębnika w momencie wykonywania przez pacjenta wydechu.
- Prawidłowe oznaczenie probówki z materiałem do badania.

6.7 Zadania pielęgniarki w zakresie wykonywania badań specjalistycznych

Anna Felińska

Ze względu na różny zakres ingerencji w tkanki, w jamy ciała, sposób pobierania materiału badania specjalistyczne można podzielić na:

- 1) badania nieinwazyjne,
- 2) badania inwazyjne.

Badania nieinwazyjne to badania, w których nie dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek czy jam ciała.

Badania inwazyjne są to wszelkie działania wiążące się z naruszeniem ciągłości tkanek, ingerencją w jamy ciała przy użyciu cewników, wżerników, igieł punkcyjnych itp.

Ze względu na zakres zadań pielęgniarki można dokonać klasyfikacji badań specjalistycznych (tab. 6.17 i 6.18).

Tabela 6.17. Badania specjalistyczne inwazyjne a zadania i kompetencje pielęgniarki

Rodzaj badań	Zadania i kompetencje pielęgniarki
Badania endoskopowe (wżernikowania): gastroscopia, rektoskopia, kolonoskopia, bronchoskopia, laparoscopia	Przygotowanie pacjenta Przygotowanie sprzętu Asystowanie lekarzowi w czasie wykonywania badania Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu Zabezpieczenie, przekazanie do laboratorium materiału pobranego w czasie badania Postępowanie ze sprzętem po badaniu

Rodzaj badań	Zadania i kompetencje pielęgniarki
Badania kontrastowe: angiografia, urografia, cholangiografia, wiew doodbytniczy, tomografia komputerowa	Przygotowanie pacjenta Obserwowanie pacjenta po badaniu
Badania izotopowe: scyntygrafia	Przygotowanie pacjenta Obserwowanie pacjenta po badaniu
Nakłucia jam ciała: jamy brzusznej, jamy opłucnej, lędźwiowe, nakłucie np. mostka w celu pobrania szpiku kostnego	Przygotowanie pacjenta Przygotowanie sprzętu Asystowanie lekarzowi w czasie wykonywania badania Obserwowanie pacjenta w czasie i po badaniu Zabezpieczenie i przekazanie materiału pobranego w czasie badania do laboratorium Postępowanie ze sprzętem po badaniu

Tabela 6.18. Badania specjalistyczne nieinwazyjne a zadania i kompetencje pielęgniarki

Rodzaj badań	Zadania i kompetencje pielęgniarki
Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej USG — ultrasonografia	Przygotowanie pacjenta
MRI — magnetyczny rezonans jądrowy	Przygotowanie pacjenta Obserwowanie pacjenta po badaniu
Spirometria EKG — elektrokardiografia	Przygotowanie pacjenta Przygotowanie sprzętu Wykonanie badania Udokumentowanie, opisanie badania Uporządkowanie sprzętu po badaniu Obserwowanie pacjenta po badaniu

6.7.1 Procedury i algorytmy wykonywania badań specjalistycznych inwazyjnych

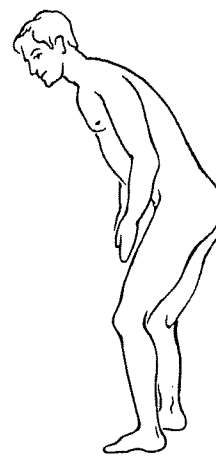
6.7.1.1 Badanie proktologiczne [o o]

Nazwa badania	Badanie proktologiczne — badanie <i>per rectum</i> .
Istota i cel	Badanie wykonuje lekarz. Polega ono na ocenie odbytu, kanału odbytu i odbytnicy dotykiem po wprowadzeniu do odbytnicy palca. U mężczyzn badanie umożliwia ocenę gruczołu krokowego, a u kobiet macicy.

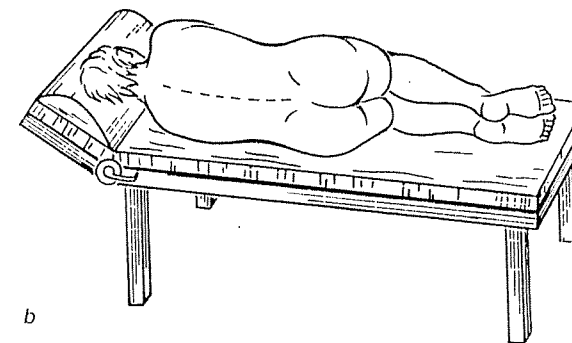
Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do badania i pomaga lekarzowi w czasie wykonywania badania. Do jej zadań należy:

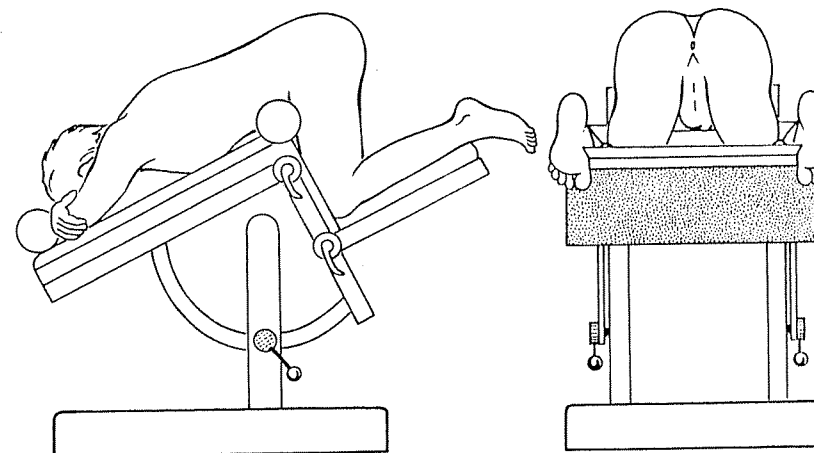
- poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się w czasie badania,
- pomoc w przyjęciu wymaganej pozycji do badania.



a



b



c

Ryc. 6.47. Pozycja do badania proktologicznego: a — pozycja w pochyleniu, b — pozycja boczna z przycięciem kolan do klatki piersiowej, c — pozycja kolankowo-łokciowa.

Przygotowanie pacjenta

- W czasie badania pacjent powinien przyjąć pozycję uzgodnioną z lekarzem wykonującym badanie; może to być:
 - pozycja stojąca z pochyleniem do przodu,
 - pozycja boczna,
 - pozycja kolankowo-łokciowa,
 - pozycja leżąca na plecach – ginekologiczna.
- W czasie badania powinien stosować się do wskazówek osoby wykonującej badanie.
- Powinien zgłaszać wszelkie niepokojące dolegliwości, np. ból.

Poza przekazaniem niezbędnych informacji o zachowaniu się podczas badania nie ma specjalnych zaleceń co do przygotowania.

Przygotowanie sprzętu

- Stół do badania przykryty czystym prześcieradłem.
- Serweta z otworem (do okrycia części intymnych pacjenta).
- Jałowa rękawiczka.

Sposób wykonania. Algorytm

1. Pomóż pacjentowi zdjąć dolne części ubrania.
2. Pomóż pacjentowi przyjąć uzgodnioną z lekarzem pozycję na stole do badania.
3. Przykryj czystą serwetą z otworem intymne okolice ciała pacjenta.
4. Podaj lekarzowi jałową rękawiczkę.
5. W czasie badania obserwuj pacjenta.
6. Po badaniu pomóż pacjentowi ubrać się i zaprowadź go na salę.

Obowiązujące zasady

- Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do badania.
- Poszanowanie intymności pacjenta.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.2

Badanie ginekologiczne [○ ○]

Nazwa badania

Badanie ginekologiczne.

Istota i cel

Badanie polega na ocenie narządów płciowych zewnętrznych i wewnętrznych przez: oglądanie, badanie palpacyjne i przy użyciu wzierników. Badanie może być połączone z pobraniem wymazu do badania cytologicznego. Badanie wykonuje się w celu wczesnego wykrycia zmian patologicz-

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Przygotowanie pacjentki

nych w obrębie narządów płciowych w ramach badań profilaktycznych, a także do ustalenia diagnozy przy występowaniu objawów chorobowych.

Pielęgniarka pomaga lekarzowi przy wykonywaniu badania, a także:

- Przygotowuje pacjentkę do badania.
- Obserwuje pacjentkę w czasie badania.

Przygotowanie sprzętu

- Poinformowanie o:
 - sposobie zachowania się w czasie badania,
 - konieczności oddania moczu przed badaniem,
 - konieczności podmycia się przed badaniem,
 - sposobie ułożenia się na fotelu ginekologicznym.
- Fotel ginekologiczny przykryty czystą serwetą lub płatem ligniny.
- Lampa kątowa.
- Jałowe kwaczyki do pobrania wymazu z szyjki macicy.
- Wzierniki pochwove.
- Kleszczyki, szczypczyki do pobrania wycinka.
- Jałowe rękawiczki.
- Naczynie na odpadki.

Zapamiętaj:

Poszczególne elementy zestawu przygotowuje się w zależności od potrzeby: uzależnia się to od decyzji lekarza, co będzie celem badania ginekologicznego u pacjentki.

Sposób wykonania

1. Poproś, aby pacjentka zdjęła bieliznę (majtki).
2. Pomóż pacjentce ułożyć się na fotelu.
3. Przykryj pacjentkę serwetą lub dużym płatem ligniny.
4. W czasie, gdy lekarz bada pacjentkę, obserwuj ją.
5. Po zakończonym badaniu pomóż pacjentce zejść z fotela i ubrać się.
6. Odprowadź pacjentkę do sali.
7. Jeżeli w czasie badania był pobierany wycinek lub wymaz, odnieś materiał do badania po dołączeniu skierowania wypisanego przez lekarza.

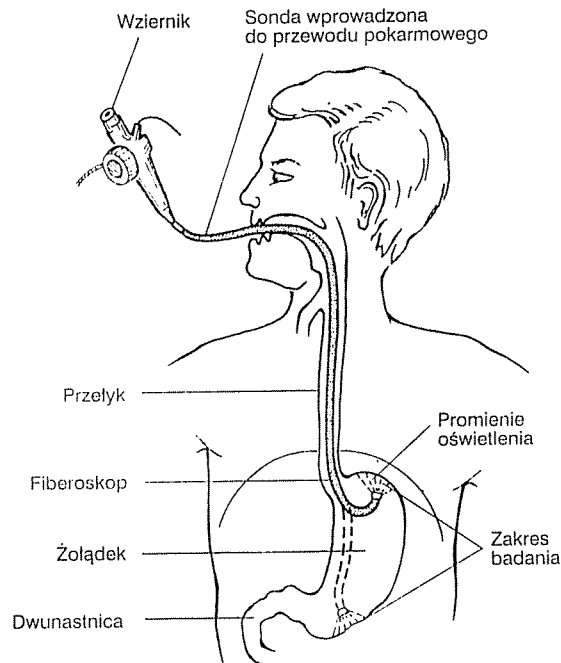
Obowiązujące zasady

- Poszanowanie intymności pacjentki.
- Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjentki do badania.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.

6.7.1.3

Gastroskopia [o o]

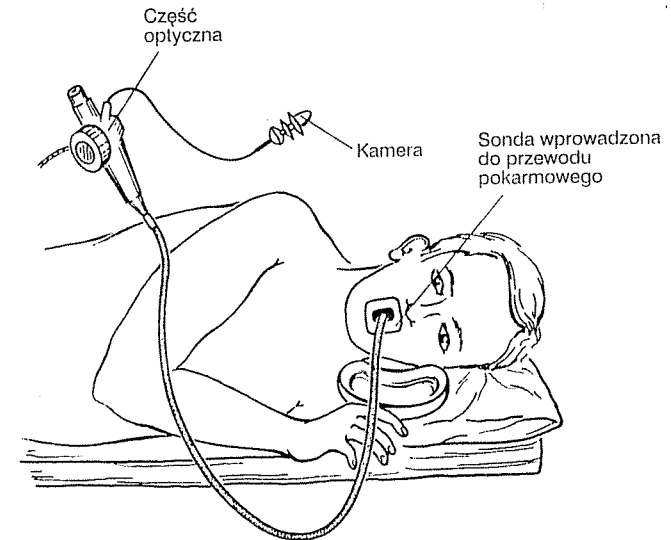
<i>Nazwa badania</i>	Gastroskopia — wziernikowanie górnego odcinka przewodu pokarmowego.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na wprowadzeniu endoskopu do żołądka, dwunastnicy w celu obejrzenia błony śluzowej i wykrycia ewentualnych zmian patologicznych w obrębie przelyku, żołądka i dwunastnicy (zmian o charakterze zapalnym, owrzodzeń, zmian nowotworowych) (ryc. 6.48). Przy zastosowaniu dodatkowych narzędzi możliwe jest pobranie tkanki do badania histopatologicznego, jak również wykonanie drobnych zabiegów, np. wycięcia polipów, obliteracji żyłaków przelyku.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Badanie wykonuje lekarz, pielęgniarka przygotowuje sprzęt i asystuje w czasie badania. Poza tym do jej zadań należy: <ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie pacjenta do badania. • Przygotowanie sprzętu.



Ryc. 6.48. Zakres możliwości oglądania błony śluzowej w obrębie żołądka po wprowadzeniu gastrofiberoskopu.

Przygotowanie pacjenta

- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.
- Zabezpieczenie i przekazanie do badania pobranej tkanki.
- Postępowanie ze sprzętem po badaniu.
- Poinformowanie o sposobie zachowania się w czasie badania i po badaniu:
 - pacjent powinien wiedzieć, że 8 h przed badaniem należy być na czczo, nie należy palić papierosów,
 - należy wyjąć ruchome protezy zębowe i zdjąć okulary,
 - w czasie badania należy zgłaszać (sygnalizować) nasilenie takich dolegliwości, jak ból, duszność,
 - po badaniu nie wolno niczego spożywać doustnie (polykać) do momentu ustania działania znieczulenia i powrotu odruchu polykania (ok. 1–2 h); do tego momentu ślinę należy odpluwać w ligninę.
- Zabezpieczenie ruchomych protez zębowych, wyjętych przez pacjenta.
- Pomoc pacjentowi w ułożeniu się w wymaganej przy badaniu pozycji, np. na lewym boku z lekkim uniesieniem głowy do przodu (ryc. 6.49).
- Ustalenie z pacjentem niewerbalnych metod porozumiewania się w czasie badania, po wprowadzeniu gastrofiberoskopu.



Ryc. 6.49. Pozycja boczna pacjenta w czasie wprowadzania gastrofiberoskopu i w czasie wykonywania gastroskopii.

Przygotowanie sprzętu

- Zestaw: endoskop ze sprawnym aparatem optycznym, szczypczyki, kleszczyki, lignina, miska nerkowata, serwety, rękawiczki dla lekarza i pielęgniarki, środek do znieczulenia tylnej ściany gardła w aerozolu, np. lidokaina, sonda do elektrokoagulacji.

Sposób wykonania

Badanie powinno być wykonane w gabinecie zabiegowym (pracowni endoskopowej), wyposażonym w łóżko lub stół z możliwością zmiany wysokości i ustawienia; powinien być zapewniony dostęp do tlenu, aparat EKG, taca ze sprzętem i lekami w razie wystąpienia objawów zagrażających życiu pacjenta.

1. Pielęgniarka przygotowuje niezbędny sprzęt, sprawdza część optyczną gastrofiberoskopu.
 2. Pielęgniarka po wykonaniu znieczulenia tylnej ściany gardła pomaga pacjentowi ułożyć się w ustalonej wcześniej z lekarzem pozycji.
 3. Pielęgniarka zabezpiecza pacjenta serwetą, rozkładając ją na klatce piersiowej pacjenta.
 4. Lekarz po założeniu rękawiczek wprowadza gastroskop przez jamę ustną, gardło, przełyk do żołądka:
 - ogląda ewentualne zmiany patologiczne na błonie śluzowej,
 - pobiera wycinek do badania histopatologicznego,
 - miejsce pobrania przyżega elektrokoagulatorem,
 - usuwa gastroskop.
 5. Pielęgniarka odprowadza (odwozi) pacjenta do sali, przypomina, aby niczego nie połykał — nie jadł, nie pił, a ślinę odpływał do ligniny.
 6. Pielęgniarka zabezpiecza pobrany materiał do badania i po dołączeniu skierowania wypisanego przez lekarza przekazuje do pracowni histopatologicznej.
 7. Porządkuje sprzęt zgodnie z obowiązującymi zasadami.
- Zapamiętaj:**
Znieczulenie środkiem w aerozolu wykonuje lekarz lub pielęgniarka.

Obowiązujące zasady

- Przygotowanie fizyczne pacjenta.
- Przygotowanie psychiczne pacjenta.
- Znieczulenie tylnej ściany gardła.
- Wyjęcie protez zębowych, zdjęcie okularów.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.
- Poinformowanie pacjenta, aby niczego nie połykał do momentu powrotu odruchu połykania.

6.7.1.4

Kolonoskopia [o o]

Nazwa badania

Kolonoskopia — wziernikowanie jelita grubego.

Istota i cel

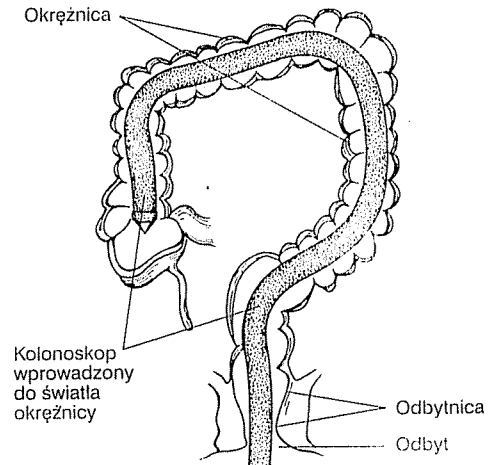
Jest to badanie endoskopowe jelita grubego; polega na wprowadzeniu endoskopu w celu zdiagnozowania zmian patologicznych w obrębie błony śluzowej jelita grubego. Przy zastosowaniu odpowiednich narzędzi możliwe jest pobranie wycinka tkanki do badania histopatologicznego, a także wykonanie małych zabiegów chirurgicznych, np. polipektomii — wycięcia polipów.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Badanie wykonuje lekarz, pielęgniarka asystuje. Do jej zadań należy również:

- przygotowanie pacjenta do badania,
 - przygotowanie sprzętu do badania,
 - asystowanie lekarzowi w czasie wykonywania badania,
 - obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu,
 - zabezpieczenie materiału pobranego do badania,
 - postępowanie ze sprzętem po badaniu.
- Poinformowanie o sposobie zachowania się przed badaniem, w czasie badania i po jego zakończeniu.
 - Oczyszczenie jelita grubego zgodnie z obowiązującymi zasadami.
 - Podanie na zlecenie lekarza leków uspokajających, przeciwbólowych.
 - Założenie wkłucia do naczynia żylnego.

Przygotowanie pacjenta



Ryc. 6.50. Zakres badania endoskopowego jelita grubego po wprowadzeniu kolonoskopu.

- Pomoc pacjentowi w ułożeniu się w odpowiedniej pozycji zależnie od etapu badania.
- Zapewnienie intymności, bezpieczeństwa.
- Przed badaniem należy ściśle przestrzegać zleconej diety.
- Oczyszczenie jelita grubego zaleconą metodą.
- W czasie badania pacjent powinien współpracować z osobą wykonującą badanie, stosować się do jej wskazówek.
- Należy zgłaszać wszelkie dolegliwości występujące w czasie badania, np. ból, nudności.
- Po badaniu nie należy wstrzymywać gazów.

Zapamiętaj:

Zalecane metody oczyszczenia jelita grubego mogą być różne, np. dieta płynna, lewatywa oczyszczająca, leki przeczyszczające, płukanie jelit.

Przygotowanie sprzętu

- Kompletny jałowy zestaw narzędzi, np. szczypczyki do pobrania wycinka.
- Jałowy endoskop ze sprawnym aparatem optycznym.
- Lignina, serweta do osłonięcia pacjenta.
- Naczynie na odpadki.

Sposób wykonania

Badanie powinno być wykonywane w pracowni endoskopowej, wyposażonej w stół lub łóżko z możliwością modyfikacji ustawienia, aparat EKG, dostęp do tlenu, tacę ze sprzętem i lekami (niezbędnymi w przypadku wystąpienia objawów zagrażających życiu).

Pielęgniarka:

1. Przygotowuje sprzęt.
2. Pomaga pacjentowi ułożyć się w wymaganej pozycji.
3. Na zlecenie lekarza podaje leki uspokajające, przeciwbólowe.
4. Podaje lekarzowi endoskop.
5. Pomaga pacjentowi zmienić pozycję ułożeniową.
6. Podaje narzędzia niezbędne do biopsji.

Lekarz:

7. Przewozi pacjenta do sali lub pokoju obok pracowni (jeżeli badanie było wykonywane ambulatoryjnie).
- Nawilża końcówkę endoskopu żelem i wprowadza endoskop do jelita grubego.
 - Przesuwa endoskop wzdłuż jelita grubego.
 - Pobiera materiał do badania.
 - Usuwa endoskop z jelita grubego.

8. Obserwuje pacjenta po badaniu (czy nie wystąpiły np. wzdęcia, krwawienie itp.).
 9. Przekazuje pobraną tkankę do badania.
 10. Porządkuje sprzęt zgodnie z obowiązującymi zasadami.
- Wypisuje skierowanie na badanie histopatologiczne.

Obowiązujące zasady

- Przygotowanie pacjenta.
- Przestrzeganie zasad aseptyki, antyseptyki.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.5

Rektoskopia [o o]

Nazwa badania

Rektoskopia — wzornikowanie odbytnicy.

Istota i cel

Badanie wykonuje lekarz. Polega ono na wprowadzeniu endoskopu do odbytnicy w celu wykrycia i oceny zmian patologicznych w obrębie błony śluzowej, np. owrzodzeń, polipów, zmian nowotworowych. Przy zastosowaniu odpowiednich narzędzi możliwe jest pobranie tkanki do badania histopatologicznego, a także wykonanie drobnych zabiegów — wycięcie polipów — polipektomii.

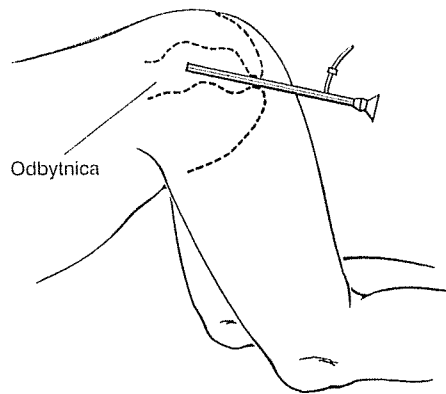
Zadania i kompetencje pielęgniarki

Badanie wykonuje lekarz, pielęgniarka asystuje. Do jej zadań należy również:

- Przygotowanie pacjenta.
- Przygotowanie sprzętu.
- Asystowanie lekarzowi w czasie wykonywania badania.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.
- Zabezpieczenie materiału — tkanki pobranej do badania histopatologicznego.
- Postępowanie ze sprzętem po badaniu.

Przygotowanie pacjenta

- Poinformowanie pacjenta o istocie badania i sposobach zachowania się w czasie badania i po badaniu.
- Oczyszczenie jelita grubego zgodnie z zaleceniami.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności pozostania na czczo w dniu badania.
- Na 1/2 h przed badaniem podanie na zlecenie lekarza leku hamującego perystaltykę jelit.



Ryc. 6.51. Pozycja kolankowo-łokciowa przy rektoskopii i badaniu proktologicznym.

- Ułożenie pacjenta w ustalonej pozycji, np.:
 - kolankowo-łokciowej,
 - bocznej.
- Zapewnienie intymności i bezpieczeństwa.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania wszelkich dolegliwości po badaniu, np. ból, nudności, wymioty, krwawienie.

Przygotowanie sprzętu

- Pełny zestaw jałowych narzędzi i materiału:
- endoskop (rektoskop),
 - serweta z otworem,
 - lignina,
 - naczynie na odpadki,
 - narzędzia jałowe, np. do pobrania wycinka,
 - elektrokoagulator.

Sposób wykonania

Badanie wykonuje się w gabinecie zabiegowym wyposażonym w stół z możliwością modyfikacji ustawienia.

Pielęgniarka:

1. Podaje na zlecenie lekarza lek hamujący perystaltykę jelit.
2. Przygotowuje niezbędny sprzęt i materiał.
3. Pomaga pacjentowi przyjąć wymaganą pozycję, przykrywa pacjenta serwetą z otworem.
4. Podaje rektoskop lekarzowi, który nawilża końcówkę rektoskopu żelem.

Lekarz:

1. Wprowadza końcówkę rektoskopu do odbytnicy.
2. Ogląda błonę śluzową, pobiera wycinek tkanki do badania.
3. Usuwa rektoskop z odbytnicy.
4. Wypisuje skierowanie na badanie histopatologiczne.

Pielęgniarka:

1. Pomaga pacjentowi ubrać się, odprowadza go do sali.
2. Obserwuje pacjenta, m.in. mierzy ciśnienie tętnicze, tętno.
3. Przekazuje materiał biopsyjny ze skierowaniem do badania.
4. Porządkuje sprzęt zgodnie z obowiązującymi zasadami.

Obowiązujące zasady

- Poinformowanie pacjenta o istocie i sposobach zachowania się w czasie badania.
- Oczyszczenie jelita grubego z mas kałowych.
- Podanie leku hamującego perystaltykę jelit.
- Przestrzeganie zasad aseptyki, antyseptyki.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.6

Laparoskopia [o o]

Nazwa badania

Laparoskopia — wziernikowanie jamy otrzewnej.

Istota i cel

Jest to badanie endoskopowe polegające na wprowadzeniu do jamy otrzewnej endoskopu w celu: oceny stanu błony otrzewnej i narządów położonych wewnątrzotrzewnowo, np. pęcherzyka żółciowego, wątroby, narządów rodnych. Przy zastosowaniu odpowiednich narzędzi można pobrać wycinek do badania histopatologicznego, a także wykonać zabiegi chirurgiczne, np. usunięcie pęcherzyka żółciowego. Obecnie badanie to jest wykonywane w celu ostatecznego uściślenia rozpoznania. Badanie jest wykonywane w warunkach sali operacyjnej przez zespół lekarzy chirurgów w znieczuleniu ogólnym prowadzonym przez lekarza anestezjologa i pielęgniarkę o specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Może być wykonywane u pacjentów w każdym wieku, z wyjątkiem kobiet w ciąży powyżej 3 miesiąca i w okresie krwawienia miesięczkowego.

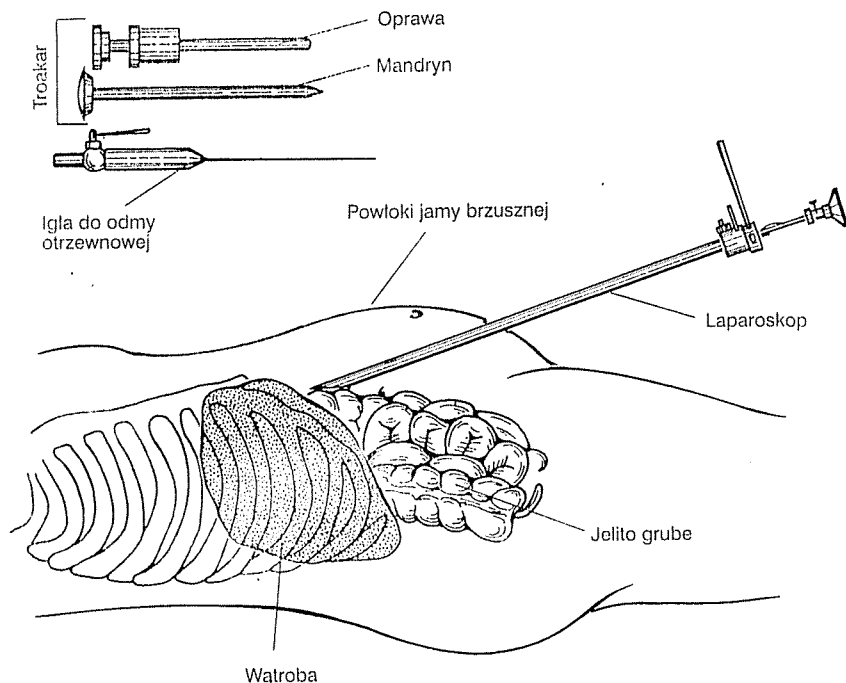
Zadania i kompetencje pielęgniarki

Badanie wykonuje się w warunkach sali operacyjnej, dlatego sprzęt przygotowuje pielęgniarka instrumentariuszka, ona też asystuje lekarzowi.

Po zastosowaniu znieczulenia ogólnego obserwację pacjenta prowadzi pielęgniarka (specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii).

Do innych zadań pielęgniarki należy:

- Przygotowanie pacjenta.
- Zabezpieczenie materiału biopsyjnego.



Ryc. 6.52. Schemat ułożenia narządów wewnętrznych i miejsca wprowadzenia troakara w czasie laparoskopii.

- Obserwowanie pacjenta po badaniu.
- Postępowanie ze sprzętem.

Przygotowanie pacjenta

Pacjent jest przygotowany tak, jak do operacji w obrębie jamy brzusznej (patrz podrozdz. 7.5.2) — wykonujemy:

- badania krwi,
- EKG,
- zabiegi higieniczne,
- przygotowanie przewodu pokarmowego,
- przygotowanie pola operacyjnego,
- mierzymy parametry,
- na zlecenie lekarza podajemy premedykację.

Uwaga. Badanie wykonywane jest w znieczuleniu ogólnym. Przed badaniem pacjent powinien być na czczo. Pacjent powinien współpracować z personelem — stosować się do zaleceń.

Po badaniu przez 24 h powinien pozostać w łóżku.

Przygotowanie sprzętu

Pełny jałowy zestaw sprzętu, materiałów opatrunkowych przygotowuje pielęgniarka instrumentariuszka.

Postępowanie ze sprzętem po wykonaniu badania

Sposób wykonania

Dezynfekcję, mycie, pakowanie należy wykonywać zgodnie z zaleceniami służb sanitarno-epidemiologicznych. Zabezpieczenie aparatu optycznego, np. kamery, zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu.

1. Pacjenta należy ułożyć na plecach na stole operacyjnym.
2. Anestezjolog wprowadza pacjenta w znieczulenie ogólne.
3. Powłoki brzuszne po przygotowaniu pola operacyjnego okrywa się jałowymi serwetami.
4. Chirurg nacina powłoki brzuszne i za pośrednictwem igły punkcyjnej wytwarza odmě, wprowadzając np. CO₂ do jamy otrzewnej — ok. 3–5 l, przez nacięcia skóry wprowadza trokary, przez które wprowadza się np. narzędzia, kamerę itp.
5. Lekarz ogląda i ocenia stan narządów, pobiera materiał do badania.
6. Lekarz usuwa trokary i powietrze z jamy otrzewnej, zakłada szwy na nacięcia, a następnie opatrunki.

Obowiązujące zasady

- Przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta:
 - m.in. uzyskanie zgody pacjenta na badanie,
 - przygotowanie przewodu pokarmowego,
 - pobranie krwi do badań, m.in. układu krzepnięcia, grupy krwi i Rh,
 - przygotowanie pola operacyjnego,
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.7 Bronchoskopia [○○]

Nazwa badania

Bronchoskopia — wziernikowanie tchawicy i oskrzeli.

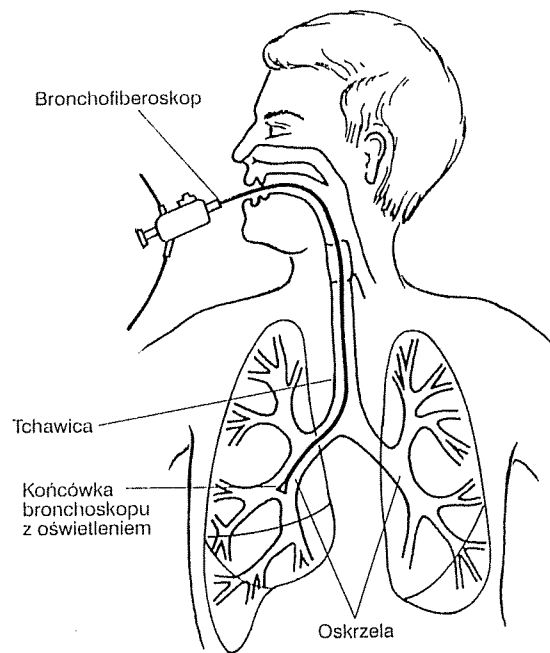
Istota i cel

Badanie polega na wprowadzeniu bronchofibroskopu (endoskopu) do tchawicy i oskrzeli w celu zdiagnozowania zmian patologicznych w obrębie błony śluzowej. Przy użyciu odpowiednich narzędzi wprowadzonych przez bronchofibroskop możliwe jest pobranie tkanki do badania histopatologicznego lub wydzieliny do badania cytologicznego, bakteriologicznego, a także wykonanie drobnych zabiegów terapeutycznych, np. usunięcie ciała obcego, podanie leku, odessanie wydzieliny.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Badanie wykonuje lekarz, pielęgniarka asystuje. Do jej zadań należy:

- Przygotowanie pacjenta.



Ryc. 6.53. Bronchofiberoskopia (bronchoskopia).

- Przygotowanie sprzętu do badania.
 - Pomaganie lekarzowi przy wykonywaniu badania.
 - Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.
 - Zabezpieczenie materiału pobranego do badania.
 - Postępowanie ze sprzętem po badaniu.
- Przygotowanie pacjenta*
- Poinformowanie pacjenta o istocie badania i sposobach zachowania w czasie wykonywania badania.
 - Poinformowanie o konieczności powstrzymania się od palenia papierosów przez 24 h przed badaniem oraz od jedzenia i picia przez 8 h przed badaniem.
 - Podanie przed badaniem na zlecenie lekarza leku przeciwkaszlowego, hamującego wydzielanie śluzu, uspokajającego.
 - Poproszenie pacjenta o wyjęcie ruchomych protez zębowych, zdjęcie okularów.
 - Znieczulenie tylnej ściany gardła wykonane przez lekarza lub pielęgniarkę.
 - Ułożenie pacjenta w ustalonej pozycji siedzącej z odchyleniem głowy do tyłu lub leżącej z podparciem barków.
 - Ustalenie metod porozumiewania się po wprowadzeniu bronchofiberoskopu.

Przygotowanie sprzętu

- W czasie badania pacjent powinien stosować się do zaleceń osoby wykonującej badanie.
- Po wprowadzeniu przez lekarza bronchofiberoskopu pacjent powinien głęboko, spokojnie oddychać.
- Po badaniu pacjent powinien wiedzieć, że nie należy jeść ani pić, dopóki nie powróci odruch polykania — nie przestanie działać środek użyty do znieczulenia tylnej ściany gardła (1–1½ h).

Należy przygotować kompletny zestaw narzędzi i materiału niezbędnego do wykonania badania:

- Bronchofiberoskop.
- Serwety.
- Narzędzia do ewentualnego pobrania wycinka do badania.
- Naczynie na odpadki.
- Lignina.
- Środek w aerozolu do znieczulenia tylnej ściany gardła.
- Rękawiczki.

Sposób wykonania

Pielęgniarka:

1. Podaje lekarzowi zlecony środek do znieczulenia, np. lidokainę w aerozolu.
2. Przygotowuje sprzęt niezbędny do wykonania badania.
3. Pomaga pacjentowi ułożyć się w ustalonej pozycji.
4. Podaje lekarzowi endoskop.

Lekarz:

1. Znieczula gardło.
2. Wprowadza bronchofiberoskop do tchawicy, oskrzeli.
3. Ogląda błonę śluzową.
4. Pobiera materiał do badania.
5. Usuwa z dróg oddechowych pacjenta bronchofiberoskop.
6. Opisuje pobrany materiał, wypisując skierowanie na badanie histopatologiczne.

Pielęgniarka:

1. Odprowadza pacjenta do sali (lub do pokoju obok gabinetu, jeżeli badanie jest wykonywane ambulatoryjnie).
2. Przypomina pacjentowi o konieczności odpluwania śliny i nieprzyjmowania niczego doustnie (polykania) przez 1–1½ h.
3. Przekazuje pobrany materiał do badania.
4. Porządkuje sprzęt zgodnie z obowiązującymi zaleceniami.

Obowiązujące zasady

- Zasady aseptyki i antyseptyki.
- Podanie leków i zastosowanie znieczulenia gardła.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.8

Nakłucie jamy opłucnej [o o]

Nazwa badania

Nakłucie jamy opłucnej.

Istota i cel

Badanie polega na wprowadzeniu igły przez ścianę klatki piersiowej do jamy opłucnej w celu diagnostycznym lub leczniczym.

- *Celem diagnostycznym* jest pobranie płynu z jamy opłucnej do badania, np. fizykochemicznego, bakteriologicznego.
- *Celem leczniczym* jest usunięcie zalegającego płynu lub powietrza z jamy opłucnej, podanie leku, założenie drenu i prowadzenie drenażu ssącego.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka przygotowuje niezbędny w czasie badania sprzęt, asystuje lekarzowi w czasie badania. Do jej zadań należy:

- Przygotowanie pacjenta do badania.
 - Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.
 - Postępowanie ze sprzętem po badaniu.
 - Zabezpieczenie materiału pobranego do badania.
- Poinformowanie o sposobie zachowania się w czasie badania.
 - Poinformowanie o konieczności oddania moczu.
 - Podanie (na zlecenie lekarza) środka przeciwkaszlowego.
 - Pomoc w przyjęciu prawidłowej pozycji:
 - siedzącej z pochyleniem do przodu — kończyny górne oparte np. na stoliku (ryc. 6.54a).
 - leżącej na boku z ręką odwiedzioną ku górze (ryc. 6.54b).
 - Poinformowanie pacjenta, że po badaniu powinien zostać w łóżku w pozycji wysokiej lub półwysokiej (zgodnie z zaleceniem lekarza).

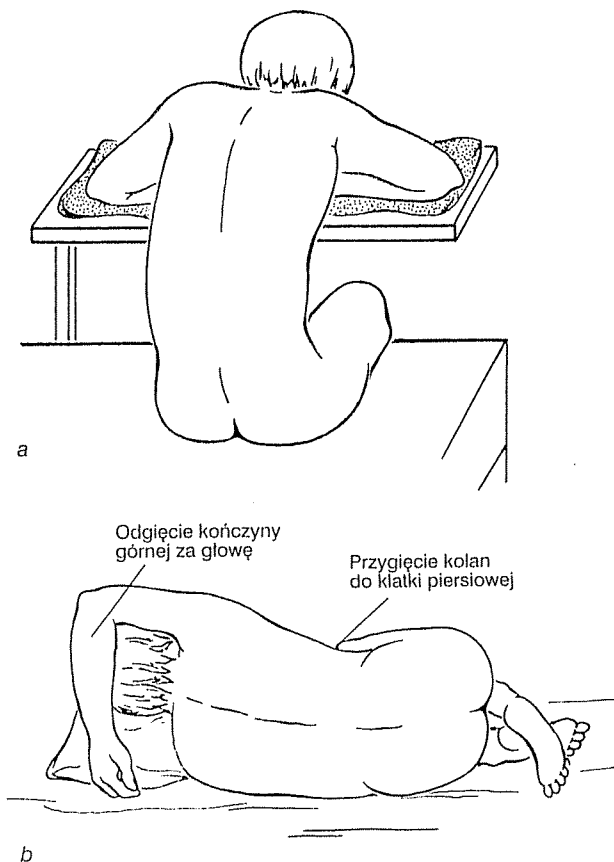
Przygotowanie pacjenta

Przygotowanie sprzętu

Zestaw:

- Jałowy materiał opatrunkowy (np. gaziki).
- Środki dezynfekcyjne.
- Środek do znieczulenia miejscowego w aerozolu.
- Jałowe igły punkcyjne.
- 2 strzykawki 20 ml.
- Jałowe rękawiczki.
- Serweta z otworem.
- Przyklepiec.
- Nożyczki.
- Jałowe narzędzia chwytne, np. pęseta.
- Probówki na płyn z jamy opłucnej do badania.

Uwaga. Badanie należy wykonywać w gabinecie zabiegowym wyposażonym w niezbędny sprzęt, m.in. aparat EKG,



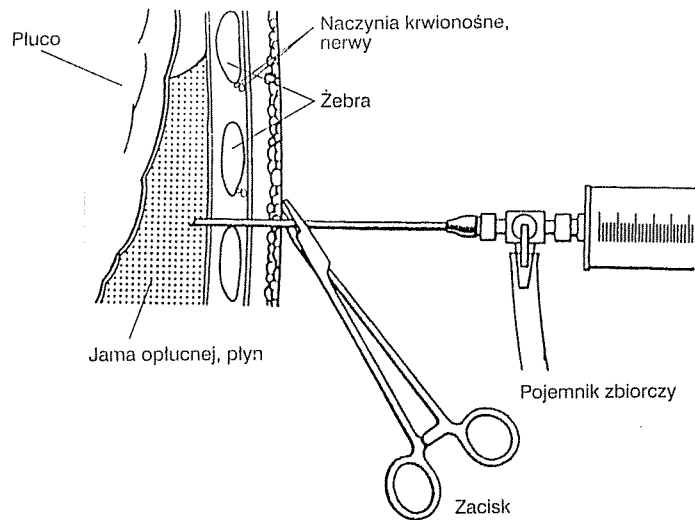
Ryc. 6.54. Pozycje do punkcji jamy opłucnej: a — pozycja siedząca z pochyleniem do przodu i podparciem kończyn górnych, b — pozycja leżąca z przygięciem kolan do klatki piersiowej i odgięciem kończyn górnych za głowę.

dostęp tlenu, zestaw do ssania, tace ze sprzętem i lekami (w razie wystąpienia objawów zagrożenia życia).

Sposób wykonania

Pielęgniarka:

1. Przygotowuje sprzęt.
2. Pomaga pacjentowi przyjąć ustaloną z lekarzem pozycję.
3. Podaje lekarzowi kolejno narzędzia, przybory, zgodnie z etapem badania.
4. Obserwuje pacjenta w czasie wykonywania nakłucia, podaje materiał opatrunkowy w celu założenia opatrunku (po usunięciu igły z jamy opłucnej).
5. Zabezpiecza płyn pobrany do badania i po zaopatrzeniu probówek w skierowanie przekazuje je do laboratorium.



Ryc. 6.55. Nakłucie jamy opłucnej — miejsce wprowadzenia igły punkcyjnej do jamy opłucnej.

6. Odwozi pacjenta do sali i układa go w pozycji wysokiej lub półwysokiej.
7. Obserwuje pacjenta, np. ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddechy.
8. Porządkuje sprzęt zgodnie z obowiązującymi zasadami.

Lekarz:

1. Wyznacza miejsce wkłucia.
2. Znieczula miejsce wkłucia.
3. Odkąża skórę w miejscu wkłucia.
4. Zabezpiecza przygotowane miejsce jałową serwetą.
5. Poleca pacjentowi wstrzymać oddech, wkłupa igłę do jamy opłucnej.
6. Podłącza przygotowaną strzykawkę do igły i pobiera płyn do badania.
7. Po pobraniu płynu ponownie poleca pacjentowi wstrzymać oddech i po przyłożeniu do miejsca wkłucia jałowych gazików usuwa igłę z jamy opłucnej.
8. Umocowuje opatrunek przylepcem.

Obowiązujące zasady

- Zasady aseptyki i antyseptyki.
- Wykonanie znieczulenia.
- Prawidłowe ułożenie pacjenta.
- Obserwacja pacjenta w czasie badania i po badaniu.

- Polecenie pacjentowi, aby wstrzymał oddech przy wkłuwaniu i wykluwaniu igły, a także przy odłączaniu strzykawki od igły punkcyjnej.

6.7.1.9 Nakłucie jamy brzusznej [o o]

Nazwa badania

Nakłucie jamy brzusznej.

Istota i cel

Badanie polega na wprowadzeniu igły przez ścianę jamy brzusznej do jamy otrzewnej w celu diagnostycznym lub leczniczym.

- *Cel diagnostyczny* to pobranie płynu z jamy otrzewnej do badania np. bakteriologicznego, fizykochemicznego.
- *Cel leczniczy* to np. usunięcie zalegającego płynu z jamy otrzewnej (gromadzącego się w stanach nowotworowych).

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka przygotowuje niezbędny w czasie badania sprzęt, pomaga lekarzowi w czasie badania. Do jej zadań należy również:

- Przygotowanie pacjenta do badania.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.
- Postępowanie ze sprzętem po badaniu.
- Zabezpieczenie materiału pobranego do badania — przekazanie wraz ze skierowaniem do laboratorium.
- Poinformowanie pacjenta:
 - o sposobie zachowania się w czasie badania,
 - o konieczności oddania moczu przed badaniem,
 - o tym, że po badaniu nie należy zdejmować założonego bandaża bez porozumienia z lekarzem lub pielęgniarką.

Przygotowanie pacjenta

Przygotowanie sprzętu

Zestaw:

- Jałowy materiał opatrunkowy.
- Środki do dezynfekcji miejsca nakłucia (np. 70% spirytus, jodyna).
- Środek do znieczulenia miejscowego w aerozolu.
- Jałowy sprzęt: igły do nakłucia, strzykawki, np. 20 ml, 50 ml, rękawiczki, serweta, narzędzia chwytne.
- Probówki na płyn do badania.
- Duże naczynie miareczkowane na płyn.
- Przylepiec.
- Nożyczki.
- Bandaże elastyczne lub bandaże wielokońcowe.

Uwaga. Badanie powinno być wykonywane w gabinecie zabiegowym wyposażonym m.in. w leżankę lub fotel dla pa-

cjenta, aparat EKG, dostęp tlenu, tacę ze sprzętem i lekami niezbędnymi w razie wystąpienia objawów zagrożenia życia.

Sposób wykonania

Pielęgniarka:

1. Przygotowuje sprzęt.
2. Pomaga pacjentowi przyjąć wymaganą pozycję (np. siedzącą lub leżącą na boku).
3. Podaje przygotowane gaziki nasączone środkiem dezynfekującym.
4. Podaje środek do znieczulenia.
5. Podaje jałowe rękawiczki.
6. Podaje jałową igłę do nakłucia.
7. Pobiera do probówek płyn, pod wylotem ustawia naczynie na upuszczany płyn.
8. Obserwuje pacjenta, np. mierzy ciśnienie tętnicze.
9. Bandażem elastycznym bandażuje powłoki brzuszne w miarę upuszczania płynu.
10. Po upuszczeniu płynu podaje lekarzowi jałowe gaziki.
11. Zabezpiecza opatrunek przyłepcem, kończy bandażowanie brzucha.
12. Mierzy pacjentowi ciśnienie tętnicze.
13. Wysyła oznaczony płyn do badania.
14. Porządkuje sprzęt.

Lekarz:

- Wyznacza miejsce wkłucia.
- Dezynfekuje skórę w okolicy miejsca nakłucia.
- Wykonuje znieczulenie.
- Zakłada rękawiczki.
- Nakłuwa jamę brzuszną.
- Usuwa igłę z jamy otrzewnej.

Obowiązujące zasady

- Zasady aseptyki, antyseptyki.
- Uciśnięcie powłok jamy brzusznej bandażem elastycznym lub wielokończowym.
- Obserwacja pacjenta w czasie upuszczania płynu i po badaniu.
- Znieczulenie okolicy nakłucia.

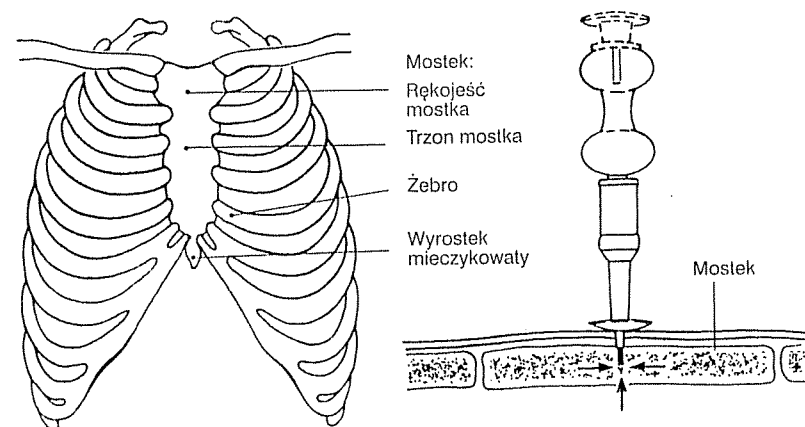
**6.7.1.10
Pobranie szpiku kostnego [o o]**

Nazwa badania

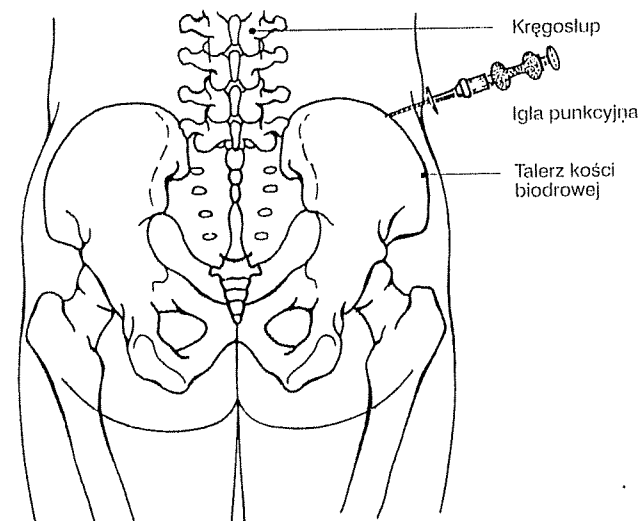
Pobranie szpiku kostnego.

Istota i cel

Badanie polega na wprowadzeniu do kości płaskiej, np. mostka, igły w celu pobrania szpiku czerwonego do oceny jego komórek. Wskazaniem do wykonania badania są choroby układu krwiotwórczego (cel diagnostyczny) lub po-



Ryc. 6.56. Punkcja mostka — umiejscowienie.



Ryc. 6.57. Biopsja grzebienia biodrowego — miejsce wkłucia igły punkcyjnej.

branie szpiku do przeszczepu (cel leczniczy). Lekarz powinien uzyskać zgodę pacjenta na wykonanie badania. W przypadku dzieci i osób z upośledzeniem umysłowym zgodę powinni wyrazić rodzice, opiekunowie.

Zapamiętaj:

Do nakłucia wykorzystuje się kości płaskie:

- rękkość lub trzon mostka,
- talerz kości biodrowej (grzebień biodrowy).

Pielęgniarka przygotowuje niezbędny do badania sprzęt i pomaga lekarzowi w czasie badania. Do jej zadań należy:

- Przygotowanie pacjenta.
- Zabezpieczenie pobranego szpiku.
- Obserwacja pacjenta w czasie badania i po badaniu.
- Postępowanie ze sprzętem po badaniu.
- Poinformowanie o istocie badania.
- Pobranie krwi na morfologię i układ krzepnięcia.
- Zapewnienie wygodnej pozycji w czasie badania:
 - na plecach przy nakłuciu mostka,
 - na brzuchu lub na boku przy nakłuciu kości biodrowej.
- Ewentualne ogolenie okolicy nakłucia (u mężczyzn okolicy klatki piersiowej).
- Poinformowanie pacjenta, że:
 - przed badaniem należy oddać mocz,
 - w czasie badania należy zgłaszać wszelkie dolegliwości, np. duszność, silny ból,
 - po badaniu powinien pozostać przez pewien czas w pozycji leżącej (zależy od samopoczucia pacjenta),
 - powinien dbać o czystość założonego w miejscu nakłucia opatrunku.

Zestaw:

- Środki do odkażania okolicy miejsca nakłucia, np. 70% spirytus, jodyna.
- Igły punkcyjne.
- Jałowy rękawiczki.
- Strzykawka 20 ml.
- Szkiełko zegarkowe i zestaw szkiełek podstawowych od-tłuszczonych.
- Jałowy materiał opatrunkowy — gaziki.
- Jałowa serweta z otworem.
- Przylepiec.
- Nożyczki.
- Środek do znieczulenia miejscowego (np. lidokaina 1% lub 2%).
- Igły do wstrzyknięć podskórnych.
- Strzykawka 2 ml lub 5 ml do wykonania znieczulenia nasiękowego.
- Miska nerkowata.

*Zadania
i kompetencje
pielęgniarki*

*Przygotowanie
pacjenta*

*Przygotowanie
sprzętu*

Zapamiętaj:

Znieczulenie nasiękowe polega na podaniu środka znieczulającego w okolicę np. nakłucia — po wkluciu igły do tkanki podskórnej podaje się środek porcjami, zmieniając kąt i miejsce podania środka.

Sposób wykonania

Pielęgniarka:

1. Przygotowuje sprzęt.
2. Układa pacjenta w wybranej pozycji.
3. Podaje lekarzowi gaziki ze środkiem do dezynfekcji skóry.
4. Podaje przygotowaną strzykawkę ze środkiem znieczulającym.
5. Dezynfekuje okolicę nakłucia.
6. Podaje igłę punkcyjną.
7. Podaje strzykawkę.
8. Bierze do ręki szkiełko zegarkowe.
9. Podaje gaziki.
10. Umocowuje opatrunek przylepcem.
11. Obserwuje pacjenta.
12. Porządkuje sprzęt.

Lekarz:

- Wybiera miejsce nakłucia.
- Dezynfekuje skórę.
- Wykonuje znieczulenie.
- Zakłada jałowe rękawiczki.
- Wprowadza igłę do kości w wybranym miejscu.
- Podłącza strzykawkę i pobiera szpik.
- Ze strzykawki wylewa szpik na szkiełko zegarkowe.
- Wykluwa igłę i zakłada opatrunek uciskowy w miejscu nakłucia.
- Wykonuje rozmazy szpiku na szkiełkach podstawowych i ocenia pod mikroskopem.

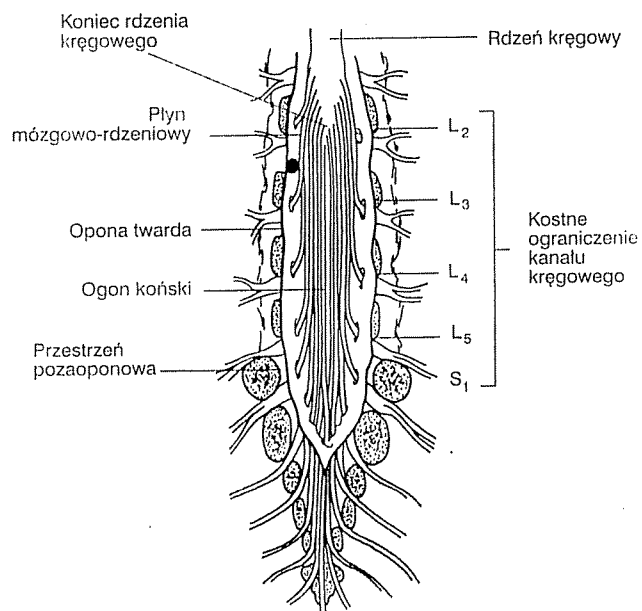
*Obowiązujące
zasady*

- Przygotowanie psychicznie pacjenta, ewentualnie na zlecenie lekarza podanie leku uspokajającego.
- Zasady aseptyki i antyseptyki.
- Wykonanie badań krwi: morfologii i układu krzepnięcia.
- Wybór miejsca nakłucia.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.11

Nakłucie lędźwiowe [o o]

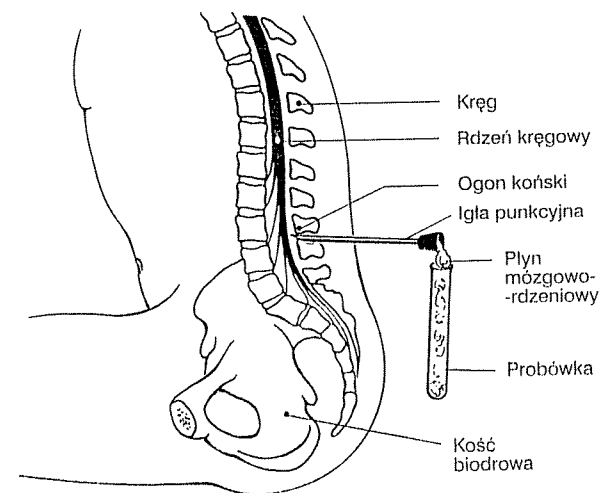
<i>Nazwa badania</i>	Nakłucie lędźwiowe.
<i>Istota i cel</i>	<p>Badanie polega na wprowadzeniu igły punkcyjnej do przestrzeni podpajęczynówkowej na wysokości przestrzeni między dolnymi kręgami lędźwiowymi: L₃-L₄, L₄-L₅, w celu diagnostycznym lub leczniczym.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cel diagnostyczny</i> to pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego do badania, pomiar ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. • <i>Cel leczniczy</i> to podanie leku (np. antybiotyku lub cytotatyku), wykonanie znieczulenia przewodowego do zabiegu operacyjnego. Lekarz powinien uzyskać zgodę pacjenta na wykonanie badania.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	<p>Pielęgniarka przygotowuje sprzęt niezbędny do wykonania badania i pomaga lekarzowi w czasie badania. Do jej zadań należy również:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie pacjenta. • Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.



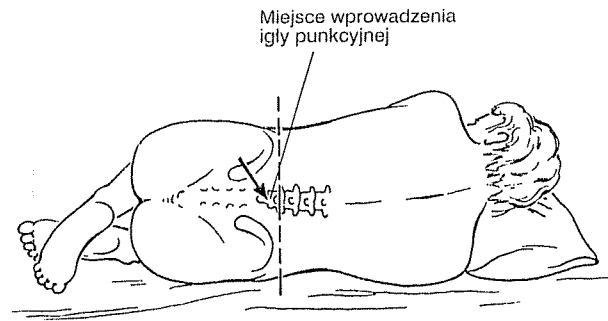
Ryc. 6.58. Rdzeń kręgowy i nerwy rdzeniowe. Charakterystyka anatomiczna odcinka lędźwiowego — miejsce, poziom zakończenia rdzenia kręgowego.

<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Postępowanie ze sprzętem po badaniu. • Zabezpieczenie i przekazanie płynu pobranego do badania. • Poinformowanie o: <ul style="list-style-type: none"> – sposobie zachowania się w czasie wykonywania badania, – konieczności oddania przed badaniem moczu, – konieczności utrzymania nieruchomej pozycji w czasie badania, – konieczności pozostania w łóżku w pozycji leżącej na brzuchu przez 2 h, a następnie pozostaniu w łóżku przez 24 h, ograniczeniu gwałtownych ruchów. • Pomoc w przyjęciu właściwej pozycji do nakłucia: <ul style="list-style-type: none"> – pozycji siedzącej z głębokim pochyleniem do przodu (ryc. 6.59), – pozycji bocznej z mocnym wygięciem kręgosłupa: głowa i kolana przygięte do klatki piersiowej (ryc. 6.60 i 6.61). <p>Pozycja z ryc. 6.59 jest wybierana w przypadku osób, które mają trudności z przyjęciem i utrzymaniem przez dłuższy czas pozycji bocznej z przygięciem głowy i kolan do klatki piersiowej, np. osoby ze zmianami zwyrodnieniowymi w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.</p>
-------------------------------	--

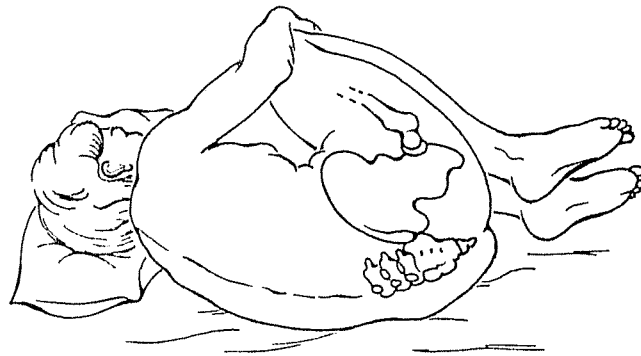
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	<p>Zestaw:</p> <ul style="list-style-type: none"> • środki do odkażenia miejsca nakłucia, np. 70% spirytus, jodyna,
------------------------------	--



Ryc. 6.59. Punkcja lędźwiowa — umiejscowienie igły w kanale lędźwiowym.



Ryc. 6.60. Ułożenie pacjenta w czasie nakłucia kanału kręgowego. Strzałką zaznaczono miejsce wprowadzenia igły punkcyjnej.



Ryc. 6.61. Ułożenie pacjenta do punkcji lędźwiowej.

- jałowy materiał opatrunkowy (gaziki),
- jałowa serweta z otworem,
- jałowe narzędzia chwytne,
- jałowe rękawiczki,
- igły punkcyjne,
- środek do znieczulenia, np. lidokaina 1–2% w aerozolu,
- próbki na pobranie płynu do badania,
- przyłepiec, nożyczki,
- naczynie na odpadki.

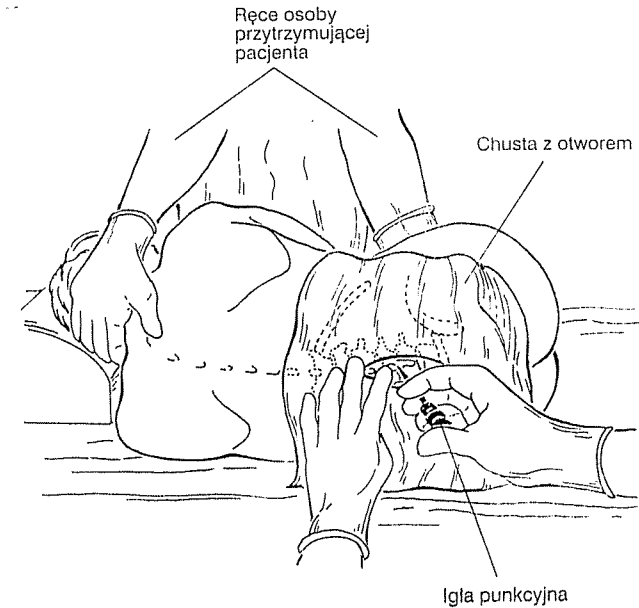
Sposób wykonania

Pielęgniarka:

1. Przygotowuje sprzęt.
2. Pomaga pacjentowi przyjąć wymaganą pozycję.
3. Podaje lek do znieczulenia.

Lekarz:

- Wybiera miejsce nakłucia.
- Znieczula okolicę nakłucia.



Ryc. 6.62. Punkcja lędźwiowa.

4. Podaje w sposób jałowy gaziki ze środkiem dezynfekcyjnym.
 5. Podaje igłę punkcyjną.
 6. Bierze do ręki próbki i trzymając je u wylotu igły punkcyjnej pobiera płyn do badania.
 7. Podaje jałowe gaziki.
 8. Umocowuje opatrunek przyłepcem.
 9. Pomaga pacjentowi przyjąć pozycję (na brzuchu).
 10. Odwozi pacjenta do sali.
 11. Mierzy parametry, np. RR, tętno.
 12. Przekazuje pobrany płyn do badania.
 13. Porządkuje sprzęt.
- Dezynfekuje miejsce nakłucia.
 - Po założeniu jałowych rękawic nakłuw wybraną przestrzeń międzykręgową.
 - Wykłuwa igłę i zakłada opatrunek.

Zapamiętaj:

U niektórych pacjentów po badaniu występują objawy określane zespołem popunkcyjnym. Najczęstsze objawy zespołu popunkcyjnego:

- bóle i zawroty głowy,
- nudności,
- wymioty,
- obniżenie ciśnienia tętniczego,
- przyspieszenie tętna,
- zaburzenia świadomości,
- objawy sztywności karku.

Obowiązujące zasady

- Zasady aseptyki i antyseptyki.
- Zastosowanie znieczulenia miejscowego.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.
- Pozycja pacjenta w czasie nakłucia.
- Konieczność pozostania w łóżku przez 24 h, aby zapobiec zespołowi popunkcyjnemu.

6.7.1.12

Scyntygrafia [*]

Nazwa badania

Scyntygrafia — badanie izotopowe.

Istota i cel

Badanie polega na podaniu niewielkich dawek izotopów promieniotwórczych w celu uzyskania obrazu badanego narządu i oceny jego czynności. Najczęściej używane są izotopy: technet 99, jod 131, gal 67. Ich rodzaj zależy od zdolności tkanek do ich wychwytywania, np. do badania gruczołu tarczowego stosuje się jod 131, do badania tkanki kostnej — technet 99. Badanie to służy do oceny funkcji narządów wewnętrznych, np. nerek, wątroby, gruczołu tarczowego, mięśnia sercowego.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do badania, obserwuje pacjenta po badaniu. Do jej zadań należy również:

- Poinformowanie pacjenta o zachowaniu się w czasie badania i po badaniu.
- Na zlecenie lekarza podanie leków.

Przygotowanie pacjenta

- Poinformowanie pacjenta, jeżeli badanie będzie dotyczyć przewodu pokarmowego, aby był na czczo.
- Powinien usunąć metalowe przedmioty, np.: klamry, spinki, guziki.

Sposób wykonania. Algorytm

1. W pracowni medycyny nuklearnej podaje się pacjentowi izotop promieniotwórczy przez założony do naczynia żylnego wenflon (izotop może być podany również doustnie).
2. Badanie wykonuje się, gdy pacjent jest ułożony w pozycji leżącej lub siedzącej.
3. Głowica aparatu porusza się nad badanym obszarem ciała, wychwytyując emitowane promieniowanie. Badanie trwa od 5 do 60 min. Wynik badania scyntygraficznego składa się z opisu i map scyntygraficznych narządu — scyntygramów.

Obowiązujące zasady

- Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do badania.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.13

Tomografia komputerowa [*]

Nazwa badania

Tomografia komputerowa — TK.

Istota i cel

Jest to badanie radiologiczne, w którym do obrazowania diagnozowanych narządów wykorzystuje się promienie rentgenowskie. Dzięki zastosowaniu lampy rentgenowskiej, która porusza się dookoła ciała pacjenta, we wnętrzu aparatu możliwe jest uzyskanie obrazów poszczególnych warstw narządu. W celu dokładniejszej oceny danego narządu podaje się pacjentowi środek cieniujący (najczęściej dożylnie). Badanie służy do oceny budowy anatomicznej i ewentualnych zmian patologicznych w organizmie człowieka. Ze względu na dużą dawkę promieniowania nie należy wykonywać badania u kobiet w ciąży i w II połowie cyklu miesiączkowego.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do badania, obserwuje pacjenta po badaniu. Do jej zadań należy również:

- Poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się przed badaniem i w czasie badania.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania.

Przygotowanie pacjenta

Poinformowanie pacjenta:

- o konieczności pozostania na czczo na ok. 6–8 h przed badaniem,
- że przed badaniem podawany jest środek cieniujący,

- aby w momencie zapalenia się specjalnej diody wstrzymał oddech i nie ruszał się (umożliwia to uzyskanie obrazu o lepszej jakości).
- aby w czasie badania zgłaszał wszelkie niepokojące dolegliwości: narastający niepokój, duszność, ból głowy, szum w uszach, nudności itp.

Sposób wykonania

Pacjent nie musi rozbiierać się do badania, układa się na ruchomym stole na plecach. Nie powinien się poruszać. Lekarz radiolog lub technik elektroradiologii, który znajduje się przy konsoli, za pomocą komputera steruje urządzeniem, wykonując kolejne zdjęcia rentgenowskie. Wynik badania składa się z opisu i zdjęć na kliszy rentgenowskiej.

Obowiązujące zasady

- Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do badania zgodnie z przyjętymi wymaganiami.
- Obserwowanie pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.1.14

Angiografia [*]

Nazwa badania

Angiografia — badanie radiologiczne, kontrastowe naczyń tętniczych.

Istota i cel

Badanie polega na uzyskaniu obrazu naczyń przy użyciu promieni rentgenowskich po podaniu środka cieniującego. Wypełnione środkiem cieniującym naczynia krwionośne są widoczne na kliszy rentgenowskiej. Środek cieniujący podaje się do dużej tętnicy za pośrednictwem cewnika naczyniowego.

Badanie wykonuje się w celu wykrycia i oceny zmian patologicznych w obrębie naczyń tętniczych.

Badanie może być połączone z zabiegiem leczniczym, np.:

- poszerzenia zwężonego naczynia cewnikiem zaopatrzonym w balonik,
- embolizację — zamknięcie światła pojedynczych naczyń.

Badanie wykonuje się w zakładzie radiologii, w pracowni badań naczyniowych. Powinien być zapewniony dostęp do tlenu, aparat EKG, taca ze sprzętem i lekami (niezbędnymi w razie wystąpienia objawów zagrożenia życia).

Badanie nie powinno być wykonywane u kobiet w czasie ciąży i w II połowie cyklu miesięczkowego.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Przygotowanie pacjenta

- Poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się w czasie badania.
- Przygotowanie i podanie na zlecenie lekarza leków, np. uspokajających.
- Obserwacja pacjenta w czasie badania i po badaniu.

Przed badaniem lekarz powinien uzyskać pisemną zgodę pacjenta na wykonanie badania. Ponadto:

- Dzień przed badaniem należy pobrać krew do badania układu krzepnięcia.
- 6–8 h przed badaniem pacjent powinien być na czczo.
- Gdy badanie dotyczy naczyń w obrębie jamy brzusznej, należy oczyścić przewód pokarmowy, podając leki przeczyszczające lub wykonując lewatywę.
- Na zlecenie lekarza — podać lek uspokajający.
- Jeżeli u pacjenta występuje nadciśnienie tętnicze, należy na zlecenie lekarza podać pacjentowi leki obniżające ciśnienie.
- Zawieźć lub zaprowadzić pacjenta do pracowni badań naczyniowych w zakładzie radiologii.
- Należy poinformować pacjenta, aby zgłaszał w czasie badania wszelkie niepokojące objawy, np.: duszność, szum w uszach, narastający ból, ból głowy, nudności.

Postępowanie z pacjentem po badaniu

- Po badaniu pacjent jest odwożony z pracowni naczyniowej do sali.
- Powinien pozostać w łóżku mniej więcej przez 24 h.
- W miejscu nakłucia tętnicy powinien być założony opatrunek uciskowy — należy go utrzymać mniej więcej przez 4 h.
- Należy obserwować parametry życiowe pacjenta: RR, tętno, oddech, zabarwienie powłok skórnych na kończynie, tętno na kończynie.
- W ciągu 24 h pacjent powinien unikać gwałtownych ruchów, zginania kończyny w okolicy, w której było wykonane nakłucie.

Obowiązujące zasady

- Uzyskanie zgody pacjenta na badanie.
- Wykonanie badania krwi — układu krzepnięcia.
- Przygotowanie przewodu pokarmowego.
- Założenie opatrunku uciskowego w miejscu nakłucia.
- Obserwowanie pacjenta po badaniu.

6.7.2 Procedury i algorytmy wykonywania badań specjalistycznych nieinwazyjnych

6.7.2.1 Spirometria [●]

<i>Nazwa badania</i>	Spirometria — badanie wydolności układu oddechowego.
<i>Istota i cel</i>	Badanie polega na pomiarze objętości powietrza przesuwanego się z układu oddechowego lub do układu oddechowego w cyklu oddechowym. Badanie służy ocenie wydolności oddechowej pacjenta, np.: w chorobach oddechowo-kръżeniowych, w ocenie przydatności do pracy w określonych zawodach lub przy uprawianiu sportu. Badanie spirometryczne może być uzupełnione próbami wysiłkowymi lub farmakologicznymi.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Badanie może wykonywać pielęgniarka samodzielnie, bez zlecenia lekarza. Do jej zadań należy: <ul style="list-style-type: none">• Poinformowanie pacjenta o istocie badania.• Przygotowanie sprzętu.• Notowanie wyników badania na karcie pomiaru.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	Badanie nie wymaga szczególnego przygotowania. Jeżeli badanie ma być połączone z próbą wysiłkową, należy wykonać EKG i zmierzyć ciśnienie tętnicze. <ul style="list-style-type: none">• Przed badaniem pacjent nie powinien palić papierosów.• W czasie badania pacjent powinien stosować się do wskazówek osoby wykonującej badanie.
<i>Przygotowanie sprzętu</i>	Spirometr powinien być czysty, sprawny, z możliwością wymiany ustników.
<i>Sposób wykonania. Algorytm</i>	Badanie wykonuje się w pracowni spirometrycznej — przed badaniem następnego pacjenta należy wymienić ustnik przy spirometrze. <ol style="list-style-type: none">1. Poproś, aby pacjent wygodnie usiadł przed spirometrem.2. Załóż pacjentowi zacisk na nos.3. Załóż ustnik na końcówkę spirometru.4. Podaj pacjentowi końcówkę z ustnikiem.5. Poproś, aby pacjent spokojnie oddychał, a po kilku spokojnych oddechach nabrał dużo powietrza i wykonał szybką, głęboką wydech do aparatu.6. Odnotuj wynik na karcie pomiaru.
<i>Obowiązujące zasady</i>	<ul style="list-style-type: none">• Poinformowanie pacjenta o istocie badania.• Wymiana ustnika przed wykonaniem badania u następnego pacjenta.

6.7.2.2 Ultrasonografia [*]

<i>Nazwa badania</i>	Ultrasonografia — USG.
<i>Istota i cel</i>	Jest to nieinwazyjna metoda obrazowania narządów i tkanek miękkich organizmu ludzkiego za pomocą fali ultradźwiękowej. Fale przesyłane są do badanego narządu z aparatu ultradźwiękowego wyposażonego w sondę — głowicę. Część odbitej fali tworzy obraz narządu na ekranie monitora, który następnie rejestruje się na papierze drukarki termoczulą, na taśmie wideo itp. Badanie to umożliwia wykrycie zmian patologicznych w obrębie narządu, a także ocenę kształtu, wielkości i położenia narządu. Badanie wykonuje się na zlecenie lekarza, który po badaniu ogólnym pacjenta decyduje, czy są wskazania do jego wykonania.
<i>Zadania i kompetencje pielęgniarki</i>	Poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się przed badaniem i w czasie badania.
<i>Przygotowanie pacjenta</i>	<ul style="list-style-type: none">• Jeżeli USG dotyczy narządów jamy brzusznej, pacjent powinien być na czczo, gdyż łatwiej wówczas dokonać ich oceny.• Jeżeli USG dotyczy narządów miednicy mniejszej, np. narządów rodnych u kobiety, pacjentka powinna być na czczo i na 1 h przed badaniem powinna wypić ok. 2–3 szklanek niesłodzonej herbaty lub niegazowanego płynu, aby wypełnić pęcherz moczowy.
<i>Sposób wykonania</i>	Badanie wykonuje lekarz (radiolog). <ol style="list-style-type: none">1. Pacjent układa się w pozycji leżącej na leżance w pokoju do badań.2. Po odsłonięciu jamy brzusznej lekarz pokrywa skórę żel, aby uzyskać pełny kontakt głowicy ze skórą.3. W celu obejrzenia diagnozowanego narządu przesuwa głowicę nad nim.4. Aby lepiej uwidocznić narządy nadbrzusza, lekarz prosi pacjenta o wykonanie głębokiego wdechu i wstrzymanie powietrza. Wynik badania składa się z opisu i dołączonego wydruku obrazów ultrasonograficznych.
<i>Obowiązujące zasady</i>	<ul style="list-style-type: none">• Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta w zależności od wskazań do badania.

6.7.2.3

Rezonans magnetyczny [*]

Nazwa badania	Rezonans magnetyczny (magnetyczny rezonans jądrowy — MRI).
Istota i cel	Badanie polega na umieszczeniu pacjenta w specjalnej komorze w stałym polu magnetycznym, o wysokiej energii. Dodatkowo wysyłane fale radiowe docierają do tkanek organizmu pacjenta, wzbudzając w nich podobne fale. Komputer obsługiwany przez operatora przedstawia obraz anatomiczny danego narządu w dowolnie wybranej płaszczyźnie. Jest to badanie nieinwazyjne, gdyż pole magnetyczne i fale radiowe są nieszkodliwe dla organizmu. Badanie umożliwia ocenę budowy anatomicznej całego organizmu w dowolnej płaszczyźnie i trójwymiarowo. Szczególnie cenne jest do oceny ośrodkowego układu nerwowego (mózgowia, rdzenia kręgowego). Badanie to może również służyć do nieinwazyjnej oceny naczyń krwionośnych (angiografia rezonansu magnetycznego). Badanie wykonywane jest tylko na zlecenie lekarza.
Zadania i kompetencje pielęgniarki	Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do badania i obserwuje go po badaniu. Ponadto do jej zadań należy: <ul style="list-style-type: none">• Poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się przed badaniem i w czasie badania.• Na zlecenie lekarza podanie leków, np. uspokajających, hamujących perystaltykę jelit.• Obserwowanie pacjenta w czasie badania.
Przygotowanie pacjenta	<ul style="list-style-type: none">• Poinformowanie pacjenta, że:<ul style="list-style-type: none">– na 6 h przed badaniem nie należy jeść — należy pozostać na czczo,– przed wejściem do pomieszczenia, w którym znajduje się aparat, należy zdjąć wszelkie metalowe przedmioty, np. klucze, spinki, zegarek itp.,– należy zgłosić np. posiadanie wszczepionego rozrusznika serca, metalowych części w organizmie — staplerów, drutów po zabiegach ortopedycznych,– w czasie badania należy zgłaszać wszelkie dolegliwości, np. duszność, zawroty głowy, nudności, lęk itp.
Sposób wykonania	Pacjent nie musi rozbierać się do badania, układa się na ruchomym stole, który przesuwa się do środka komory aparatu — gantry. W czasie badania nie powinien się poruszać. Badanie trwa ok. 40 min. Aparat sterowany jest za pośrednictwem komputera na konsoli. Wynik badania składa się z opisu i zdjęć rentgenowskich.

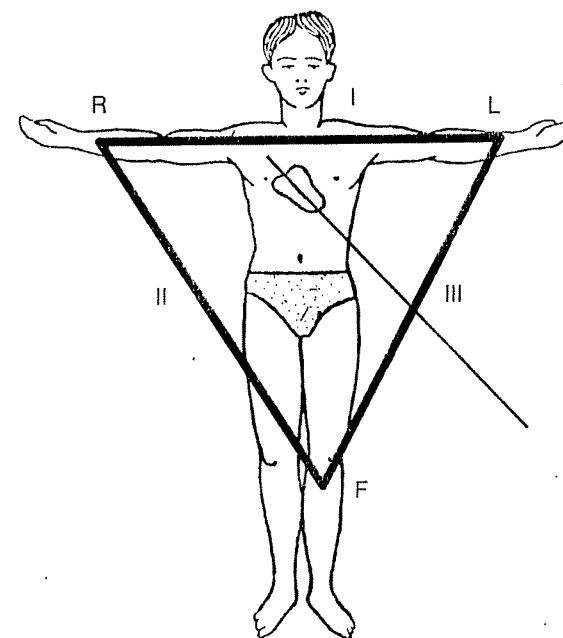
Obowiązujące zasady

- Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta zgodnie z przyjętymi wymaganiami.
- Obserwacja pacjenta w czasie badania i po badaniu.

6.7.2.4

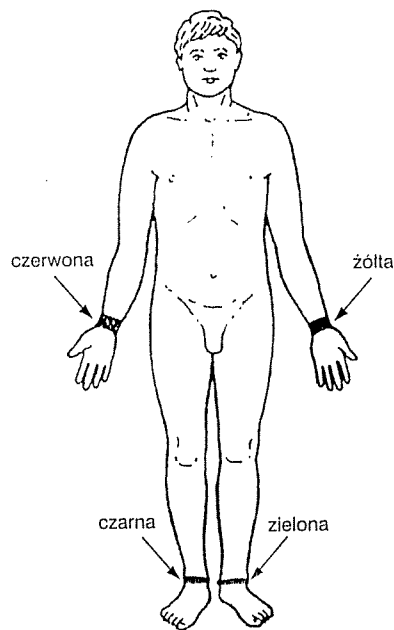
Elektrokardiografia [O]

Nazwa badania	Elektrokardiografia spoczynkowa — EKG.
Istota i cel	Jest to zapis czynności elektrycznej serca, będący wykresem zmiennych napięć elektrycznych powstających w mięśniu sercowym. Badanie umożliwia w sposób nieinwazyjny rejestrację czynności elektrycznej serca, umożliwia rejestrację rytmu i przewodnictwa, ocenę pracy rozrusznika serca oraz nieprawidłowości w ukrwieniu mięśnia sercowego. Aparat do EKG ma 12 odprowadzeń: <ul style="list-style-type: none">• 6 kończynowych:<ul style="list-style-type: none">– 3 dwubiegunowe, oznaczane symbolami I, II, III,



Ryc. 6.63. EKG — odprowadzenia I, II, III i aVR, aVL i aVF.

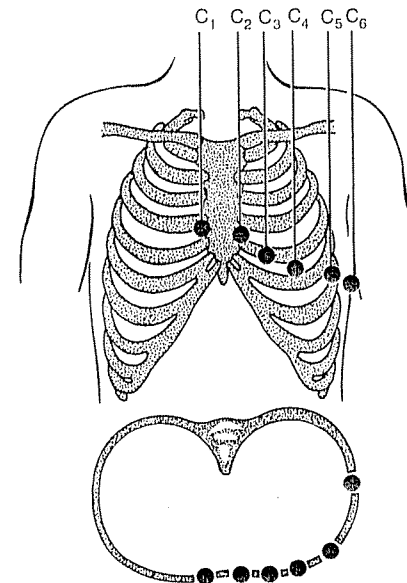
- 3 jednobiegunowe, oznaczane symbolami: aVR, aVL, aVF,
 - 6 przedsercowych — jednobiegunowych.
- Sposób umocowania elektrod kończynowych:
 prawa noga — elektroda czarna,
 prawa ręka — elektroda czerwona,
 lewa ręka — elektroda żółta,
 lewa noga — elektroda zielona.
 Elektroda czarna jest obojętna — zamyka obwód.



Ryc. 6.64. EKG — miejsce przyłożenia elektrod kończynowych.

Przewody i zakończenia odprowadzeń przedsercowych są nie tylko oznaczone symbolami (C₁-C₆), lecz również kolorami: C₁ — czerwony, C₂ — żółty, C₃ — biały, C₄ — zielony, C₅ — brązowy, C₆ — czarny.

Miejsca przyłożenia elektrod przedsercowych:
 C₁ — 4 przestrzeń międzyżebrowa, ok. 2,5 cm od mostka po prawej jego stronie,
 C₂ — 4 przestrzeń międzyżebrowa, ok. 2,5 cm od mostka po lewej jego stronie,
 C₃ — w połowie odległości między C₂ a C₄,
 C₄ — w 5 przestrzeni międzyżebrowej w linii środkowo-obojętkowej,



Ryc. 6.65. EKG — miejsce przyłożenia elektrod przedsercowych.

C₅ — w 5 przestrzeni międzyżebrowej w linii przedniej pachowej,

C₆ — w 5 przestrzeni międzyżebrowej w linii środkowej pachowej.

Zadania i kompetencje pielęgniarki

Pielęgniarka może samodzielnie wykonać badanie, po odbyciu kursu specjalistycznego.

Do jej zadań należy również:

- Przygotowanie pomieszczenia do badania.
- Przygotowanie sprawnego aparatu do EKG.
- Poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się w czasie badania.

Przygotowanie pacjenta

Nie ma specjalnych zaleceń co do przygotowania, należy jedynie poinformować pacjenta, że jeżeli przyjmuje jakieś leki, należy to zgłosić przed badaniem. U mężczyzny zacho-
 dzi niekiedy potrzeba ogolenia okolicy klatki piersiowej, aby móc umocować elektrody i uzyskać w ten sposób lepsze przewodnictwo elektryczne.

Przygotowanie sprzętu

- Sprawny aparat do EKG.
- Leżanka dla pacjenta przykryta czystym prześciera-
 dłem.
- Żel do smarowania skóry w miejscu przyczepu elektrod EKG lub namoczone w wodzie gaziki.

*Sposób wykonania.
Algorytm*

1. Sprawdź zlecenie lekarskie.
2. Pomóż pacjentowi zdjąć górną część ubrania oraz skarpety (pończochy).
3. Pomóż pacjentowi położyć się na leżance.
4. Skórę w miejscu przyłożenia elektrod posmaruj żelem lub gazikami namoczonymi w wodzie.
5. Umocuj elektrody na kończynach i na klatce piersiowej wg zamieszczonego schematu (ryc. 6.64 i 6.65.) za pomocą ssawek lub pasa.
6. Zarejestruj kolejno zapis odprowadzeń kończynowych, następnie przedsercowych.
7. Zapisz dane pacjenta (nazwisko i imię, wiek, datę badania).
8. Odłącz elektrody.
9. Zmyj żel ze skóry pacjenta oraz z elektrod.
10. Pomóż pacjentowi wstać z leżanki i ubrać się.
11. Zapis EKG naklej na przeznaczoną do tego okładkę papierową i umieść w dokumentacji pacjenta.
12. Odnotuj wykonanie badania.

Obowiązujące zasady

- Pacjent nie powinien być zmęczony.
- Pacjent nie powinien być zdenerwowany.
- Pacjent powinien być zrelaksowany.
- Zarówno pacjent, jak i odprowadzenia aparatu nie powinny dotykać metalowych części łóżka.
- Aparat EKG powinien być uziemiony.
- Przewody nie powinny być splątane.
- Przewód zasilający aparatu nie powinien krzyżować się z pacjentem ani z innymi przewodami EKG.

Dodatkowe wyjaśnienie. Przedstawione procedury wykonania badań mogą różnić się od stosowanych w różnych placówkach służby zdrowia: szpitalach, klinikach, gabinetach lekarskich itp. Wszystkie badania powinny być jednak wykonywane zgodnie z obowiązującymi zasadami.

Sposób przygotowania pacjenta, przebieg badania może zależeć m.in. od:

- 1) organizacji pracy i kompetencji personelu medycznego,
- 2) dotychczasowych doświadczeń zawodowych osoby wykonującej badanie,
- 3) rodzaju sprzętu medycznego, jakim dysponuje szpital, przychodnia,
- 4) wydolności psychofizycznej, indywidualnych cech organizmu pacjenta, np.: chorób towarzyszących, wieku, reakcji alergicznych, lękowych.

Zadania sprawdzające

1. Przyporządkuj podane rodzaje badań do właściwych grup: rektoskopia, bronchoskopia, OB, dobowy zbiórka moczu, pobranie szpiku kostnego, bilans plynów, badanie ogólne moczu.

Badania inwazyjne	Badania nieinwazyjne

2. Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego wykonuje się po wprowadzeniu igły punkcyjnej do przestrzeni:
a) L₁-L₂
b) L₃-L₄
c) L₂-L₃
d) L₄-L₅
e) L₅-L₆
Zaznacz poprawną odpowiedź,
1) b, e 2) a, b 3) a, d 4) c, d 5) b, d
3. Szpik kostny czerwony pobiera się najczęściej z:
a) mostka
b) kości udowej
c) kości łokciowej
d) kości biodrowej
e) kości ramiennej
Zaznacz poprawną odpowiedź:
1) a, b 2) c, d 3) a, d 4) b, d 5) a, e
4. Wykonujesz zglebnikowanie żołądka. W jaki sposób sprawdzisz, czy zglebnik jest już w żołądku?
a) pacjent powie Ci, że czuje ucisk w nadbrzuszu
b) po uzgodnieniu z pracownią rtg wyślesz pacjenta na prześwietlenie jamy brzusznej
c) odciągniesz treść i sprawdzisz pH papierkiem lakmusowym
d) odciągniesz treść i sprawdzisz jej zabarwienie
e) odciągniesz treść i wyślesz do badania laboratoryjnego
5. U pacjentki z rozpoznaniem: przewlekłe zapalenie kłębuszków nerkowych, w fazie niewydolności zlecono prowadzenie bilansu wodnego. O czym powinnaś poinformować pacjentkę, aby włączyć ją do współpracy? Wybierz najkorzystniejsze rozwiązanie. Poprośz pacjentkę o:
a) zgłoszenie wystąpienia upławów, miesiączki, mycie naczyńia przeznaczonego do zbiórki moczu
b) zapisywanie ilości przyjmowanych i wydalanych plynów: z potem, z wymiocinami, z biegunką, zgłoszenie zauważonych obrzęków

- c) zgłoszenie częstomoczu, wzdęć brzucha, ślinotoku, nudności, zlewnych potów
 - d) zgłoszenie wzmożonego pragnienia, nudności, zawrotów głowy, świądu skóry
 - e) zgłoszenie ślinotoku, obrzęków, nudności, wymiotów
6. Na oddziale niemowlęcym przebywa 9-miesięczna Małgosia. Konieczne jest wykonanie u niej ogólnego badania moczu. Określ konieczne czynności:
- a) sprawdzenie zlecenia, podmycie dziecka, cewnikowanie, zanieśenie materiału do laboratorium, uspokojenie dziecka
 - b) przygotowanie woreczka do zbiórki moczu, założenie woreczka, zanieśenie w nim moczu do laboratorium, sprawdzenie stanu skóry w okolicy sromu
 - c) sprawdzenie zlecenia, podmycie dziecka, założenie woreczka, przelanie moczu do próbki, sprawdzenie stanu skóry dziecka w okolicy sromu
 - d) sprawdzenie zlecenia, założenie woreczka, po zebraniu moczu oznaczenie woreczka, natłuszczenie skóry w okolicy sromu
 - e) założenie woreczka, po zebraniu moczu zanieśenie go do laboratorium, uspokojenie dziecka
7. Przed którym z wymienionych badań podaje się leki hamujące perystaltykę jelit:
- a) kolonoskopię
 - b) *per rectum*
 - c) gastroskopię
 - d) rektoskopię
 - e) ultrasonografię
8. Podaj przynajmniej 4 objawy zespołu popunkcyjnego po nakłuciu lędźwiowym:
-
-
-
-
9. Pełny wynik OB wykonywanego metodą Pronto uzyskujemy po upływie:
- a) 1 godziny
 - b) 1,5 godziny
 - c) 10 minut
 - d) 7 minut
 - e) 2 godzin
10. Przed pobraniem kału na krew utajoną pacjent powinien przez 3 dni stosować dietę:
- a) bezsolną
 - b) niskotłuszczową
 - c) niskokaloryczną
 - d) beznięsną
 - e) węglowodanową
11. Do badań specjalistycznych inwazyjnych nie należą:
- a) USG, EKG, kolonoskopia
 - b) EKG, TK, spirometria
 - c) EKG, USG, MRI
 - d) MRI, TK, spirometria
 - e) EKG, USG, scyntygrafia

12. Po nakłuciu lędźwiowym pacjent powinien pozostać w łóżku mniej więcej przez:

- a) 12 godzin
- b) 6 godzin
- c) 2 godziny
- d) 24 godziny
- e) 4 godziny

13. Po nakłuciu lędźwiowym wskazana jest obserwacja parametrów i pozostanie pacjenta w łóżku w celu wczesnego wykrycia objawów świadczących o

Zadania do samodzielnego wykonania

1. Pacjentka jest zarejestrowana na badanie endoskopowe żołądka. Gastroskopię będzie miała wykonywana po raz pierwszy. Bardzo się boi. W jaki sposób zaplanujesz przygotowanie pacjentki, aby zmniejszyć jej lęk i pozyskać do współpracy?
2. Jakie działania podejmiesz, aby zapewnić pacjentowi intymność w czasie wykonywania badań diagnostycznych, tj. rektoskopii, kolonoskopii.
3. Po zapoznaniu się z literaturą do rozdziału opracuj wzór diety dla pacjenta, u którego zlecono wykonanie badania kału na obecność krwi.
4. Z pomocą koleżanki ulóż pacjenta w pozycji kolankowo-łokciowej, wykorzystywanej podczas badania proktologicznego.
5. Korzystając z pomocy koleżanki przećwicz układanie pacjenta w pozycjach wykorzystywanych przy nakłuciu lędźwiowym.
6. Pacjent lat 63 jest hospitalizowany na oddziale neurologicznym. Wśród badań diagnostycznych zaplanowano wykonanie nakłucia lędźwiowego w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego. U pacjenta występują zmiany zwyrodnieniowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Po zapoznaniu się ze stanem pacjenta (zakresem ruchomości odcinka lędźwiowego) ustal pozycję najbardziej dogodną do wykonania badania.
7. Pacjentka miała wykonaną angiografię naczyń tęlniczych kończyny dolnej prawej z powodu niedrożności. Opracuj kartę obserwacji pacjentki na okres 24 h.
8. Dziewczynka lat 6 jest hospitalizowana na oddziale hematologii z powodu podejrzenia białaczki szpikowej. Lekarz poinformował rodziców, że niezbędne będzie pobranie szpiku kostnego do badania. Rodzice po rozmowie z lekarzem zgodzili się na wykonanie badania u córki. Dziewczynka jest bardzo niespokojna, boi się badania.
 - W jaki sposób należy przygotować dziewczynkę, aby zmniejszyć lęk?
 - Kogo należy włączyć do opieki nad dziewczynką?
9. Pacjent jest diagnozowany z powodu niewydolności oddechowej. W dniu jutrzejszym będzie miał wykonywane nakłucie jamy opłucnej. Bardzo się boi. W jaki sposób zaplanujesz przygotowanie pacjenta, aby zmniejszyć jego lęk i pozyskać do współpracy w czasie badania?

Literatura

- Dziennik Ustaw Nr 91, poz. 410, Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
Dziennik Ustaw z dnia 1 października 1997 r., Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie.
Encyklopedia badań medycznych (praca zbiorowa). Wyd. Med. MAK-med s.c., Gdańsk 1996.
Huber A., Karasek B. i Jobin-Howald U.: Kompendium pielęgniarstwa. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1995.
Kirschnik O.: Pielęgniarstwo. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1997.
Majda A., Zahradniczek K.: Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. W: Pielęgniarstwo (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004.
Wołynka S.: Pielęgniarstwo ogólne, cz. II. PZWL, Warszawa 1986.

Zadania problemowe do rozdziału 6

1. Pacjent leczony na oddziale chirurgicznym z powodu oparzenia kończyn górnych i dolnych ma zlecone badanie tętna co 1 h. Niedostępne do badania są tętnice w obrębie kończyn. Zastanów się, jaką inną tętnicę możesz wykorzystać do pomiaru tętna.
2. Opiekujesz się pacjentem z zaburzeniami świadomości spowodowanymi urazem czaszkowo-mózgowym. Pacjent okresowo reaguje na bodźce zewnętrzne. Obserwując pacjenta musisz dokładnie określić stopień zaburzenia przytomności.
 - Jaką skalę oceny stanu świadomości zastosujesz?
 - Jakie reakcje ocenia ta skala?
3. Pacjent ma wykonywane badania diagnozujące choroby jelita grubego. W dniu jutrzejszym zaplanowano wykonanie rektoskopii. Badanie to ma mieć wykonywane po raz pierwszy, jest zaniepokojony. Boi się badania, nie wie, na czym ono polega. Opracuj projekt przygotowania pacjenta do badania, uwzględniający udział pielęgniarki w przygotowaniu zarówno fizycznym, jak i psychicznym.
4. Opiekujesz się pacjentem leczonym lekami cytostatycznymi z powodu choroby nowotworowej. Przygotuj dokumentację do oceny stanu pacjenta, w tym jamy ustnej, skóry i włosów.
5. U dziecka z objawami zaburzenia pracy nerek zlecono prowadzenie bilansu płynów. Zaplanuj rozmowę z matką na temat zasad prowadzenia przez nią bilansu płynów w warunkach domowych.
6. U pacjentki 18-letniej jest wyznaczona konsultacja ginekologiczna. Dla pacjentki jest to pierwsza wizyta u ginekologa. Jakich informacji powinnaś udzielić pacjentce, aby przygotować ją do badania?
7. Pacjentka 34-letnia została przyjęta na oddział chirurgiczny z powodu silnych dolegliwości bólowych w obrębie jamy brzusznej. Z powodu niejasnego obrazu diagnostycznego i trudności w postawieniu diagnozy lekarz opiekujący się pacjentką zdecydował o wykonaniu laparoskopii. Opracuj plan działań pielęgnacyjnych w okresie przed badaniem i po badaniu.

Odpowiedzi do zadań testowych do rozdziału 6

Podrozdział 6.4

- 1) c
- 2) b
- 3) b
- 4) c
- 5) a
- 6) d
- 7) a
- 8) częstość, napięcie, rytm
- 9) c
- 10) b
- 11) d

Podrozdział 6.7

1)	Badania inwazyjne	Badania nieinwazyjne
	rektoskopia, bronchoskopia, OB, pobranie szpiku kostnego	dobowa zbiórka moczu, bilans płynów, badanie ogólne moczu

- 2) 5
- 3) 3
- 4) c
- 5) b
- 6) c
- 7) d
- 8) nudności
wymioty
ból i zawroty głowy
spadek RR
przyspieszenie pracy serca
sztywność karku
zaburzenia widzenia
- 9) c
- 10) d
- 11) c
- 12) d
- 13) (...) zespołem popunkcyjnym

SKOROWIDZ

(1), (2) – numeracja tomów

- AIDS, postępowanie z pacjentem chorym 247(1)
Aktywność, leczniczo-rehabilitacyjna 825(2)
-- ocena 328(1)
-- prewencyjna 825(2)
-- rekreacyjna 825(2)
-- ruchowa 825(2)
-- zapewnienie pacjentom 823, 827(2)
Algorytm postępowania 178(1)
Analiza dokumentów 75(1)
Angiografia 412(1)
Antyseptyka 223(1)
Aparat(y), Ambu 625, 648(2)
-- do mierzenia ciśnienia 312(1)
-- Triflo 610, 611(2)
Arteterapia 198(1)
Aseptyka 223(1)
Asertywność 729(2)
Autonomia, pielęgniarki 172(1)
-- podmiotu opieki 77(1)
- Badanie(a), diagnostyczne, dodatkowe 190(1)
--- specjalistyczne 191(1)
-- endoskopowe patrz Wzernikowanie
-- fizyczne 190(1)
-- ginekologiczne 384(1)
-- gruczołów wydzielania wewnętrznego 193(1)
-- inwazyjne 191(1)
--- zapewnienie bezpieczeństwa 237(1)
-- izotopowe 410(1)
-- jelita grubego 389(1)
-- kału na, krew utajoną 373(1)
- Badanie(a), diagnostyczne, kału na, obecność jaj pasożytów 374(1)
-- krwi, badanie OB 365(1)
--- ocena 193(1)
--- pobieranie 356(1)
--- pomiar glukozy 360(1)
--- materiał diagnostyczny, pobieranie do badań 356(1)
--- moczu, bakteriologiczne 369(1)
--- ogólne 368(1)
-- narządu, sluchu 190, 326, 336(1)
--- węchu 190(1)
--- wzroku 190(1)
-- nieinwazyjne 191, 414(1)
-- ostrości 190(1)
--- wzroku 325(1)
-- obrazowe wielonarządowe 193(1)
-- odbytnicy 391(1)
-- tchawicy i oskrzeli 395(1)
-- per rectum 382(1)
-- pobieranie materiału 356(1)
-- podmiotowe 190(1)
-- postępowanie pielęgniarskie 239(1)
-- proktologiczne 382(1)
-- przedmiotowe ogólne 190, 191(1)
-- przygotowanie pacjenta 201, 238(1)
-- radiologiczne kontrastowe naczyń tętniczych 412(1)
-- skóry 193(1)
-- specjalistyczne 353(1)
-- układu, kostno-stawowo-mięśniowego 193(1)
--- krążenia 191(1)
- Badanie(a), diagnostyczne, układu, krwiotwórczego 193(1)
--- moczowego 192(1)
--- nerwowego 192(1)
--- oddechowego 192(1)
--- pokarmowego 192(1)
--- rozrodczego 192(1)
-- wielonarządowe obrazowe, ocena 193(1)
-- zadania pielęgniarki 381(1)
-- naukowe w pielęgniarstwie 48(1)
-- metody 51(1)
-- zakres 49(1)
Balneoterapia 198(1)
Bandażowanie kończyn dolnych 235(1)
Bańki lekarskie 532(2)
Bark, ćwiczenia, technika 632(2)
Basen, podawanie 776(2)
Bąbel pokrzywkowy 331(1)
Bezdech 577(2)
Bezpieczeństwo, dziecka w szpitalu 212(1)
-- pacjenta, nieprzytomnego 215(1)
-- w starszym wieku 212(1)
-- w szpitalu 208(1)
-- zapewnienie w zabiegu operacyjnym 232(1)
-- pielęgniarki w przypadku zakażeń 245(1)
Bezsenność, przyczyny 821(2)
Białka 751(2)
Biblioterapia 198(1)
Biegunka, dieta 755(2)
Bielizna, osobista, zmiana 844(2)

Bielizna, pościelowa zmiana, całkowita 840(2)
-- częściowa 837(2)
Bilans płynów 371(1)
Biopsja grzebienia biodrowego 403(1)
Blizna 331(1)
Blonnik 751(2)
Blony śluzowe, podawanie leków 506, 510(2)
Blota 199(1)
Borowiny 199(1)
Ból, leczenie 931(2)
-- w klatce piersiowej 303(1)
-- wieńcowy 303(1)
-- zawałowy 303(1)
Bradykardia 310(1)
Bronchofiberoskopia 396(1)
Bronchoskopia 395(1)
Brzuch, mycie 847(2)

Cewnik, do pęcherza moczowego, Couvelaire'a 464(2)
-- Foley 464, 465, 474(2)
-- Malecot 464, 465(2)
-- Nelatona 464(2)
-- Pezzera 464, 465(2)
-- rodzaje 464(2)
-- Tiemanna 464(2)
-- do żył centralnych, zasady zakładania 254(1)
-- zapewnienie drożności 252(1)
Cewnikowanie pęcherza moczowego 615, 463(2)
-- kobiety 466, 472(2)
-- mężczyzny 467, 473(2)
Choreoterapia 198(1)
Choroba(y), jelit, dieta 546, 547(2)
-- wątroby, dieta 546, 544(2)
-- zakaźna, zasady pielęgnowania 242(1)
-- rejestracja zakażeń 126(1)
-- żołądka, dieta 546, 547(2)
Chory, definicja 65(1)
-- nieuleczalnie 67(1)
-- umierającej 929(2)
-- w ostrym stanie choroby 67(1)
-- w przewlekłym stanie choroby 67(1)
Chromoterapia 198(1)
Ciężniucha 758(2)
-- pielęgnacja 760(2)
-- subiektywne 72, 76(1)
-- pośrednie 77(1)
-- prospektywne 77(1)
-- retrospektywne 77(1)
Dekontaminacja rąk 230(1)
Desaturacja 649(2)
Dezynfekcja 224, 226(1)
-- chemiczna 225(1)
-- rąk 230(1)
-- termiczna 225(1)
Diagnoza 188(1)

Cisnienie tętnicze krwi, ocena 301(1)
-- pomiar 310(1)
Cukrzyca, dieta 547(2)
-- pielęgnacja skóry pacjenta 763(2)
Czepiec przeciw wszawicy, zakładanie 282(1)
Częstoskurcz 301(1)
Częstość oddechów, ocena 297(1)
Czopki doodbytnicze 435(2)
-- zakładanie 437(2)
Czynności życiowe podstawowe 295(1)
-- ocena 305(1)
Czyszczenie zębów 808(2)

Ćwiczenia gimnastyczne, bierne 630(2)
-- barków i łokci 637(2)
-- barku 632(2)
-- kończyn(y) górnych 632(2)
-- lewej 632(2)
-- prawej 632(2)
-- przedramienia 632(2)
-- w stawie, kolanowym 631(2)
-- skokowym 631(2)
-- czynne 633(2)
-- bioder i tułowia 638(2)
-- kończyn dolnych 634(2)
-- stawu kolanowego 634(2)
-- szyi 636(2)
-- i głowy 634(2)
-- oddechowe z użyciem przyrządów 610(2)
-- usprawniające 633, 826(2)
-- zwieracza odbytu 692(2)

Dane, bezpośrednie 71, 77(1)
-- ilościowe 72, 76(1)
-- jakościowe 72, 76(1)
-- metody pozyskiwania 73(1)
-- obiektywne 72, 76(1)
-- subiektywne 72, 76(1)
-- pośrednie 77(1)
-- prospektywne 77(1)
-- retrospektywne 77(1)
Dekontaminacja rąk 230(1)
Desaturacja 649(2)
Dezynfekcja 224, 226(1)
-- chemiczna 225(1)
-- rąk 230(1)
-- termiczna 225(1)
Diagnoza 188(1)

Diagnozowanie 188(1)
-- kompetencje pielęgniarki 199(1)
-- metody 186(1)
-- techniki 186(1)
Dieta(y), bezresztkowa 546(2)
-- bogatobiałkowa 544(2)
-- bogatopotasowa 543(2)
-- lecznicze, rodzaje 541(2)
-- łatwo strawna (podstawowa) 541(2)
-- oszczędzająca 546(2)
-- przeciwmiażdżycowa 542(2)
-- stosowanie 195(1)
-- ubogokaloryczna 545(2)
-- ubogoresztkowa 755(2)
-- w chorobach wątroby 545(2)
-- w cukrzycy 547(2)
-- w leczeniu, zasady 753(2)
-- z ograniczeniem soli 543(2)

Dobrostan 900(2)
Dokumentowanie wyników oceniania i oceny 124(1)
Dostęp do naczyń, zasady pielęgnacji 255(1)
Dotykanie 190(1)
Drenaż, ułożeniowy 612, 643(2)
Dreszcze, ocena 305(1)
Drgawki, postępowanie 573(2)
Drobnoustroje w szpitalu 218(1)
Drogi, moczowe, profilaktyka zakażeń 251(1)
-- oddechowe, profilaktyka zakażeń 249(1)
-- udrażnianie 587(2)
Drzewo oskrzelowe, toaleta 646(2)
Duszność, ocena 298(1)
Działalność naukowa, badania metody 51(1)
-- komunikowanie się 38(1)
-- w pielęgniarstwie 40, 45(1)
-- badania, zakres i charakter 48(1)
Dziąsła, zmiany 333(1)
Dziecko, aktywność ruchowa 827(2)
-- bezpieczeństwo w szpitalu 212(1)
-- przyjęcie do szpitala 789(2)

Edukacja, opiekunów do opieki nieprofesjonalnej 919(2)
-- zdrowotna, metody i formy 891(2)
-- model 887(2)
-- udział pielęgniarki 885(2)

Edukacja, zdrowotna, zadania pielęgniarki 889(2)
EKG 417(1)
Elektrokardiografia 417(1)
Empatia 728(2)
Enema 447, 449(2)
Ergoterapia 198(1)
Estetoterapia 198(1)
Etyka zawodowa, zasady 177(1)

Fizjoterapia, rodzaje 198(1)
Funkcja(e), kształcenia 167(1)
-- naukowo-badawcze 169(1)
-- profilaktyczne 164(1)
-- promowania zdrowia 163(1)
-- rehabilitacyjne 166(1)
-- terapeutyczne 164(1)
-- wychowawcze pielęgniarki 161(1)
-- zarządzania 168(1)
-- zawodowe pielęgniarki 157(1)

Gardło, ocena 193(1)
-- wymaz 376(1)
Gastroskopia 386(1)
Gimnastyka, ćwiczenia gimnastyczne, bierne 630(2)
-- barków i łokci 637(2)
-- barku, technika 632(2)
-- kończyn górnych 632(2)
-- kończyny górnej lewej, technika 632(2)
-- prawej, technika 632(2)
-- przedramienia, technika 632(2)
-- w stawie, kolanowym 631(2)
-- skokowym 631(2)
-- czynne 633(2)
-- bioder i tułowia 638(2)
-- kończyn dolnych 634(2)
-- stawu kolanowego 634(2)
-- szyi 636(2)
-- i głowy 634(2)
-- w łóżku 633(2)
-- oddechow 639(2), 910(2)
Glukometr 361(1)
Glukoza, pomiar we krwi 360(1)
Głowa, ćwiczenia czynne 634(2)
-- mycie w łóżku 852(2)
Gorączka 749(2)
-- krzywa 304(1)
-- typy 304(1)
Grudka 331(1)
Guz 331(1)
Guzek 331(1)

Higiena, osobista, pomoc 800(2)
-- intymna części ciała 801(2)
-- jamy ustnej 811(2)
-- otoczenia pacjenta 811(2)
-- rąk w działaniach pielęgnacyjnych 229(1)
-- włosów 852(2)
Hiperventylacja 647(2)
Holizm 152(1)

Heostomia 682(2)
-- dwulufowa czasowa 684(2)
-- jednolufowa czasowa 682(2)
-- Kocka 684(2)
Infuzje dożylna, profilaktyka zakażeń 253(1)
Inhalacje 457, 459(2)
Inhalator ultradźwiękowy 457(2)
Irygacja stonii 712(2)
Izolacja kontaktowa 243(1)

Jaja pasożytów, badania 374(1)
Jakość, oddechów, ocena 298(1)
-- opieki pielęgniarskiej 180(1)
Jama, brzuszna, nakłucie 401(1)
-- nosowa, podawanie leków 509(2)
-- oplucnej, nakłucie 398(1)
-- ustna, higiena 806(2)
-- ocena 351(1)
-- stanu 332(1)
-- pędzlowanie 859(2)
-- toaleta 858(2)
-- zapalenie 333(1)
Język, czyszczenie 808(2)
-- zmiany 333(1)

Kaczka, podawanie choremu 779(2)
Kał, badanie, na krew utajoną 373(1)
-- na stwierdzenie obecności jaj pasożytów 374(1)
-- wydalanie 754(2)
-- zaleganie 754(2)
Kaniuła dożylna, pielęgnacja 255(1)
-- krzywa 304(1)
Kaniulacja żył, zasady 253(1)
Karmienie pacjenta 774(2)
-- przez przetokę 667(2)
-- przez zgłębnik 660(2)

Karta, Europejska Dziecka w Szpitalu 210(1)
-- Praw Pacjenta 210(1), 791(2)
Kaszel, ocena 300(1)
Kapiel(e), lecznicze 199, 200(1), 521(2)
-- stosowanie 505(2)
-- niemowlęcia 759, 867(2)
-- w wannie 803, 850(2)
-- ogólne 506(2)
Kinezyterapia 199(1), 617(2)
-- kończyn dolnych pooperacyjna 237(1)
Klatka piersiowa, ból, ocena 303(1)
-- masaż 609(2)
-- mycie 847(2)
Koc, zmiana poszwy 842(2)
Kolonoskopia 389(1)
Kolostomia 682(2)
-- z zastosowaniem systemu magnetycznego 686(2)
Kompetencje pielęgniarki 171(1)
Komunikowanie się, w działalności naukowej 38(1)
-- w obrębie zespołu terapeutycznego 37(1)
-- w pielęgniarstwie 32(1)
-- niewerbalne 33(1)
-- podstawowe założenia 34(1)
-- werbalne 33(1)
-- z podmiotem opieki 35, 106(1)
-- z własną grupą zawodową 36(1)
Kontaminacja 224(1)
Kończyna(y), ćwiczenia, bierne 632(2)
-- górna, lewa 632(2)
-- prawa 632(2)
-- czynne 634(2)
-- mycie 847(2)
Koordynacja ruchowa, ocena 343(1)
Krążenie, nagłe zatrzymanie 575(2)
-- ocena 301(1)
-- utrzymanie czynności 746(2)
Kremy, podawanie 503(2)
Krew, badanie na OIB 365(1)
-- ocena 193(1)
-- pobieranie 356(1)
-- pomiar glukozy 360(1)
Kręgosłup, urazy postępowanie 570(2)
Krioterapia 199(1)
Kropłe zapuszczanie do nosa 514(2)

Krople zapuszczanie do, oczu 507, 508(2)
- ucha 515(2)
Krosta 331(1)
Krań, ocena 193(1)
Krwawienie, z naczyń włosowatych 563(2)
- z nosa tamowanie 585(2)
- żylnie 563(2)
Krwotok(i), postępowanie 563(2)
- tamowanie 584(2)
- wewnętrzny 565(2)
- zewnętrzny 564(2)
- z nosa 565(2)
- z tętniczej części układu krążenia 563(2)
Krzywa gorączkowa 304(1)
Kulturoterapia, rodzaje 198(1)
Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki 170(1)

Lampa, kwarcowa 199(1)
- soluks 199(1), 529(2)
- z kolorowymi filtrami 199(1)
Laparoskopia 393(1)
Leczenie, a terapia 194(1)
- bodźcowe 195(1)
- chirurgiczne 195(1)
- definicja 193(1)
- dietetyczne 195(1)
- udział pielęgniarki 539(2)
- zasady 540(2)
- farmakologiczne 195(1)
- udział pielęgniarki 429(2)
- metody 194(1)
- objawowe 194(1)
- paliatywne 196(1)
- przyczynowe 194(1)
- radykalne 196(1)
- ruchem 617(2)
- spoczynkowe 195(1)
- udział pielęgniarki 426(2)
- zabiegowe, udział pielęgniarki 550(2)
- zabezpieczanie powikłaniem 236(1)
Leki, podawanie, dopochwowo 510(2)
- doustne 435(2)
- do jamy ustnej 509(2)
- do nosa 514(2)
- do oczu 507, 510(2)
- do ucha 515(2)
- do układu, moczowego 463, 470(2)
- oddechowego 456, 459(2)

Leki, podawanie, do układu, pokarmowego 432, 435(2)
- na skórę 502, 510, 517(2)
- ogólne zasady 430(2)
- przez błony, płodowe 502(2)
- śluzowe 510(2)
- we wstrzyknięciach 480(2)
- zasady bezpieczeństwa 241(1)
Lewatywa 447(2)
- przy użyciu, irygatora 448(2)
- enemy 449(2)

Łój 757(2)
Łóżko, slanie 833(2)
Łuska 331(1)
Lysienie 352(1)

Masa ciała, ocena 323, 334(1)

Masaż 199(1)
- klatki piersiowej 609(2)
- serca, pośredni 595(2)
- skóry 629(2)
- wodny 200(1)
Maści, podawanie 503(2)
- zakładanie do oka 507, 508(2)
Materiał, do badań laboratoryjnych, pobieranie 356(1)
- zadania pielęgniarki 353(1)
- sterylizacja 266(1)
- opatrunkowy, przygotowanie 554(2)
- zakaźny, postępowanie 270(1)

Mazidla, podawanie 505(2)
Metoda(y), badań w działalności naukowej 51(1)
- Lovetta 328(1)
Miażdżycza, dieta 542(2)
Mięśnie, ocena siły 328(1)
Mikrojejunostomia 668(2)
Mocz, badanie, ogólne 368(1)
- bakteriologiczne 369(1)
- nietrzymanie 615(2)
- posiew, badanie 369(1)
- wydalanie 754, 757(2)
- zbiórka dobowo 370(1)
Model(e) pielęgniarstwa 11(1)
- D. Orem 17(1)
- F. Nightingale 15(1)
- V. Henderson 16(1)
Muzykoterapia 198(1)

Mycie, ciała pacjenta 800(2)
- głowy w łóżku 852(2)
- pod natryskiem 851(2)
- rąk 229(1)
- chirurgiczne 230, 274(1)
- higieniczne 272(1)
- środkami dezynfekującymi 23(1)
- w łóżku 803, 846(2)
- zębów 856(2)

Nacieranie 627(2)
Nadciśnienie, dieta 543(2)
Nadczynność gruczołu tarczowego, dieta 544(2)
Nadwaga, dieta 545(2)
Nadżerka 331(1)
Nakłucie, jamy, brzusznej 401(1)
- oplucnej 398(1)
- łądźziowe 406(1)
- mostka 403(1)
- szpiku kostnego 403(1)
Napięcie mięśniowe, ocena 345(1)
Narząd, kostno-stawowo-mięśniowy, ocena 193(1)
- słuchu, ocena 193, 326(1)
- wzroku, ocena 193, 325(1)
- żucia, ocena 351(1)
Narzędzia, chirurgiczne, przygotowanie do sterylizacji 263(1)
- opatrunkowe, przygotowanie 554(2)
Natrysk 802, 851(2)
- leczniczy 200(1)
Nauka w czasie leczenia 828(2)

Niemowlę, kąpiel 867(2)
- pielęgnowanie skóry 759(2)
- przewijanie 865(2)
Niepełnosprawni, definicja 65(1)
Nietrzymanie moczu 615(2)
Niepełnosprawność 734(2)
Niewydolność, krążenia, dieta 544(2)
- nerek, dieta 543, 544(2)
Normy praktyki zawodowej 179(1)
Nos, krwotok postępowanie 565, 485(2)
- wymaz 375(1)
- zakrapianie leku 514(2)
Noworodek, podmywanie 864(2)
- toaleta 861(2)

Obmywanie rany 557(2)
Obrażenia termiczne, postępowanie 566(2)
Obrzęk(i), ocena 302(1)
- pochodzenia sercowego (zastrójowy) 302(1)
- stomii 696(2)
Obrzmienie ślinianek 333(1)
Obserwacja, oddechu 307(1)
- pielęgniarska 73(1)
- tętna 307(1)
Ocena, aktywności 328(1)
- dokumentowanie wyników 124(1)
- funkcjonowania podmiotu opieki biopsychospołecznej 123(1)
- jamy ustnej 351(1)
- koordynacji ruchowej 343(1)
- masy ciała 323, 334(1)
- napięcia mięśniowego 345(1)
- narządu, wzroku 325, 335(1)
- słuchu 326, 336(1)
- żucia 351(1)
- ostrości wzroku 337(1)
- podstawowych czynności życiowych 295, 305(1)
- powłok skórnych 349(1)
- reakcji odruchowych 346(1)
- równowagi ciała 344(1)
- samodzielności 329(1)
- siły mięśni 328(1)
- słuchu 326, 336(1)
- stanu, jamy ustnej 332(1)
- ogólnego 323(1)
- potrzeb biopsychospołecznych 122(1)
- problemów opiekuńczych 123(1)
- skóry i włosów 330(1)
- świadomości 319(1)
- włosów 349(1)
- układu kostno-stawowo-mięśniowego 326(1)
- wzrostu 323, 335, 337(1)
- zakresu wykonywanych ruchów 338(1)
Ocenianie, stanu pacjenta, zasady 128(1)
- w pielęgnowaniu 119(1)
- dokumentowanie wyników 124(1)
- zasady 126(1)
Oczy, płukanie 508(2)
- przemywanie u noworodka 863(2)
- zakładanie maści 508(2)

Oczy, zapuszczanie kropli 507, 508(2)
Odbyt, per rectum 382(1)
- brzuszny patrz Stomia
- sucha rurka 439(2)
Odezyn Biernackiego 365(1)
Oddech, Biota 298(1)
- Cheyne'a-Stokesa 298(1)
- Kussmaula 298(1)
- ocena 297(1)
- paradoksalny 298(1)
- pomiar i obserwacja 307(1)
- zatrzymanie 577(2)
Oddychanie, ocena 297(1)
- utrzymanie czynności 746(2)
Odkrztuszanie 610(2)
Odleżyny, profilaktyka 765(2)
Odmrożenie, postępowanie 568(2)
Odparzenia 767(2)
- skóry u niemowlęcia 760(2)
Odruch(y), badanie, brzuszne 346(1)
- gardłowy 346(1)
- kolanowy 348(1)
- podszewowy 349(1)
- podniebienny 346(1)
- rogówkowy 346(1)
- z kości promieniowej 346(1)
- ze ścięgna Achillesa 348(1)
- żreniczne 346(1)
Odsysanie 610(2)
Odruczenie 306(1)
Odzienie ochronne, zakładanie 279(1)
Odżywianie pacjenta, z przetoką moczową 702(2)
- ze stomią 694(2)
Oglądanie 190(1)
Oklepywanie 610, 624(2)
Okład(y) 525(2)
- ciepły 530(2)
- parafinowy 199(1)
- zimny 528(2)
Omdlenie, postępowanie 574(2)
Oparzenie(a), chemiczne porażenia 568(2)
- kwasami 568(2)
- termiczne 566(2)
- zasadami 568(2)
Opatrunki, wykonywanie 551(2)
- założenie i zmiana 556(2)
- opatrzywanie ran 551, 586(2)
Opieka, ambulatoryjna 928(2)
- definicja 21(1)
- domowa 928(2)

Opieka, holistyczna, istota 152(1)
- podstawowe założenia 153(1)
- hospicyjna 927(2)
- model holistyczny 23(1)
- nad człowiekiem zmarłym 935(2)
- nad rodziną człowieka umierającego 934(2)
- nieprofesjonalna 143(1), 898(2)
- edukacja opiekunów 919(2)
- paliatywna, istota 927(2)
- ogólne zasady 929(2)
- organizacja 928(2)
- udział pielęgniarki 926, 929(2)
- pielęgniarska, jakość 180(1)
- współczesna problemy 90(1)
- profesjonalna 144(1)
- społeczna 141(1)
- stacjonarna 928(2)
- terminalna 927(2)
- zdrowotna 140(1)
- a zadania pielęgniarki 145(1)
Opryszcza 332(1)
Opukiwanie 190(1), 610(2)
Osluchiwanie 190(1)
Osoby niepełnosprawne, przystosowanie do inwalidztwa 736(2)
Oszołomienie 306(1)
Oświata zdrowotna 889(2)
Otyłość, dieta 545(2)
Owrzodzenie 331(1)
Ożywianie 575(2)

Pacjent, leżący w łóżku, mycie 800(2)
- pomoc przy wstawaniu 656(2)
- stosowanie udogodnień 649(2)
- nieprzytomny, bezpieczeństwo 215(1)
- prawa 210(1)
- przyjęcie do szpitala, ocena stanu 233(1)
- w starszym wieku, bezpieczeństwo 214(1)
- z chorobą zakaźną, pielęgnowanie 242(1)
Parodontoza 333(1)
Pasty, podawanie 503, 504(2)
Paznokcie, pielęgnowanie 803(2)

Pęcherz moczowy 331(1)
 – cewnikowanie 463, 470(2)
 – płukanie 468, 477(2)
 Pęcherzyk 331(1)
 Pędlowanie jamy ustnej 859(2)
 Pęknięcie 331(1)
 Pielęgniarka, a podmiot opieki 147(1)
 – autonomia 172(1)
 – bezpieczeństwo w przypadku zakażeń 245(1)
 – definicja 138(1)
 – działania na rzecz bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu 208(1)
 – etyka zawodowa, zasady 177(1)
 – funkcja(e), naukowo-badawcze 169(1)
 – opiekuńcza 160(1)
 – profilaktyczne 164(1)
 – promowanie zdrowia 163(1)
 – rehabilitacyjne 166(1)
 – wychowawcze 161(1)
 – zarządzania 168(1)
 – zawodowe 157(1)
 – kształcenie 167(1)
 – kwalifikacje i kompetencje 170(1)
 – leczenie zabiegowe 550(2)
 – miejsca świadczenia opieki 146(1)
 – podstawa działalności 176(1)
 – przygotowania do zadań zawodowych 170(1)
 – szkolna 821(2)
 – udział, w diagnozowaniu 291(1)
 – w edukacji zdrowotnej 885(2)
 – w leczeniu 426(2)
 – dietetycznym 539(2)
 – farmakologicznym 429(2)
 – w opiece paliatywnej 926(2)
 – w usprawnianiu pacjenta 605(2)
 – udzielanie pierwszej pomocy 561(2)
 – w systemie opieki 140(1)
 – w zespole opiekuńczym 148(1)
 – zadania, w systemie opieki zdrowotnej 145(1)
 – zawodowe 157(1)
 – na rzecz podmiotu opieki 159(1)
 – zapobieganie powikłaniom 236(1)

Pielęgniarstwo, a pielęgnowa-
 nie 62(1)
 – działalność, dydaktyczna 40(1)
 – naukowa 40, 45(1)
 – praktyczna 40(1)
 – filozofia 10(1)
 – historia 4(1)
 – istota 25(1)
 – komunikowanie 32(1)
 – niewerbalne 33(1)
 – werbalne 33(1)
 – misja 8(1)
 – modele 11(1)
 – podstawy teoretyczne 103(1)
 – teorie 11, 102, 107(1)
 – współczesne problemy 39(1)
 Pielęgnowanie, higiena rąk 229(1)
 – komunikowanie się 32(1)
 – konsekwencje oceniania i ka-
 tegoryzowania 130(1)
 – mycie pacjenta 803(2)
 – nowoczesne 82(1)
 – ocenianie 119(1)
 – zakres i charakter 121(1)
 – pacjenta, z przetoką 680(2)
 – moczową 699(2)
 – z tracheotomią 673(2)
 – ze stomią 687(2)
 – paznokci 803(2)
 – podmiot opieki 64(1)
 – przykłady, definicji 80(1)
 – skóry, starczej 762(2)
 – u dorosłych 761(2)
 – tradycyjne 82(1)
 – ukierunkowane na, potrzeby 85(1)
 – problemy 87(1)
 – stan 89(1)
 – w chorobie zakaźnej zasady 242(1)
 – włosów 805(2)
 – zawodowe podstawowe, zało-
 żenia 81(1)
 – zindywidualizowane 96(1)
 – obowiązek pielęgniarki 99(1)
 – organizacja 109(1)
 – proces pielęgnowania 105(1)
 – zasady 110(1)
 Pierwsza pomoc, udzielanie przez pielęgniarkę 561(2)
 Pirometria 414(1)
 Płama skórna 331(1)
 Płamki Koplika 333(1)
 Plazma, sterylizacja 228(1)

Płecy mycie 848(2)
 Pleśniawki 333(1)
 Płwocina, ocena 300(1)
 Płuca, wentylacja sztuczna 593(2)
 Płukanie, oka 508, 512(2)
 – pęcherza moczowego 468, 477(2)
 – żołądka 453(2)
 Płyny, bilans 371(1)
 – do mycia rąk 231(1)
 Pobieranie, krwi 356(1)
 – włośniczkowej 359(1)
 – z naczyń, tętniczego 359(1)
 – żyłnego 357(1)
 – kału, na krew utajoną 373(1)
 – na obecność jaj pasożytów 374(1)
 – materiału do badań 356(1)
 Podawanie, basenu 776(2)
 – kaczki 779(2)
 – leków, do ucha 515(2)
 – do układu, moczowego 463, 470(2)
 – pokarmowego 432, 435(2)
 – do worka spojówkowego 507, 508(2)
 – doustnie 435(2)
 – na skórę 517(2)
 – ogólne zasady 430(2)
 – przez błony śluzowe 506(2)
 – przez skórę i błony śluzowe 502(2)
 – we wstrzyknięciach 480(2)
 – tlenu 458, 461(2)
 Podkład, zmiana 840, 842(2)
 Podmiot opieki, a wiek 64(1)
 – asystowanie 84(1)
 – komunikowanie się, założenia 106(1)
 – metody pozyskiwania danych 73(1)
 – postrzeganie holistyczne 155(1)
 – sfery funkcjonowania 70(1)
 – stan zdrowia 65(1)
 – w badaniach 50(1)
 – w pielęgnowaniu 64(1)
 Podmywanie 848(2)
 – noworodka 864(2)
 Poduszka(i), elektryczna 199(1)
 – zmiana poszewek 838(2)
 Pogotowie ratunkowe 788(2)
 Pojenie pacjenta 772(2)
 Pomiar, ciśnienia tętniczego 310(1)

Pomiar, glukozy we krwi 360(1)
 – oddechu 307(1)
 – pielęgniarSKI 74(1)
 – temperatury ciała 315(1)
 – tętna 308(1)
 Pomoc społeczna, świadczenia 797(2)
 Porażenie prądem elektrycznym, postępowanie 567(2)
 Posiew moczu, badanie 369(1)
 Postępowanie pooperacyjne, ogólne zasady 552(2)
 Poszewki, zmiana 841(2)
 Poszwy na koc, zmiana 342(2)
 Pośladki, mycie 848(2)
 Pot 757(2)
 Potliwość stóp 804(2)
 Potówki 758(2)
 Powikłania, w procesie pielęgnowania 215(1)
 Powłoki skórne, ocena 349(1)
 Pozycja Trendelenburga 816(2)
 Prawa, dziecka przebywającego w szpitalu 796(2)
 – pacjenta 210(1)
 Prąd elektryczny, porażenie, postępowanie 567(2)
 Preparaty do odkażania rąk 231(1)
 Prewentorium 788(2)
 Primary nursing 100, 107(1)
 Procedury postępowania 178(1)
 Proces, diagnozowania 188(1)
 – metody 189(1)
 – udział pielęgniarki 291(1)
 – zasady postępowania 294(1)
 – pielęgnowania 105(1)
 – ciągłość i dynamika 106(1)
 – istota 99(1)
 – logiczność 106(1)
 – następstwo czasowe 106(1)
 – uniwersalność 105(1)
 – w Polsce 97(1)
 – w USA 97(1)
 – zapobieganie powikłaniom 215, 239(1)
 Profilaktyka, w pracy pielęgniarki 215(1)
 – zakażeń 245(1)
 – dróg, moczowych 251(1)
 – oddechowych 249(1)
 – podczas kaniulacji żył i włewów dożylnych 253(1)
 – rany pooperacyjnej 248(1)
 – w postępowaniu ze zwłokami 256(1)
 – zdrowotna 888(2)

Promocja zdrowia 163(1), 886(2)
 Protezy zębowe, czyszczenie 808(2)
 Próba śródskórna 480, 490(2)
 Próchnica zębów 333(1)
 Przeccos 331(1)
 Przedmioty, bezpieczne 223(1)
 – półkrytyczne 223(1)
 Przedramię, ćwiczenia bierne, technika 632(2)
 Przemycanie oczu noworodka 863(2)
 Przenoszenie pacjenta, z łóżka na fotel 879(2)
 – z łóżka na wózek 876(2)
 Prześcieradło, zmiana 838, 842(2)
 Przetaczanie płynów infuzyjnych, zasady 255(1)
 Przetoka(i), jelitowa patrz Stomia
 – moczowa 699(2)
 – irygacja 712(2)
 – nadłonowa 465, 467(2)
 – pielęgnowanie pacjenta 680(2)
 – pooperacyjne, dieta 544(2)
 – technika karmienia 667(2)
 Przewijanie niemowlęcia 865(2)
 Przykładanie leku na skórę 518, 519(2)
 Psychodrama 198(1)
 Psychoterapia, elementarna 200(1)
 – zadania pielęgniarki 727(2)
 – rodzaje 198(1)
 Puder płyny, podawanie 505(2)
 Punkcja patrz Nakłucie

Rana(y), obmywanie 557(2)
 – opatrzywanie 551, 586(2)
 – pooperacyjne, profilaktyka zakażeń 248(1)
 Reakcje odruchowe, ocena 346(1)
 Reanimacja 575(2)
 Rehabilitacja 196(1)
 – kompleksowa 196(1)
 – lecznicza 197(1)
 – oddechowa 609(2)
 – powikłania, zapobieganie 236, 239(1)
 – psychologiczna 197(1)
 – społeczna 197(1)
 – zawodowa 197(1)

Rektoskopia 391(1)
 Resuscytacja 575(2)
 – podstawowe zabiegi, u dorosłych 597(2)
 – u dziecka 598(2)
 Rezonans magnetyczny 416(1)
 Ręce, dekontaminacja 230(1)
 – dezynfekcja 230(1)
 – higiena w działaniach pielęgnacyjnych 229(1)
 – mycie, chirurgiczne 230, 274(1)
 – higieniczne 272(1)
 – metodą Ayliffe 272(1)
 – środki dezynfekujące 231(1)
 Rękawiczki ochronne, zakładanie 276(1)
 Rękoczyn Heimlicha 589, 590(2)
 Rozmowa, diagnozowanie 190(1)
 Rozpadlina 331(1)
 Roztwory, podawanie 505(2)
 Równowaga ciała, ocena 344(1)
 Rurka sucha do oddechu 439(2)
 Rytm oddechowy 298(1)
 Rzadkoskurcz 301(1)

Samodzielność pielęgniarki 173(1)
 Samoopieka pacjenta 144, 900(1)
 – edukacja, metody i formy 920(2)
 – przygotowanie 902(2)
 – do korzystania z usług instytucji ochrony zdrowia 911(2)
 – radzenie sobie, z chorobą 910(2)
 – z niepełnosprawnością 910(2)
 – unikanie czynników w ryzyka 908(2)
 – wykonywanie czynności życiowych 902(2)
 – zapewnienie komfortu w życiu codziennym 902(2)
 Sanatorium 788(2)
 Saturacja 647(2)
 Scyntygrafia 410(1)
 Sen, głęboki 306(1)
 – stworzenie warunków pacjentowi 820(2)
 Senność 306(1)
 – przyczyny fizjologiczne 820(2)
 Sercie, masaż pośredni 595(2)
 Siadanie w łóżku, pomoc 651(2)

Sinica ocena 299(1)
 Skala Nortona 619(2)
 Składniki mineralne 751(2)
 Skóra, czynności ochronne 757(2)
 - higiena 758(2)
 - masaż 629(2)
 - niemowlęcia 759(2)
 - ocena 193, 330(1)
 - pielęgnowanie, dorosłych 761(2)
 - - niemowlęcia 759(2)
 - - osoby starej 762(2)
 - podawanie leków 502, 510, 517-519(2)
 - usprawniane 618(2)
 - zabiegi 502(2)
 - zmiany patologiczne 763(2)
 Słanie łóżka 833(2)
 Słuch, ocena 326, 336(1)
 Smarowanie skóry 518, 519(2)
 Spirometria 414(1)
 Społeczność zawodowa pielęgniarzek, relacje 36(1)
 Sprzęt, krytyczny 223(1)
 Stan, ogólny, ocena 323, 334(1)
 - świadomości, ocena 306, 319(1)
 - - głęboki sen 306(1)
 - - odurzenie 306(1)
 - - oszłomienie 306(1)
 - - pełny kontakt 306(1)
 - - senność 306(1)
 - - śpiączka 306(1)
 Standard, opieki pielęgniar-
 skiej 180(1)
 - praktyki zawodowej 180(1)
 - w pielęgniarstwie 179(1)
 Staw, ocena zakresu, biodrowy 341(1)
 - - kolanowy 341(1)
 - - kręgosłupa 341(1)
 - - łokciowy 340(1)
 - - nadgarstkowy 341(1)
 - - ramienny 340(1)
 - - skokowy 341(1)
 - - - ćwiczenia bierne 631(2)
 - - kolanowy, ćwiczenia, bierne 631(2)
 - - - czynne 634(2)
 Sterylizacja 226(1)
 - materiałów opatrunkowych 266(1)
 - narzędzi 263(1)
 - parą wodną 227(1)
 - plazmowa 228(1)
 - suchym gorącym powietrzem 227(1)

Sterylizacja, tlenkiem etylenu 228(1)
 Stolik opatrunkowy, przygotowanie 555(2)
 Stomia, czasowa 682(2)
 - irygacja 712(2)
 - krwawienie 696(2)
 - martwica 696(2)
 - niedrożność jelit ostra 696(2)
 - obrzęk 696(2)
 - odbarczająca 682(2)
 - odżywianie pacjenta 694(2)
 - pielęgnowanie pacjenta 680, 687, 691(2)
 - powikłania 696(2)
 - przepuklina 697(2)
 - rodzaje 681(2)
 - wciągnięcie odbytu brzusz-
 nego 698(2)
 - wg Schmidta 686(2)
 - wg Moreiry 685(2)
 - wypadanie 697(2)
 - zakażenie rany 697(2)
 - założenie pasty 710(2)
 - zmiany woreczka 711(2)
 - zwężenie 698(2)
 Stopień samodzielności pacjen-
 ta 330(1)
 Stopy, potliwość 804(2)
 Strup 331(1)
 Substancje promieniotwórcze,
 terapia 200(1)
 Szczoteczka do mycia zębów 810(2)
 Szpik kostny, nakłucie 403(1)
 Szpital, bezpieczeństwo 211(1)
 - - dziecka 212(1)
 - - prawa pacjenta 210(1)
 - - środowisko zakażne 217(1)
 Szyja, ćwiczenia czynne 634(2)
 Ślinianki, bolesność 333(1)
 - obrzmienie 333(1)
 Śmierć pacjenta, postępowanie 935(2)
 Śpiączka 306(1)
 Środki, dezynfekujące, alko-
 lowe 231(1)
 - - do higienicznego mycia rąk 231(1)
 - - przeciwzapalne 524, 525(2)
 Świadczenia, opiekuńcze ze-
 spolowe 148(1)
 - z pomocy społecznej 797(2)
 Światłolecznictwo 199(1)

Tablice Snellena 326(1)
 Tachykardia (częstoskurcz) 301(1)
 Tamowanie, krwawienia z nosa 585(2)
 - krwotoków 584(2)
 Technika, oklepywania 626(2)
 Temperatura ciała, pomiar 315(1)
 - zaburzenia 749(2)
 Teoria(e) pielęgniarstwa 11, 107(1)
 - w Polsce 102(1)
 - D. Orem 17(1)
 - F. Nightingale 15(1)
 - V. Henderson 16(1)
 Terapia, cewnikowa, rodzaje 200(1)
 - ergoterapia 198(1)
 - fizjoterapia 198(1)
 - kulturoterapia 198(1)
 - pracę, rodzaje 198(1)
 - psychoterapia 198(1)
 - radioizotopowa 200(1)
 - zajęciowa 198(1)
 Termostof 199(1)
 Termometry, rodzaje 317(1)
 - rtęciowe dezynfekcja 241(1)
 Termoregulacja 748(2)
 - ocena 303(1)
 - zaburzenia 304(1)
 Tętno, ocena 301(1)
 - pomiar 308(1)
 - obserwacja 308(1)
 Tkanka podskórna, usprawnia-
 nie 618(2)
 Tlen, podawanie 458, 461(2)
 Tłuszcze 751(2)
 Toaleta, drzewa oskrzelowego 646(2)
 - jamy ustnej 858(2)
 - noworodka 861(2)
 Tomografia komputerowa 411(1)
 Tracheostomia 673(2)
 - trwała 673(2)
 Trening, autogenny 198(1)
 - fizyczny 824(2)
 Twarz, mycie 847(2)
 Ucho, podawanie leku 515(2)
 Udrażnianie dróg oddech-
 owych 587(2)
 - w przypadku zadławienia 589(2)
 - - u dziecka 591(2)
 Ukąszenia, postępowanie 571(2)

Ukąszenia, przez żmiję 572(2)
 Układ, kostno-stawowo-mię-
 śniowy, ocena 326(1)
 - - usprawnianie 616(2)
 - - krążenia, ocena 191(1)
 - - krwiotwórczy, ocena 193(1)
 - - moczowy, ocena 192(1)
 - - podawanie leków 463, 470(2)
 - - - usprawniane 614(2)
 - - wykonywanie zabiegów 463, 470(2)
 - - nerwowy, ocena 192(1)
 - - oddechowy, ocena 192(1)
 - - - usprawnianie 236(1), 609(2)
 - - wykonywanie zabiegów 456, 459(2)
 - - pokarmowy, ocena 192(1)
 - - podawanie leków 432(2)
 - - - usprawnianie 613(2)
 - - rozrodczy, ocena 192(1)
 Układanie, na boku 871(2)
 - w różnych pozycjach 869(2)
 - - - wysokie 869(2)
 Ultrasonografia 415(1)
 Ułożenie, boczne 816(2)
 - kończyn wysokie 816(2)
 - na brzuchu 816(2)
 - niskie głowy 816(2)
 - pacjenta, pomoc 816(2)
 - płaskie 816(2)
 - w pozycji bezpiecznej 579(2)
 - - - wysokie górnej części ciała 816(2)
 Uneruchamianie złamania
 kończyny 599(2)
 Uneruchomienie długotrwałe
 w łóżku, zasady pielęgnowa-
 nia 621(2)
 Urazy kręgosłupa, postępowanie 570(2)
 Urostomia 699(2)
 - zmiany woreczka 711(2)
 Uruchamianie chorego w łóżku 616(2)
 Usprawniane, pacjenta, dział-
 nia pielęgniarstwa 605(2)
 - - ogólne zasady 608(2)
 - - - psychiczne 723(2)
 - - społeczne 733(2)
 - - skóry i tkanki podskórnej 618(2)
 - - układu, oddechowego 609(2)
 - - - kostno-stawowo-mięśni-
 owego 616(2)
 - - - moczowego 614(2)
 - - - pokarmowego 613(2)

Ustawa o chorobach zakaźnych
 i zakażeniach 216(1)
 Utrata przytomności, postępo-
 wanie 573(2)
 Uzębienie 333(1)
 Użądlenia, postępowanie 571(2)
 - - przez owady 572(2)
 Wargi, zmiany 332(1)
 Wcieranie leku 518(2)
 Wcierki leku 518(2)
 Wenflon, zakładanie 496(2)
 Wentylacja sztuczna płuc 593(2)
 Węglowodany 751(2)
 Witaminy 751(2)
 Wklucia kaniuli do żyły 254(1)
 Wlew(y), doodbytniczy 450(2)
 - dorektalne 434(2)
 - dożylny kroplowy 486, 499(2)
 - - profilaktyka zakażeń 253(1)
 - - osłaniające 434(2)
 - - przeczyszczające 434(2)
 Wlewka doodbytnicza, leczni-
 cza 444(2)
 - - przeczyszczająca 441(2)
 Włos(y), mycie 852(2)
 - ocena 330, 349(1)
 - - pielęgnowanie 805(2)
 - - wypadanie 331(1)
 Wodolecznictwo 200(1)
 Woreczek, ileostomijny 707(2)
 - stomijny 689(2)
 - - zmiana 704(2)
 - - urostomijny, zmiana 711(2)
 Worek spojówkowy, podawanie
 leków 507(2)
 Wskaźnik masy ciała 324(1)
 Wstawianie z łóżka 617(2)
 - - pomoc 656(2)
 Wstrząs, zasady postępowania 566(2)
 Wstrzyknięcia 480(2)
 - charakterystyka 487(2)
 - domięśniowe 482, 493(2)
 - dożylnie 484, 497(2)
 - podskórne 482(2)
 - - miejsca 481, 488(2)
 - - śródskórne 480, 490(2)
 - - wykonywanie 488(2)
 Wszawica, zakładanie czepca 282(1)
 Wydalanie, kału 754(2)
 - - moczu 754(2)

Wydolność fizyczna 824(2)
 Wykwity skórne, ocena 331(1)
 Wymaz, z gardła 376(1)
 - z nosa 375(1)
 Wypadanie włosów 332(1)
 Wypoczynek pacjenta, stworze-
 nie warunków 823(2)
 Wyprysk dziecięcy 758(2)
 Wysięk fizyczny 824(2)
 Wysypka zapalna lojotokowa 758(2)
 Wywiad 190(1)
 - pielęgniarstwa 74(1)
 - skategoryzowany 190(1)
 Wziernikowanie, jamy otrzew-
 nej 393(1)
 - jelita grubego 389(1)
 - - odbyticy 391(1)
 - - przewodu pokarmowego,
 górnego odcinka 386(1)
 - - tchawicy i oskrzeli 395(1)
 Wzrok, ocena ostrości 337(1)
 Wzrost, ocena 323(1)
 - - procedury i algorytmy 335(1)
 - - pomiar 325(1)
 Zabawa(y), stwarzanie warun-
 ków 828(2)
 - konstrukcyjne 828(2)
 - manipulacyjne 828(2)
 - tematyczne 828(2)
 Zabieg(i) 263(1)
 - dorektalne 432(2)
 - - lecznicze, postępowanie pie-
 lęgniarki 240(1)
 - - ogólne, zasady wykonywania 430(2)
 - - operacyjne 554(2)
 - - - ogólne zasady przygotowa-
 nia pacjenta 552(2)
 - - - profilaktyka zakażeń rany 248(1)
 - - - przygotowanie pacjenta,
 przed zabiegiem 234(1)
 - - - - w dniu zabiegu 235(1)
 - - - - zapewnienie bezpieczeń-
 stwa pacjentowi 232(1)
 - - pielęgniarstwa, postępowanie 240(1)
 - - procedury 263(1)
 - - przeciwzapalne 524, 527(2)
 - - przygotowanie pacjenta 201(1)
 - - reanimacyjne 575(2)
 - - resuscytacyjne 575(2)
 - - - u dorosłych 597(2)
 - - - u dziecka 598(2)

Zabieg(i), wykonywane, na skórc 510(2)
 -- przez błony śluzowe 510(2)
 -- do układu, moczowego 463(2)
 --- moczowego 470(2)
 --- oddechowego 456, 459(2)
 --- pokarmowego 435(2)
 Zaburzenia, psychiczne a chory umierający 931(2)
 - widzenia barwnego 325(1)
 Zajady 332(1)
 Zakażenia, bezpieczeństwo pielęgniarstwa 245(1)
 - drogą kontaktową, izolacja 243(1)
 - dróg, moczowych, profilaktyka 251(1)
 -- oddechowych, profilaktyka 249, 250(1)
 - egzogenne 217(1)
 - endogenne 217(1)
 - HIV, zasady zapobiegania 246(1)
 - krzyżowe 217(1)
 - podczas kaniulacji żył i węzłów dożylnych, profilaktyka 253(1)
 - pooperacyjne, profilaktyka 248(1)
 - profilaktyka 245(1)
 - szpitalne, definicja 217(1)
 -- drogi szerzenia 219, 221(1)
 -- rejestracja 216(1)
 -- system czynnego nadzoru 217(1)
 -- zapobieganie 220(1)
 - w gabinetach zabiegowych, profilaktyka 269(1)
 - w postępowaniu ze zwłokami, profilaktyka 256(1)
 Zakładanie, cewnika, do żył centralnych 254(1)
 -- Foley'a 474(2)
 - czopków 437(2)
 - maści do worka spojówkowego 507, 508(2)
 - wenflonu 496(2)
 Zakłady opieki społecznej 788(2)
 Zakraplanie leku, do nosa 514(2)

Zakraplanie leku, do oka 510(2)
 Zakres ruchów, barków 634(2)
 - biodra 635(2)
 - kolana 635(2)
 - łokci 634(2)
 - nadgarstka i przedramienia 635(2)
 - stóp 634(2)
 - szyi 634(2)
 - tułowia 635(2)
 - w stawie skokowym i ruchów stopy 635(2)
 Zakrzepica żylna, zapobieganie pooperacyjne 237(1)
 Zapalenie, jamy ustnej 333(1)
 - płuc, zapobieganie w przypadku mechanicznej wentylacji 236(1)
 - skóry, kontaktowe 758(2)
 -- w obrębie otworu stomijnego 687(2)
 - zabiegów przeciwzapalne 524, 527(2)
 Zapuszczanie kropli do oczu 507, 508(2)
 Zasada(y), oceniania i oceny 126(1)
 - oceniania stanu 128(1)
 - utrwalania ocen 129(1)
 - współdziału podmiotu opieki w ocenianiu 128(1)
 - zindywidualizowanego pielęgowania, podstawowe 112(1)
 -- szczegółowe 113(1)
 Zasyпки, podawanie 505(2)
 Zatrzymanie, krążenia nagle 575(2)
 - oddechu 577(2)
 Zbiornik jelitowy, problemy 692(2)
 - wewnętrzny 686(2)
 Zbiórka moczu dobową 370(1)
 Zdrowie, koncepcje 153(1)
 - wg D. Orem 31(1)
 - wg F. Nightingale 29(1)
 - wg Henderson 30(1)

Zespół(y), jelitowy 686(2)
 - opiekuńczy, świadczenia 148(1)
 --- zalety 150(1)
 -- umiejętności niezbędne do współdziałania 151(1)
 - terapeutyczny, definicja 37(1)
 -- komunikowanie się 37(1)
 - unieruchomienia 621(2)
 - wspierające 928(2)
 -- osieroconych 928(2)
 - wypalenia zawodowego 936(2)
 Zestaw przeciwwstrząsowy, przygotowanie 582(2)
 Zęby, higiena 806(2)
 - mycie 856(2)
 - próchnica 333(1)
 Zgłębnik, technika karmienia 660(2)
 Zgłębnikowanie żołądka 378(1)
 Zgorzel cukrzycowa stóp, pielęgowanie 764(2)
 Zgryz nieprawidłowy 333, 334(1)
 Złamania, kończyny, unieruchamianie 599(2)
 - postępowanie 569(2)
 Zmiana, bielizny, osobistej 844(2)
 -- całkowita 840(2)
 -- częściowa 837(2)
 - podkładu 842(2)
 -- płóciennego 840(2)
 - poszewek 838, 841(2)
 - pozycji złożeniowej 816(2)
 - prześcieradła 838, 842(2)
 Zranienia, postępowanie 571(2)
 Zwłoki, postępowanie 256(1)
 Żel zimny 527(2)
 Żołądek, płukanie 453(2)
 - zgłębnikowanie 378(1)
 Żywienie, dzieci i młodzieży 751(2)
 - enteralne 613(2)
 - parenteralne 613(2)
 - prawidłowe 750(2)
 - zasady 540(2)



Wydawnictwo Lekarskie PZWL

ul. Miodowa 10, 00-251 Warszawa
 tel. 0-22-695-44-80, fax 0-22-695-44-87, infolinia: 0 801-142-080
 e-mail: promocja@pzwl.pl, www.pzwl.pl

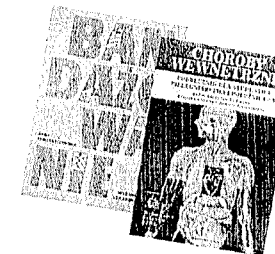
poleca także:

Anestezjologia i intensywne opieka
 Klinika i pielęgniarstwo
 Podręcznik dla studiów medycznych
 Laura Wołowicka, Danuta Dyk (red.)



Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek
 Bonita Morrow Cavanaugh

Bandażowanie
 Anna Chrzęszcewska



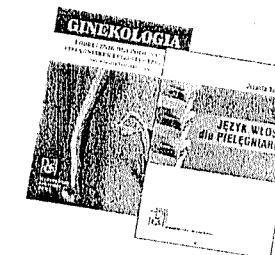
Choroby wewnętrzne
 Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa
 Leszek Pączek, Krzysztof Mucha,
 Bartosz Foroniewicz (red.)



Dietetyka
 Żywienie zdrowego i chorego człowieka
 Helena Ciborowska, Anna Rudnicka

English for Nurses
 Podręcznik dla studentów i pielęgniarek
 David Austin, Tim Crosfield

Ginekologia
 Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów
 Tomasz Opala (red.)



Język włoski dla pielęgniarek
 Jolanta Bielińska

Mikrobiologia

Podręcznik dla pielęgniarek, położnych
i ratowników medycznych

Piotr B. Heczko (red.)



Onkologia

Podręcznik dla pielęgniarek
Arkadiusz Jeziorski (red.)

Pielęgniarstwo

Podręcznik dla studiów medycznych
Kazimiera Zahradniczek (red.)



Pielęgniarstwo pediatryczne

Bogusław Pawlaczyk (red.)

Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Krystyna de Walden-Galuszko,
Anna Kaptacz (red.)

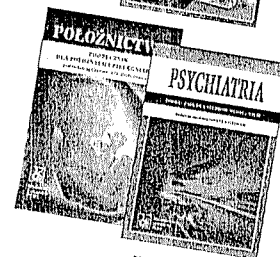


Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego

Elżbieta Walewska (red.)

Położnictwo

Podręcznik dla położnych i pielęgniarek
Grzegorz H. Bręborowicz (red.)



Psychiatria

Podręcznik dla studiów medycznych
Janusz Heitzman (red.)

Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej

Podręcznik dla studiów medycznych
Jolanta Górajek-Jóźwik (red.)



Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożyłne

Podręcznik dla studiów medycznych
Wiesława Ciechaniewicz,
Elżbieta Grochans, Ewa Łoś

Zarys pediatrii

Podręcznik dla studiów medycznych
Bogusław Pawlaczyk (red.)