

Podstawy pielęgniarstwa - wykład 6.11.2025

Wykład poświęcony jest fundamentalnym zagadnieniom bezpieczeństwa pacjenta oraz procesu pielęgnowania – dwóm kluczowym elementom współczesnej praktyki pielęgniarstwa. Bezpieczeństwo pacjenta, definiowane przez WHO jako brak możliwości do uniknięcia szkody oraz zapobieganie błędom i zdarzeniom niepożądanym, stanowi podstawę jakości opieki zdrowotnej. Znajduje się na drugim szczeblu piramidy potrzeb Masłowa, co podkreśla jego fundamentalne znaczenie dla dobrostanu człowieka. Wykład omawia etyczne aspekty bezpieczeństwa, systemy opieki pielęgniarstwa (ze szczególnym uwzględnieniem primary nursing), oraz praktyczne aspekty tworzenia bezpiecznego środowiska szpitalnego. Druga część wykładu koncentruje się na procesie pielęgnowania – naukowej metodzie indywidualizowanej opieki, składającej się z pięciu etapów: wywiadu pielęgniarstwa, diagnozy, planowania, realizacji i oceny. Proces ten stanowi podstawę dokumentacji medycznej i jest obowiązkowy w praktyce pielęgniarstwa. Studenci będą go stosować podczas wszystkich zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, a jego znajomość jest niezbędna do zdania egzaminu końcowego. Wykład dostarcza praktycznych wskazówek dotyczących formułowania diagnoz pielęgniarstwa według klasyfikacji NANDA, planowania interwencji oraz dokumentowania opieki, przygotowując studentów do profesjonalnej praktyki klinicznej.

NOTATKI

Bezpieczeństwo pacjenta - definicje i podstawy teoretyczne

Definicja WHO bezpieczeństwa pacjenta

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) bezpieczeństwo pacjenta to **brak możliwości do uniknięcia szkody oraz zapobieganie błędom i zdarzeniom niepożądanym związanym z opieką zdrowotną**. Ta definicja podkreśla proaktywny charakter działań mających na celu ochronę pacjenta – nie chodzi tylko o reagowanie na problemy, ale przede wszystkim o ich przewidywanie i zapobieganie im.

Opieka medyczna powinna być zgodna z:

- **Normami prawnymi i etycznymi** – przestrzeganie obowiązujących przepisów oraz zasad deontologii zawodowej

-
- **Aktualną wiedzą medyczną** – stosowanie praktyk opartych na najnowszych dowodach naukowych (evidence-based practice)
 - **Właściwymi kwalifikacjami personelu** – zapewnienie, że personel posiada odpowiednie wykształcenie i kompetencje
 - **Odpowiednimi warunkami organizacyjnymi** – stworzenie środowiska sprzyjającego bezpiecznej opiece

Każdy pacjent ma **fundamentalne prawo do wolności od zagrożeń i ryzyka stwarzanego przez system opieki zdrowotnej**. To prawo nakłada na wszystkich pracowników służby zdrowia obowiązek ciągłego monitorowania i minimalizowania ryzyka.

Bezpieczeństwo w hierarchii potrzeb Maslowa

Potrzeba bezpieczeństwa zajmuje **drugi szczebel piramidy Maslowa**, zaraz po potrzebach fizjologicznych (jedzenie, picie, sen, oddychanie). To umiejscowienie nie jest przypadkowe – pokazuje, że bez poczucia bezpieczeństwa człowiek nie jest w stanie normalnie funkcjonować i rozwijać się.

Hierarchia potrzeb według Maslowa (od dołu):

1. **Potrzeby fizjologiczne** – podstawowe potrzeby biologiczne
2. **Potrzeby bezpieczeństwa** – stabilność, pewność, ochrona
3. **Potrzeby przynależności** – akceptacja, przynależność do grupy
4. **Potrzeby uznania** – szacunek, prestiż, osiągnięcia
5. **Potrzeby samorealizacji** – rozwój osobisty, spełnienie potencjału

Kiedy człowiek **nie czuje się bezpieczny**, pojawia się szereg negatywnych konsekwencji:

- Obniżenie samopoczucia psychicznego
- Niemożność skupienia się na wyższych potrzebach
- Ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych
- Możliwość wystąpienia depresji
- Zagrożenie dla dobrostanu biopsychospołecznego

W kontekście opieki zdrowotnej oznacza to, że pacjent, który nie czuje się bezpiecznie w szpitalu (obawia się błędów medycznych, nie rozumie procedur, czuje się zaniedbany), nie będzie mógł efektywnie współpracować w procesie leczenia i powrotu do zdrowia.

Etyka jako fundament bezpieczeństwa

Etyka medyczna nie powstała przypadkowo – rozwinęła się wraz z rozwojem medycyny jako odpowiedź na potrzebę regulacji postępowania wobec pacjentów. Już w

starożytnej Grecji pojawiły się pierwsze kodeksy etyczne (przysięga Hipokratesa), które miały chronić pacjentów przed niewłaściwym traktowaniem.

Współczesna etyka medyczna obejmuje:

- Analizę procedur pod kątem bezpieczeństwa pacjenta
- Ocenę nowych metod leczenia przez komisje bioetyczne
- Ustalanie granic dopuszczalnych interwencji medycznych
- Ochronę godności i autonomii pacjenta

Przykłady decyzji etycznych w medycynie:

Zakaz klonowania – komisje bioetyczne uznały klonowanie ludzi i zwierząt za nieetyczne. Mimo że technicznie jest możliwe (eksperymenty z owcą Dolly i innymi zwierzętami), w cywilizowanym świecie nie podejmuje się prób klonowania całych żyjących jednostek. Dozwolone są jedynie badania laboratoryjne nad klonowaniem narządów, które mogłyby służyć transplantologii.

Zakaz przeszczepiania głowy – ze względów etycznych nie podejmuje się takich prób w krajach zachodnich. Filozoficznie pojawia się pytanie: jeśli przeszczepi się głowę z mózgiem do innego ciała, to czy dawca umiera, czy biorca? Kto tak naprawdę przeżywa? Chiny podejmowały takie próby, ale pacjenci umierali, a społeczność międzynarodowa nie uznaje takich działań za etyczne.

Terapia daremna i decyzje o zakończeniu leczenia – w praktyce klinicznej często pojawia się pytanie o sens kontynuowania agresywnego leczenia u pacjentów w stanie terminalnym. Współczesna medycyna coraz częściej rezygnuje z eskalacji terapii daremnej, prowadząc rozmowy z rodziną i pacjentem o realnych celach opieki. Jednak w praktyce zdarza się, że resuscytuje się pacjentów, których nie powinno się resuscytować, ze względu na presję rodziny i obawę przed konsekwencjami prawnymi.

Etyczne aspekty bezpieczeństwa w praktyce pielęgniarstwa

Wartość praktyczna - pozytywne wyniki opieki

Etyczny aspekt bezpieczeństwa w praktyce oznacza **tworzenie pozytywnych wyników i korzyści dla pacjenta**. Każde działanie pielęgniarstwa powinno być oceniane pod kątem:

- Czy przynosi pacjentowi korzyść?
- Czy minimalizuje ryzyko szkody?
- Czy respektuje autonomię pacjenta?

Unormowania etyczne w zarządzaniu

Szpitala i oddziały powinny posiadać **procedury opracowane z uwzględnieniem zasad etycznych**. Przykład: czy etycznie jest wysłanie pielęgniarki do pacjenta, który jest agresywny wobec kobiet?

Przykład z praktyki: Pacjent z zaburzeniami psychicznymi nienawidzi kobiet i jest wobec nich agresywny. Czy etycznie jest wysłać do niego pielęgniarki, narażając je na krzywdę? Czy związać go czterema pasami i mimo to wysłać personel żeński, bo tylko taki jest dostępny? Czy może lepiej zareagować inaczej – poprosić o pomoc personel męski z innego oddziału, poczekać na zmianę dyżuru, skonsultować się z psychiatrą?

To pokazuje, że **etyka w praktyce wymaga elastyczności i kreatywnego rozwiązywania problemów**, zawsze z priorytetem bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i personelu.

Wiedza i kompetencje personelu

Etycznie jest **dopuszczać do pracy przy pacjentach tylko odpowiednio wykwalifikowany personel**. Obejmuje to:

- Posiadanie wymaganego wykształcenia
- Regularne doksztalcanie się
- Zbieranie punktów edukacyjnych (dla ratowników medycznych i lekarzy już obowiązkowe, dla pielęgniarek system będzie wkrótce wprowadzony)

System punktów edukacyjnych dla pielęgniarek – planowane jest wprowadzenie obowiązku zbierania punktów edukacyjnych, podobnie jak u lekarzy (izby lekarskie) i ratowników medycznych (województwo). Pielęgniarki będą musiały zbierać określoną liczbę punktów, aby nie stracić prawa wykonywania zawodu. Jest to pozytywne rozwiązanie, które wymusi ciągłe doksztalcanie się, pod warunkiem że izby pielęgniarskie będą organizowały dostępne i przystępne cenowo szkolenia.

Przykład dobrej praktyki: W Szpitalu Miejskim w Zabrze pielęgniarka naczelna organizuje szkolenia na terenie szpitala. Niedawno zakończono cykl trzech dwudniowych kursów z zakresu leczenia ran, sfinansowanych przez izby pielęgniarskie. Wzięło w nich udział prawie 80 pielęgniarek, w tym wiele osób z dużym stażem pracy. Szkolenia odbywały się w godzinach popołudniowych, w znanym personelowi miejscu, co znacznie ułatwiło uczestnictwo.

Wartość moralna – ochrona pacjenta

Ochrona prywatności i godności pacjenta to podstawowy obowiązek etyczny:

- **Podczas mycia pacjenta** – zamykamy drzwi, przykrywamy pacjenta

-
- **Przy czynnościach intymnych** – wypraszamy gości, nawet tych przy sąsiednich łóżkach
 - **Gdy musimy wyjść** – przykrywamy pacjenta kołdrą, nawet jeśli ma pampersa
 - **Podczas procedur medycznych** – zapewniamy maksymalną intymność

Przykład z praktyki: Jeśli wykonujemy toaletę pacjenta na sali wieloosobowej, najpierw wypraszamy odwiedzających przy innych łóżkach. Pacjent ma prawo do zachowania godności, nawet jeśli nie jest w stanie sam o to zadbać.

Sposoby zwiększania bezpieczeństwa pacjenta

Edukacja ustawiczna personelu

Każdy pracownik medyczny jest zobowiązany do ciągłego dokształcania się.
Systemy punktów edukacyjnych:

Ratownicy medyczni – muszą zbierać punkty edukacyjne, które zatwierdza wojewoda. Od niedawna system ten przechodzi reorganizację, ale wymóg pozostaje.

Lekarze – system punktów edukacyjnych nadzorowany przez izby lekarskie, funkcjonuje od wielu lat.

Pielęgniarki – system będzie wkrótce wprowadzony. Izby pielęgniarskie będą przyznawały punkty za uczestnictwo w szkoleniach, konferencjach, kursach. Brak wymaganej liczby punktów może skutkować utratą prawa wykonywania zawodu.

Znaczenie edukacji: Medycyna i pielęgniarstwo stale się rozwijają. Procedury, które były standardem 5 lat temu, mogą być dziś nieaktualne. Przykład: zmiana wytycznych dotyczących wymiany wkłuc obwodowych – wcześniej obowiązywała sztywna zasada 72 godzin, obecnie można pozostawić wkłucie dłużej, jeśli nie ma objawów stanu zapalnego i pacjent nie zgłasza dyskomfortu.

Bycie wzorem do naśladowania

Pielęgniarka powinna reprezentować **profesjonalizm i wysokie standardy etyczne:**

- **Sposób komunikacji** – nie zwracamy się do pacjentów w obraźliwy sposób, nie robimy nieprzyjemnych gestów
- **Ton głosu** – możemy podnieść głos (autorytatywnie, nie agresywnie), gdy sytuacja tego wymaga
- **Postawa** – pokazujemy, że jesteśmy przyjacielem pacjenta, nie wrogiem

Przykład komunikacji autorytatywnej: "Panie Tomku, to jest moment do umycia się. Nie, panie Tomku, teraz pan nie będzie chodził na papierosa, pan ma iść do

łazienki, bo za chwilę pójdzie pan na zabieg operacyjny." – Ton jest stanowczy, ale nie agresywny. Pacjent rozumie, że w tej sytuacji pielęgniarka podejmuje decyzje w jego interesie.

Grupa pacjentów wymagających stanowczości: Są pacjenci, którzy potrzebują autorytatywnego podejścia – nie z powodu złej woli, ale z powodu zaburzeń poznawczych, lęku, czy braku zrozumienia sytuacji. Ważne jest, aby stanowczość nie przekształcała się w agresję czy brak szacunku.

Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych

Każde zdarzenie niepożądane powinno być zgłaszane, aby można było:

- Analizować przyczyny
- Wprowadzać usprawnienia
- Poprawiać warunki pracy
- Zwiększać bezpieczeństwo

Rzeczywistość praktyki: W teorii każde zdarzenie powinno być zgłaszane. W praktyce zgłasza się głównie te, które mają konsekwencje zdrowotne.

Przykład: Jeśli pani Jadzia w DPS-ie regularnie wypada z łóżka (średnio raz na dwa dni), nikt nie pisze za każdym razem notatki o zdarzeniu niepożądanym – po prostu nie ma na to czasu. Notatki pisze się, gdy są konsekwencje: złamanie, skaleczenie, pogorszenie stanu.

Dlaczego warto zgłaszać wszystko? Gdyby w DPS-ie zgłaszano wszystkie 100 upadków pani Jadzi w ciągu miesiąca, dyrekcja miałaby mocny argument do zakupu lepszych łóżek z barierkami lub innych zabezpieczeń. Dokumentacja zdarzeń niepożądanych to narzędzie do poprawy warunków, ale wymaga czasu, którego personelowi często brakuje.

Co zgłaszamy obligatoryjnie:

- Zakłucia personelu (dla bezpieczeństwa pracowników)
- Upadki pacjentów z konsekwencjami zdrowotnymi
- Błędy w podawaniu leków
- Niepożądane reakcje poprzetoczeniowe
- Powikłania pooperacyjne

Formułowanie zaleceń i wytycznych - procedury

Procedury medyczne muszą być aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą i wytycznymi:

Przykład 1: Wkłucia obwodowe

-
- **Stare wytyczne:** Wymiana węflonu co 72 godziny, bez wyjątków
 - **Nowe wytyczne:** Węflon można pozostawić dłużej niż 72 godziny, jeśli:
 - Nie ma zaczerwienienia
 - Nie ma objawów stanu zapalnego
 - Pacjent nie zgłasza dyskomfortu
 - Trudno byłoby założyć nowy wkłucie (np. słabe żyły)
 - Pacjent jest niechętny wymianie

Przykład 2: Cewniki Foley'a

- Obecnie producenci zalecają wymianę co 14 dni (w zależności od producenta)
- Na rynku pojawiają się nowe cewniki silikonowane, które mogą pozostać dłużej
- Procedury muszą być aktualizowane wraz z pojawianiem się nowych produktów

Przykład 3: Procedury resuscytacyjne

- W Szpitalu Miejskim w Zabrzu niedawno zaktualizowano procedurę resuscytacyjną (zmieniono schemat organizacyjny)
- W zeszłym tygodniu (w stosunku do daty wykładu) pojawiły się nowe wytyczne resuscytacji w języku polskim
- Procedura prawdopodobnie będzie musiała być znowu zmieniona, aby dostosować się do najnowszych wytycznych

Proces tworzenia procedur opartych na badaniach: Duże zmiany w procedurach (jak wytyczne dotyczące węflonów czy cewników) są oparte na **rozległych badaniach naukowych**, a nie na pojedynczych przypadkach. Przykładowo, badania nad czasem pozostawienia węflonu mogły obejmować 1000-2000 pacjentów, podzielonych na grupy: jednej wymieniano węflony po 72 godzinach, drugiej pozostawiano dłużej. Następnie porównywano częstość zakażeń, stanów zapalnych, potrzebę antybiotykoterapii. Dopiero na podstawie takich danych zmienia się wytyczne obowiązujące na całym świecie.

Cztery fundamentalne zasady etyki w pielęgniarstwie

1. Szacunek dla autonomii pacjenta

Autonomia oznacza prawo pacjenta do **decydowania o sobie**, o swoim ciele i swoim leczeniu. Obejmuje to:

- **Prawo do informacji** – pacjent musi wiedzieć, co się z nim dzieje, jakie są opcje leczenia
- **Prawo do odmowy** – pacjent może odmówić leczenia, procedur, badań
- **Prawo do prywatności** – pacjent decyduje, kto może być obecny przy zabiegach
- **Prawo do samostanowienia** – w granicach prawa i możliwości medycznych

Trudności w praktyce - odmowa leczenia:

Dla pielęgniarek szczególnie trudne są odmowy dotyczące **czynności higienicznych** (mycie, zmiana bielizny, golenie), ponieważ:

- Brak higieny świadczy często o zaniedbaniu przez personel
- Pacjent może nie rozumieć konsekwencji (odleżyny, zakażenia)
- Rodzina może oskarżać personel o zaniedbanie

Jak postępować przy odmowie:

1. **Zawsze notować odmowę w dokumentacji** - "Pacjent odmówił toalety, mimo wyjaśnienia konieczności, godzina..."
2. **Wezwać lekarza** - "Pani doktor, pacjent mi odmawia. Czy może pani z nim porozmawiać?"
3. **Dokumentować rozmowę lekarza** - "Poinformowano lekarza, przeprowadzono rozmowę edukacyjną, pacjent nadal odmawia"
4. **Szanować decyzję** - jeśli pacjent jest świadomy i logiczny, mamy obowiązek uszanować jego wolę

Manipulacja vs. ochrona - trudny dylemat etyczny:

Istnieje grupa pacjentów, którzy **nie są w stanie logicznie decydować o sobie** (otępienie, zaburzenia poznawcze, demencja). W takich przypadkach pielęgniarki stosują techniki komunikacji, które można nazwać "manipulacją", ale służą dobru pacjenta.

Przykład - dwa sposoby zadania pytania:

- **Źle:** "Pani Basiu, czy będzie się pani myła?" - Pacjentka może odpowiedzieć "nie"
- **Lepiej:** "Pani Basiu, jest pora mycia, dobrze?" - Pacjentka nie ma prostej możliwości odmowy

Kiedy można stosować taką komunikację:

- Pacjent z otępieniem, nie wie gdzie jest
- Pacjent z zaburzeniami poznawczymi, myśli że jesteśmy koleżankami z podwórka
- Pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, który mógłby decydować
- Dotyczy podstawowych czynności (mycie, karmienie), nie poważnych decyzji medycznych

Kiedy NIE WOLNO stosować takiej komunikacji:

- Pacjent jest logiczny i świadomy
- Pacjent wie gdzie jest, co się dzieje
- Dotyczy poważnych decyzji (zgoda na operację, amputację, zakończenie leczenia)

Przykład z praktyki - pacjentka odmawiająca zmiany pozycji:

Pacjentka całkowicie logiczna, leżąca, odmawiała zmiany pozycji w łóżku. Pozwalała na toaletę co drugi dzień, ale nie pozwalała obracać się w łóżku. Ze względu na ogromną masę ciała i odmowę założenia materaca przeciwoodleżynowego, w krótkim czasie powstały głębokie odleżyny.

Rozwiązanie: Rodzina została poinformowana. Pacjentka udzieliła pisemnego upoważnienia notariuszowi (w obecności lekarzy), że o jej sprawach medycznych może decydować wnuk. Dopiero wtedy, za zgodą pisemną wnuka, mimo niechęci pacjentki, była ona obracana. Szpital musiał się zabezpieczyć prawnie.

Kontrast - pacjentka nielogiczna:

Pani Basia nie wie gdzie jest, myśli że pielęgniarki to koleżanki z podwórka. Nie ma jeszcze przedstawiciela ustawowego (rodzina nie zadbała o sprawy prawne). W takim przypadku prowadzimy rozmowy w sposób, który nie daje pacjentce możliwości odmowy podstawowych czynności higienicznych. Jeśli jednak pacjentka zaczyna krzyczeć i wyraźnie protestować, nie zmuszamy jej siłą.

Ważne rozróżnienie: Mycie to nie jest decyzja o amputacji nogi czy zakończeniu leczenia. To podstawowa czynność higieniczna. Jednak jeśli pacjent wyraźnie protestuje (krzyczy, płacze, jest agresywny), nie można go zmuszać siłą.

2. Zasada dobroczynności

Każde działanie pielęgniarckie musi być dla dobra pacjenta. Obejmuje to:

- Mycie pacjenta – zapobiega zakażeniom, odleżynom
- Obracanie pacjenta – zapobiega zapaleniu płuc, odleżynom
- Sprawdzanie skóry – wczesne wykrywanie odleżyn
- Natłuszczanie, oklepywanie – poprawa krążenia, komfort

Przykład: Pani Basię trzeba obracać i myć. Bez tego dostanie zapalenie płuc (z powodu zalegania wydzieliny w płucach przy ciągłym leżeniu na plecach) i odleżyn. Nawet jeśli pacjentka nie chce, działamy dla jej dobra.

Konflikt zasad: Czasem zasada dobroczynności (robimy coś dla dobra pacjenta) może kolidować z zasadą autonomii (pacjent ma prawo odmówić). W takich sytuacjach pielęgniarka musi wyważyć, co jest ważniejsze, często konsultując się z zespołem i rodziną.

3. Zasada nieszkodzenia (primum non nocere)

"Przede wszystkim nie szkodzić" – fundamentalna zasada medyczna. Oznacza:

- **Nie możemy krzywdzić pacjenta ani jego bliskich**

-
- **Nie możemy zaniedbywać sygnałów od pacjenta**
 - **Musimy reagować na każde zgłoszenie, nawet jeśli wydaje się irracjonalne**

Zasada dotyczy zarówno działań, jak i zaniechań – można zaszkodzić pacjentowi nie tylko robiąc coś źle, ale także nie robiąc czegoś, co powinno być zrobione.

Przykłady z praktyki:

Przykład 1: Problemy z oddawaniem moczu

Pacjent zgłasza: "Pani pielęgniarco, boli mnie przy siusianiu. Coś mnie tutaj drażni" lub "Nie umiem zrobić siusku" (ma cewnik Foley'a).

Nieprawidłowa reakcja: "Zaraz coś będzie leciało" i zapomnienie o zgłoszeniu.

Prawidłowa reakcja:

1. Zapamiętać problem
2. Podejść do pacjenta, sprawdzić cewnik, spróbować masować brzuch
3. Jeśli problem się powtarza – zgłosić lekarzowi
4. Lekarz podejmie decyzję: przecewnikowanie, USG brzucha, leki moczopędne, konsultacja urologiczna

Przykład 2: "Irracjonalne" zgłoszenie

Pacjentka w środku nocy dzwoni do rodziny, że "chodzą pod oddziałem Murzyni i chcą ją ukraść". Pacjentka się zestresowała, ma wysokie ciśnienie.

Prawidłowa reakcja:

1. Zapalić światło
2. Uspokoić pacjentkę
3. Wyjaśnić sytuację – w szpitalu pracuje czarnoskóry sanitariusz, pacjentka go widziała (zapomniała), ale w półśnie zinterpretowała to jako zagrożenie
4. Przedstawić ponownie sanitariusza
5. Zmierzyć ciśnienie, ewentualnie podać leki

Nieprawidłowa reakcja: "Ubrzdurała sobie babcia, nie będziemy z nią rozmawiać" – to byłoby zaniechanie, które mogłoby zaszkodzić (wysokie ciśnienie, stres, możliwy incydent sercowy).

4. Zasada sprawiedliwości

Każdy pacjent ma prawo do dostępu do opieki medycznej, która powinna być **uczciwie i odpowiednio realizowana**. W kontekście opieki zdrowotnej zasada sprawiedliwości opiera się na **akceptowanych zasadach przydzielania**

ograniczonych zasobów.

Konstytucja RP stanowi, że każdy obywatel ma prawo do opieki zdrowotnej. W czasach PRL i wczesnej transformacji, gdy większość społeczeństwa pracowała i była ubezpieczona, zasada ta była łatwiejsza do realizacji.

Współczesne wyzwania:

Problem osób nieubezpieczonych: Obecnie znaczna liczba osób nie jest ubezpieczona. Nie są to tylko osoby niezaradne życiowo – często są to:

- Osoby bezdomne
- Osoby uzależnione od alkoholu
- Osoby pracujące "na czarno" (aby uniknąć komornika, alimentów)
- Osoby świadomie unikające ubezpieczenia

Przykład z praktyki - pacjent nieubezpieczony:

W Szpitalu Miejskim w Zabrze, na oddziale 52-lóżkowym, regularnie jest 3 pacjentów nieubezpieczonych (około 5% pacjentów). Jeden z pacjentów, znany w całym mieście, potrafił mieć **3 tomografie głowy w tygodniu**, nie będąc ubezpieczonym.

Mechanizm: Pacjent żebrał pod sklepem. Gdy był głodny lub miał mokry pampers, specjalnie spadał z wózka inwalidzkiego i udawał uraz. Ktoś wzywał karetkę, karetka zabierała go do szpitala. W szpitalu trzeba było go umyć, zmienić pampers, zmienić opatrunki na odleżynach, wykonać tomografię głowy (bo zgłaszał ból głowy po "upadku").

Rozwiązanie: Pacjent w końcu stracił obie nogi (amputacja z powodu powikłań) i gdy zorientował się, że nadchodzi jesień i zima, zgodził się na umieszczenie w DPS-ie. Od tego momentu przestał "upadać".

Obowiązki szpitala wobec osób nieubezpieczonych:

Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) – nie może wystawiać rachunków, z założenia ratuje życie każdemu.

Oddział szpitalny – może wystawiać rachunki osobom nieubezpieczonym, ale:

- Ściągalność tych należności jest bardzo niska
- Szpitale powiatowe/miejskie same mają problemy finansowe i komorników
- Trudno znaleźć komornika, który podjąłby się ściągania długów od szpitala

Rola MOPS/MOPR: Często Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ubezpiecza takich pacjentów wstecz, wtedy NFZ płaci szpitalowi za leczenie. Jednak jeśli okaże się, że pacjent mieszka z rodzicami o wysokich dochodach, MOPS może odmówić ubezpieczenia.

Przykłady sytuacji trudnych etycznie:

Sytuacja 1: Mąż pracujący nie ubezpiecza żony. Gdy żona trafia do szpitala i okazuje się, że leczenie będzie kosztowne, mąż nagle "przypomina sobie", że może ją zgłosić do ubezpieczenia. Jeśli ktoś jest ubezpieczony i ma pod sobą dzieci czy współmałżonka, nie kosztuje go to nic dodatkowo – tylko świeci się w systemie NFZ, że są dodatkowe osoby.

Sytuacja 2: Pacjent NN (nieznana tożsamość). Nie wpisuje się imienia i nazwiska, tylko "NN", numer historii choroby oraz datę i godzinę rejestracji (aby odróżnić, gdyby było kilku pacjentów NN).

Dylematy personelu: Wielu pracowników medycznych ma problem z zasadą sprawiedliwości w praktyce. Przykład: Pacjent bezdomny, alkoholik, wielokrotnie hospitalizowany, który nie dba o siebie, otrzymuje taką samą opiekę jak pacjent, który całe życie pracował, płacił składki, dbał o zdrowie.

Kodeks etyki nakazuje traktować każdego pacjenta tak samo, niezależnie od jego sytuacji życiowej, statusu społecznego czy ubezpieczenia. **Nie nam jest oceniać**, komu się opieka należy, a komu nie. Póki konstytucja brzmi jak brzmi, osoby nieubezpieczone będą leczone tak samo jak reszta.

Przykład trudnej sytuacji – pacjent bezdomny:

Najmniej przyjemną grupą pacjentów są często **pacjenci bezdomni**:

- Najmniej sympatyczni
- Najbardziej agresywni słownie
- Twierdzą, że "płacą" i "im się należy"
- Trudni w opiece (często uciekają ze szpitala, aby uniknąć rachunków)

Problem z wypisem: Ze szpitala nie można wypisać pacjenta bezdomnego "na ulicę". Trzeba znaleźć mu miejsce: ogrzewalnię, noclegownię, schronisko. SOR często radzi sobie z tym problemem w ten sposób, że pacjenci bezdomni, gdy są przytomni i wytrzeźwiali, uciekają sami, zanim zostaną formalnie przyjęci na oddział.

Inne kraje: Niemcy rozwiązały problem inaczej – w zależności od tego, do jakiej kasy chorych należysz, taką opiekę otrzymujesz. Amerykanie mają podobny system. Polska, z konstytucyjną zasadą równości, będzie musiała jeszcze długo czekać na zmianę tego systemu, jeśli w ogóle do niej dojdzie.

Osoby rzeczywiście niezaradne: Są też pacjenci, którzy są niezaradni życiowo nie z własnej winy – np. starsza pani z niepełnosprawnością intelektualną, która ma minimalne świadczenia z MOPS-u i ledwo wiąże koniec z końcem. Takie osoby są często urocze, nie wiedzą, że mogą prosić o więcej pomocy, i rzeczywiście potrzebują wsparcia. To one powinny być priorytetem systemu pomocy społecznej.

Wskaźniki bezpieczeństwa pacjenta - mierzalne parametry

Bezpieczeństwo pacjenta można **mierzyć** za pomocą konkretnych wskaźników. Każdy szpital monitoruje te wskaźniki i raportuje je do odpowiednich instytucji.

1. Infekcje wewnątrzszpitalne (zakażenia szpitalne)

Definicja: Zakażenie, które pojawiło się w określonym czasie od hospitalizacji pacjenta (nie było obecne przy przyjęciu).

Kto monitoruje: Pielęgniarka epidemiologiczna prowadzi dokumentację i analizuje, czy dane zakażenie jest zakażeniem wewnątrzszpitalnym.

Statystyki:

- W Polsce wskaźnik wynosi około **11-12%**
- WHO szacuje, że na świecie nawet **30% pacjentów hospitalizowanych** doznaje zakażenia wewnątrzszpitalnego

Konsekwencje: To jeden z argumentów przeciwko przedłużaniu hospitalizacji, szczególnie u osób starszych. Im dłużej pacjent przebywa w szpitalu, tym większe ryzyko zakażenia.

Najczęstsze zakażenia wewnątrzszpitalne:

- Zakażenia układu moczowego (związane z cewnikowaniem)
- Zapalenie płuc (związane z wentylacją mechaniczną lub długim leżeniem)
- Zakażenia miejsca operowanego
- Zakażenia krwi (związane z wkłuciami, cewnikami centralnymi)

2. Powikłania operacyjne i pooperacyjne

Monitorowanie: Każdy pacjent po zabiegu jest obserwowany pod kątem powikłań. Jeśli dojdzie do czegoś niebezpiecznego około zabiegowego, jest to zgłaszane.

Przykłady powikłań:

- **Zatorowość** – pacjent miał zabieg na brzuchu, a potem wystąpił zator (np. zator tętnicy płucnej)
- **Krwawienie pooperacyjne**
- **Zakażenie rany pooperacyjnej**
- **Powikłania znieczulenia**

Szczególnie monitorowane - położnictwo:

Zator płynem owodniowym podczas porodu lub cesarskiego cięcia – jest to powikłanie, które:

- Jest nieprzewidywalne
- Nie można go zapobiec
- Może prowadzić do śmierci matki
- Jest zawsze głośne medialnie

Mimo że nie jesteśmy w stanie przewidzieć ani zabezpieczyć przed tym powikłaniem, każdy taki przypadek jest dokładnie analizowany i raportowany.

3. Niepożądane reakcje poprzetoczeniowe

Dokumentacja przetaczania krwi:

Każda jednostka krwi lub preparat krwio pochodny jest **dokładnie dokumentowany**:

- Wpisywany do specjalnej księgi przetaczania
- Numer donacji zapisywany w dokumentacji pacjenta
- Godziny rozpoczęcia i zakończenia przetaczania
- Specjalna karta, na której odnotowuje się przebieg przetaczania i ewentualne powikłania w ciągu 24 godzin

Zgłaszanie do banku krwi: Jeśli wystąpią jakiegokolwiek powikłania, zgłasza się je do banku krwi, który monitoruje bezpieczeństwo przetaczania w całym szpitalu.

Procedura bezpieczeństwa - "bramki bezpieczeństwa":

Przetaczanie krwi to procedura obarczona dużym ryzykiem, dlatego ma **wiele poziomów kontroli**:

Bramka 1 - Pobieranie krwi do próby krzyżowej:

- Powinny pobierać **dwie różne osoby w ciągu 15 minut**
- Każda osoba pobiera osobną próbkę
- Każda osoba musi rozpoznać pacjenta i potwierdzić jego tożsamość
- Obie próbki muszą być podpisane przez obie osoby

Bramka 2 - Bank krwi:

- Krzyżuje krew z obu próbek
- Jeśli jedna próbka się krzyżuje, a druga nie → błąd na oddziale, pomyłono pacjenta
- Jeśli obie próbki się nie krzyżują → pacjent ma niebezpieczne przeciwciała, próbki jadą do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Katowicach

Bramka 3 - Wydawanie krwi:

- Pani z banku krwi sprawdza, czy na zleceniu jest grupa krwi pacjenta
- Pielęgniarka odbierająca krew sprawdza wszystkie dane: grupa krwi, numer donacji, zgodność z dokumentacją

Bramka 4 - Przed przetoczeniem się:

- Wpis do książki przetaczania
- Podpisanie karty zgodności przez pielęgniarkę
- Podpisanie karty zgodności przez lekarza
- Dopiero wtedy można rozpocząć przetaczanie

Kontrola RCKiK: Jeśli dojdzie do **jakiegokolwiek incydentu** (np. przetoczenie niewłaściwej grupy krwi), natychmiast informuje się RCKiK w Katowicach. Przyjeżdża kontrola, która sprawdza całą procedurę i okoliczności zdarzenia.

Zatwierdzanie procedur (SOP - Standard Operating Procedure):

Wszystkie procedury związane z bankiem krwi muszą być zatwierdzone przez dyrektora RCKiK:

1. Szpital tworzy procedurę
2. Dyrektor szpitala zatwierdza
3. Procedura jest przesyłana do RCKiK
4. RCKiK sprawdza, czy jest poprawna, czy nie ma błędów
5. Dopiero po zatwierdzeniu przez RCKiK procedura może obowiązywać w szpitalu

To pokazuje, jak wiele poziomów kontroli i bezpieczeństwa jest w procedurach wysokiego ryzyka.

4. Wskaźniki specyficzne dla położnictwa

Położnictwo ma bardzo dużo specyficznych wskaźników bezpieczeństwa:

Urazy okołoporodowe:

- Pęknięcie krocza
- Nacięcie krocza (episiotomia)
- Poród fizjologiczny bez powikłań

Urazy narządu rodniego u matki:

- Pęknięcia pochwy
- Urazy szyjki macicy
- Krwotoki poporodowe

Karmienie piersią:

- Ile matek karmi piersią

-
- Ile matek karmi mlekiem modyfikowanym
 - Dane są anonimowe (tylko cyfry, bez nazwisk)
 - Służą do sprawozdań i oceny jakości opieki

Dlaczego monitoruje się karmienie piersią? Jest ogólny nakaz monitorowania, ponieważ przyjęto, że mleko matki jest zdrowsze dla dzieci. Dane te służą do oceny, jak skutecznie szpitale promują karmienie naturalne.

5. Zdarzenia niepożądane

Każde zdarzenie, które mogło lub spowodowało szkodę dla pacjenta, powinno być zgłaszane i analizowane. Obejmuje to:

- Upadki pacjentów
- Błędy w podawaniu leków
- Zagubienie pacjenta
- Samowolne opuszczenie szpitala przez pacjenta
- Agresja (pacjenta wobec personelu lub personelu wobec pacjenta)
- Próby samobójcze

Kiedy człowiek czuje się bezpiecznie, a kiedy zagrożony?

Poczucie bezpieczeństwa

Człowiek czuje się bezpiecznie w **normalnych warunkach**, gdy:

- Jest zdrowy
- Ma wsparcie bliskich
- Zna swoje otoczenie
- Rozumie, co się wokół niego dzieje
- Ma kontrolę nad sytuacją

Poczucie zagrożenia

Człowiek czuje się zagrożony, gdy:

Czynniki wewnętrzne:

- Jest chory
- Jest niepełnosprawny
- Nie ma opieki bliskich

-
- Czuje ból
 - Nie rozumie, co się z nim dzieje

Czynniki zewnętrzne:

- Nieznane miejsce (szpital)
- Trudna sytuacja materialna
- Urazy
- Choroby zakaźne (wirusy, bakterie)
- Brak kontroli nad sytuacją

Konsekwencje braku poczucia bezpieczeństwa:

Jeśli pacjent **nie czuje się bezpiecznie**, nie będzie szczęśliwy. Jeśli nie jest szczęśliwy, rośnie ryzyko:

- Depresji
- Zaburzeń lękowych
- Pogorszenia stanu zdrowia
- Braku współpracy w leczeniu

Dobrostan biopsychospołeczny – zdrowie to nie tylko brak choroby, ale **całokształt i równowaga potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych** (koncepcja znana z teorii pielęgniarstwa: Dorothea Orem, Virginia Henderson).

Tworzenie bezpiecznego środowiska w szpitalu

Wymogi dla bezpiecznego środowiska szpitalnego

1. Twórcza postawa personelu

Każdy pacjent powinien być **traktowany indywidualnie**:

- Dostosowanie opieki do potrzeb konkretnego pacjenta
- Wymyślanie rozwiązań specyficznych dla danej osoby
- Elastyczność w podejściu

2. Wiąż emocjonalna - z ograniczeniami

W teorii: Pielęgniarka powinna tworzyć więź emocjonalną z pacjentem.

W praktyce: Wiąż emocjonalna jest ograniczona czasowo:

- Podczas dyżuru poświęcamy uwagę pacjentowi
- Staramy się go zrozumieć

-
- Ale po zakończeniu dyżuru (np. o 19:00) **nie przeżywamy tego, co było z pacjentem**

Ważna zasada: Praca to praca, dom to dom.

Każdy pracownik medyczny w swojej karierze spotka **kilka osób, które zapamięta na lata**, ale nie mogą to być wszyscy pacjenci – prowadziłoby to do szybkiego wypalenia zawodowego.

3. Warunki i atmosfera osobistego kontaktu

Pacjent powinien czuć się bezpieczny psychicznie. Zawód pielęgniarki/pielęgniara jest na **bardzo wysokim poziomie w strefie zaufania publicznego**, dlatego:

- Swoim postępowaniem musimy pokazać, że pacjent może na nas liczyć
- Nie możemy być osobami, które dodają pacjentowi stresu
- Musimy być wsparciem, nie źródłem lęku

Wyjątki: Niektóre stanowiska z założenia wywołują u pacjentów stres:

- **Pracownia endoskopii** – kolonoskopia i gastroscopia nie są przyjemnymi badaniami, pacjenci będą się bać
- **Pracownia tomografii komputerowej** – klaustrofobia, strach przed wynikami
- **Blok operacyjny** – naturalny lęk przed operacją

W takich miejscach jeszcze ważniejsze jest, aby personel był spokojny, wyjaśniał procedury i wspierał pacjenta.

4. Uszanowanie godności osobistej

Zawsze, w każdej sytuacji, musimy **szanować godność pacjenta**:

- Przykrywanie podczas zabiegów
- Zamykanie drzwi podczas toalety
- Dyskretne rozmowy o intymnych sprawach
- Traktowanie z szacunkiem, niezależnie od stanu pacjenta

5. Nowoczesna psychoterapia w komunikacji

Nie wmawia się pacjentom, jak powinni się zachowywać. Nie mówimy: "Pani ma raka, to powinna Pani cierpieć. Może Panią boleć, bo ma Pani raka i nic z tym nie zrobimy."

Zamiast tego:

"Pani Basiu, wiem, w jakiej jest Pani sytuacji. Jeśli Panią boli, proszę nam zgłosić, porozmawiamy z lekarzem, żebyśmy mogli zwiększyć leki przeciwbólowe. Proszę się liczyć z tym, że może być Pani po nich bardziej senna, może mieć Pani zmniejszony apetyt. Proszę się zastanowić, czy podamy leki teraz, czy za godzinę po wizycie rodziny, żeby Pani jej nie przespała."

To jest **zupełnie inny sposób komunikacji** – partnerski, wspierający, dający pacjentowi kontrolę.

Bezpieczeństwo techniczne i organizacyjne

1. Instalacje i aparatura

- Wszystkie instalacje elektryczne muszą być zabezpieczone
- Aparatura medyczna (np. do elektrokoagulacji) musi być niedostępna dla pacjentów
- Regularne przeglądy techniczne sprzętu

2. Edukacja pacjenta

Przykłady komunikacji:

- "Pani Basiu, jest Pani dzisiaj słaba, proszę nie wstawać z łóżka. Jak chce Pani iść do łazienki, z przyjemnością z Panią pójdę."
- "Pani Basiu, czemu Pani wychodzi? Nie można palić w szpitalu. Może kupmy plastry Nicorette? Nie będzie Pani czuła potrzeby."

3. Oznakowanie i informacje

- **Napisy ostrzegawcze** – przy wysokich stopniach, niebezpiecznych miejscach
- **Tabliczki na drzwiach** – gabinety zabiegowe, pracownie diagnostyczne
- **Czytelne oznaczenia oddziałów** – pacjent musi wiedzieć, gdzie jest, i umieć wrócić na oddział

Przykład: Pani Basia wychodzi na spacer, gubi się w dużym szpitalu. Jeśli oddziały są wyraźnie oznaczone, może wrócić sama lub powiedzieć personelowi, na którym oddziale leży.

4. Czystość i bezpieczeństwo podłóg

- Regularne sprzątanie
- Podłogi po myciu wycierane na sucho lub oznakowane tabliczkami "Uwaga! Ślisko!"
- Oświetlenie nocne – dobrze, jeśli jest przypodłogowe, ale częściej zostawia się zapalone światło na korytarzu, a w salach zgaszone (światło z korytarza przez otwarte drzwi daje wystarczającą widoczność)

5. Łóżka z barierkami

Dobrze, jeśli wszystkie łóżka mają barierki. Dla wielu szpitali jest to jednak luksus – nie wszystkie oddziały mają wystarczającą liczbę łóżek z barierkami.

6. Systemy zabezpieczające okna i drzwi

Okna:

- Wiele okien w szpitalach nie otwiera się w sposób standardowy
- Często otwierają się tylko góra-dół, nie na oścież
- Są blokady (jak dla dzieci), które uniemożliwiają pełne otwarcie bez specjalnego klucza

Drzwi:

- W salach pacjentów, nawet jeśli są zamki, **nie ma kluczy** – pacjent nie powinien się zamykać
- W toaletach zamki powinny być takie, które można otworzyć z zewnątrz (w razie konieczności uratowania pacjenta)

Przykład z praktyki: W Szpitalu Miejskim w Zabrze w łazienkach z prysznicem był problem z zamkami – pacjenci je psuli, kilka razy trzeba było wyważać drzwi. Rozwiązanie: w żadnej łazience nie ma zamka od środka. W łazience damskiej (gdzie nie ma możliwości podglądnięcia) jest kartka "zajęta/wolna". W łazience męskiej podobnie. Pacjenci musieli się z tym pogodzić, ale to zwiększyło bezpieczeństwo.

7. Sygnalizacja wzywająca personel

Podstawa bezpieczeństwa – sygnalizacja powinna być wszędzie:

- W salach pacjentów (przy każdym łóżku)
- W łazienkach
- W toaletach

Na korytarzu trudno umieścić sygnalizację, więc pacjenci po prostu krzyczą: "Siostro!"

8. Środki lokomocji z blokadami

Wszystkie wózki (do transportu pacjentów, do leków, do zabiegów) powinny mieć **blokadę kół**, aby nie toczyły się samoczynnie.

9. Zamknięte pomieszczenia z lekami

Leki niebezpieczne i psychotropowe – przechowywane w osobnych szafkach zamykanych na klucz:

- Leki niebezpieczne (ok. 15-20 pozycji na oddziałach, na oddziałach "normalnych" ok. 8-9)
- Leki psychotropowe i narkotyczne – w osobnych szafkach, na osobny klucz

Pomieszczenia z lekami:

- Muszą być zamykane na klucz

- Jeśli pielęgniarki nie używają pomieszczenia (np. w nocy), powinny je zamknąć i zabrać klucz
- Dobrze, jeśli pomieszczenia z lekami są naprzeciwko pokoiów socjalnych pielęgniarek – wtedy mają kontrolę nad drzwiami

10. Środki do dezynfekcji

Muszą być przechowywane w **zamkniętych pomieszczeniach**.

Dlaczego? Wielu pacjentów, szczególnie alkoholików, wypija płyn do dezynfekcji (zawiera alkohol). Potrafią wypić nawet perfumy pacjentowi obok.

Konsekwencje: Po płynie dezynfekcyjnym pacjenci mają biegunkę, ale zazwyczaj nie umierają. Jednak trzeba pilnować bardziej toksycznych substancji.

11. Przechowywanie leków i płynów infuzyjnych

- **W oryginalnych opakowaniach** – aby znać datę ważności
- **Raz w miesiącu** sprawdzanie szafek i utylizacja przeterminowanych produktów
- **Leki z krótką datą ważności z przodu** – aby najpierw zużyć te, które się kończą
- **Nie otwierać więcej niż jednego pudełka** danego leku – zasada ekonomiczna i bezpieczeństwa

12. Umiejętność resuscytacji

Każdy pracownik medyczny musi umieć resuscytować pacjenta. Studenci pielęgniarstwa powinni mieć zajęcia z resuscytacji na podstawach pielęgniarstwa. Wcześniej był przedmiot "Podstawy ratownictwa medycznego" na pierwszym roku, obecnie przeniesiony na trzeci rok (co jest problematyczne, bo studenci powinni umieć resuscytować wcześniej).

13. Zestaw przeciwwstrząsowy i defibrylator

Każdy oddział powinien mieć:

- **Zestaw przeciwwstrząsowy** (wózek resuscytacyjny) – określony ogólnie, zawiera leki i sprzęt do resuscytacji
- **Defibrylator** – jeśli to duży, nowoczesny oddział

Przykład: W Szpitalu Miejskim w Zabrzu na internie (oddział internistyczny) są dwa wózki resuscytacyjne i dwa defibrylatory (jeden nowoczesny, drugi starszy). Brakuje tylko leków zwiotczających (są dostępne tylko na anestezjologii i intensywnej terapii). Jeśli jest potrzeba intubacji, przybiega anestezjolog i podaje leki zwiotczające. Dobry lekarz potrafi zaintubować pacjenta na samym propofolu lub midazolamie, bez leków zwiotczających.

14. Drogi ewakuacyjne i przeciwpożarowe

- Muszą być znane personelowi
- Nie mogą być zastawione
- W razie pożaru **windy się blokują** w skrzydle, gdzie pojawił się pożar

Przykład - Szpital Miejski w Zabrzu:

- Oddział internistyczny ma swoją windę
- Jest winda ogólnodostępna w korytarzu
- Pod koniec korytarza kolejna winda
- W kolejnym skrzydle dwie windy przypisane do oddziałów
- **Oddział internistyczny ma wyjście bezpośrednio na dwór** – w razie pożaru można wywozić pacjentów łózkami na zewnątrz, bez potrzeby używania windy
- **OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej) ma swoje niezależne wyjście** – nie potrzebuje windy, co jest kluczowe, bo transport pacjentów OIOM-owych jest najtrudniejszy

15. Paski identyfikacyjne

Bardzo dobrze, jeśli pacjenci mają **opaski identyfikacyjne** z imieniem, nazwiskiem, datą urodzenia, numerem PESEL. Problem: pacjenci uwielbiają je ściągać (są niewygodne, uwierają).

Rozwiązanie stosowane w praktyce: Na łóżku pacjenta umieszcza się jego nazwisko i imię na plastrze (zwykły plaster opatrunkowy). To rozwiązanie jest kontrowersyjne z punktu widzenia RODO (ochrona danych osobowych), ale praktyczne – jeśli pacjent jest bez kontaktu i zdążył ściągnąć opaskę, personel ma pewność, kto leży w łóżku.

Bezpieczeństwo pacjenta dziecięcego

Podstawowe zasady

Obecność rodziców/opiekunów:

- W latach 80. dzieci były w szpitalach same, bez rodziców
- Obecnie **prawo pacjenta dziecka** wymusiło obecność rodziców/opiekunów w szpitalach – i bardzo dobrze

Informowanie dziecka:

Dziecko powinno być **informowane o tym, co będzie się z nim działo, w sposób dostosowany do jego wieku i możliwości zrozumienia.**

Przykład - zakładanie wkłucia obwodowego (wenflon):

Źle: "Oj, Olusiu, pani ci założy wenflon." – Olusia (4 lata) patrzy jak na głupka, bo nie wie, co to jest wenflon.

Dobrze: "Olusiu, jesteś teraz ciężko chora. Ale ja mam pomysł. Zamontuję ci pewnego motylka i on będzie tutaj sobie na twojej skórcie troszeczkę mieszkał. Motylek będzie ci pomagał pić wodę, bo nie masz siły. Będzie sobie kapłała woda z takiej butelki na górze i wszystko będzie dobrze. Ale pamiętaj, Olusiu, musisz dbać o motylka, bo jak będziesz źle dbała, to motylek odleci i nie będziesz go miała."

Zasada: Nie okłamujemy dzieci, nawet najmniejszych.

Lepiej poinformować dziecko, że **przez chwilę zaboli, ale potem będzie super**. Można dodać motywację: "Będziesz jak bohater, a oprócz tego na pewno będzie jakaś fajna nagroda i duży buziak od mamy."

Dlaczego nie okłamujemy? Jeśli raz okłamiemy dziecko, **zapamięta to na całe życie**. Jeśli okaże się, że jest dzieckiem przewlekle chorym, będzie miało awersję do służby zdrowia i będzie problem z namówieniem go do współpracy w leczeniu.

Autonomia dziecka – w jakim zakresie?

Dziecko w pewnym stopniu powinno móc **decydować o tym, co się z nim dzieje**, ale zależy to od wieku:

Dzieci 3-4-letnie: Nie pamiętają nawet, gdzie mieszkają, więc nie mogą podejmować decyzji medycznych.

Dzieci 9-10-letnie: Można się z nimi konsultować:

- "Gosiu, czy w tym momencie możemy podłączyć kroplówkę (tylko do uzupełnienia płynów), czy wolisz najpierw pójść do toalety?"
- "Gosiu, masz teraz lekcje do odrobienia. To może podłączymy kroplówkę, przyniosę ci stolik i będziesz mogła odrabiać lekcje? Jak będę miała czas, przyjdę ci pomóc, albo mama tu jest obok."

To daje dziecku **poczucie kontroli i współdecydowania**, co zmniejsza lęk.

Czas na zabawę i odpoczynek

Dzieci powinny mieć czas na zabawę i odpoczynek. W oddziałach pediatrycznych powinny być **pomieszczenia do zabawy** (świetlice), gdzie dzieci mogą się bawić, rysować, oglądać bajki.

Ochrona intymności dziecka

Nie zapominamy, że dziecko to pacjent, który ma prawo do intymności:

- Nie powinno leżeć bez pampersika lub spodenek z odsłoniętymi miejscami intymnymi
- Zawsze chronimy intymne miejsca podczas zabiegów

Dlaczego to takie ważne? Nie wiemy, czy rodzic obok nie jest przypadkiem pedofilem. Ludzie dobrze się kryją, więc **zawsze robimy wszystko szybko, chroniąc intymne miejsca pacjentów.**

Specyficzne zagrożenia dla dzieci w szpitalu

1. Choroby zakaźne

Dziecko dotknie i wejdzie wszędzie, dlatego:

- Klamki, okna powinny być na tyle wysoko, że dziecko sobie nie poradzi
- Izolacja dzieci z chorobami zakaźnymi

2. Informacje o ograniczeniach dietetycznych

Jeśli dziecko ma być na czczo (np. przed tomografią), informacja powinna być **przy łóżku lub na łóżku.**

Przykład: Gosia (9 lat) zobaczy na śniadanie parówkę, którą bardzo lubi. Może udawać przed panią dietetyczką, że nie miała być na czczo, bo pani dietetyczka wczoraj nie była w pracy, nie była na raporcie i nie wie, że Gosia ma mieć tomografię.

Dzieci kłamią – trzeba to mieć na uwadze i zabezpieczać się przed tym.

3. Urządzenia elektryczne i czajniki

W oddziałach pediatrycznych często **nie ma czajników ogólnodostępnych** dla rodziców. Czajnik jest u pielęgniarek, rodzic przynosi kubek, pielęgniarka zalewa gorącą wodą, ale pozwala zabrać dopiero gdy trochę ostygnie – aby uniknąć poparzeń.

4. Sztućce i naczynia

- Sztućce powinny być **dopasowane do wieku dziecka**
- Naczynia lepiej **plastikowe niż szklane** (mniejsze ryzyko zranienia)

5. Temperatura

Stała, komfortowa temperatura w sali.

6. Ściany boczne w łóżeczkach

Łóżeczka dla małych dzieci mają wysokie ściany boczne. Samo **legowisko jest umieszczone wysoko** (wyżej niż w domowych łóżeczkach), aby personelowi było wygodniej pracować (nie trzeba się schylać).

7. Niebezpieczne przedmioty

Pilnujemy, żeby w pomieszczeniach nie znalazły się:

- **Worki foliowe** – dzieci uwielbiają zakładać je na głowę, ryzyko uduszenia
- Małe przedmioty, które można połknąć
- Ostre przedmioty

8. Leki w bezpiecznych miejscach

Leki muszą być **poza zasięgiem dzieci**, w zamkniętych szafkach.

9. Dawkowanie leków

Czas podania leków i dawki są kluczowe. Na pediatrii **wszystko się liczy** – dawki są obliczane na podstawie masy ciała dziecka, a błąd w obliczeniach może być śmiertelny.

Ostrzeżenie dla studentów: Jeśli ktoś ma problem z matematyką, będzie miał trudności na pediatrii. Pediatria to przede wszystkim **liczenie, liczenie, liczenie**. Jeden mały błąd może zabić pacjenta. Jeśli komuś marzy się praca na pediatrii, a ma problem z liczeniem, powinien zacząć intensywnie ćwiczyć matematykę. Ci, którym matematyka przychodzi łatwo, nie będą mieli problemu.

10. Identyfikacja dziecka

Sprawdzamy, czy to jest konkretne dziecko, któremu mamy podać lek. **Opaski identyfikacyjne są wręcz obowiązkowe** u dzieci, szczególnie u tych, u których nie ma rodziców.

Bezpieczeństwo pacjenta starszego

Podstawowe zasady opieki nad osobami starszymi

1. Dbanie o bezpieczeństwo

Musimy pilnować bezpieczeństwa pacjenta starszego na wielu poziomach:

- Fizycznym (zapobieganie upadkom)
- Psychicznym (zmniejszanie lęku)
- Społecznym (kontakt z rodziną)

2. Stały skład pielęgniarski

W teorii: Dobrze jest, jeśli jest stały skład pielęgniarski, żeby pacjent nie miał zmian personelu każdego dnia.

W praktyce: Nie do zrobienia w szpitalach – nie ma szans. Pielęgniarki pracują na zmiany, są urlopy, zwolnienia.

Rozwiązanie: Przedstawianie się pacjentowi:

- "Dzień dobry, jestem Magdalena Łopużańska-Dawkrota, jestem pielęgniarką oddziałową."
- Następnego dnia: "Dzień dobry, pamięta mnie Pan? Tak, jestem pani oddziałowa."

Identyfikatory: Musimy mieć identyfikatory, żeby pacjent wiedział, z kim rozmawia.

Dla studentów: Zawsze miejcie identyfikator z wyraźnym napisem "**STUDENT**". To was chroni – możecie odpowiedzieć: "Przepraszam, jestem studentem, nie wiem, pójde po pielęgniarkę." Jeśli nie macie identyfikatora, będziecie brani za normalny personel i narażeni na agresję: "Co z pani za pielęgniarka, jak pani nie wie takich podstawowych rzeczy?"

3. Łóżka i sprzęt pomocniczy

- Łóżka powinny być **automatyczne, z drabinkami**
- Powinny być dostępne: **chodziki, kule, laski**

Przykład: W Szpitalu Miejskim w Zabrze na internie jest 6-7 różnych chodzków. Zawsze, gdy ktoś pyta, czy można przywieźć, każda sztuka jest przyjmowana. Podobnie z wózkami dla niepełnosprawnych. Pod prysznicami są odpowiednie krzeselka – to wszystko zwiększa bezpieczeństwo osób starszych.

4. Bezpieczne naczynia i sztucce

Większość pacjentów **nie dostaje noży**. Kanapki są przygotowane, a jeśli jest drugie danie, którego nie można zjeść widelcem, jest krojone. Nie każdemu można dać nóż do ręki – to kwestia bezpieczeństwa (pacjenci z demencją, zaburzeniami psychicznymi).

5. Stała temperatura i wilgotność

Osoby starsze są wrażliwe na zmiany temperatury, dlatego w salach powinna być **stała, komfortowa temperatura**.

6. Własne rzeczy pacjenta

Jeśli rodzina przyniesie **swój koc, swoją poduszkę**, pacjent ma do tego prawo. Nie należy kazać zabierać. Pacjent może mieć swoją małą poduszkę, swój koc – to zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

Ważne: Zawsze zaznaczcie rodzinie, że będziecie się starali pilnować rzeczy, ale **nie możecie zagwarantować**, że jeśli pacjent np. wyrwie wenflon i zakrwawi koc, to koc nie pójdzie do prania. A jak pójdzie do prania, może być ryzyko, że nie wróci (pomyłka w pralni, zniszczenie). Informujcie o tym z góry, aby uniknąć konfliktów.

7. Leki

- **Części pacjentów zabiera się leki** – pielęgniarki nimi rozporządzają
- **Części pacjentów pozwala się samodzielnie przyjmować leki** – ale wszystko w porozumieniu z lekarzem

8. Palarnie

W szpitalach w Polsce jest **zakaz palenia**, więc nie ma palarni. Większość pacjentów wychodzi na zewnątrz. Ci "nienormalni" (z zaburzeniami poznawczymi, nieświadomi zakazu) palą w pomieszczeniach, np. w łazienkach.

Co działa: Mówienie o karach – nie działa. Jedyne, co działa (choć jest to kontrowersyjne): **zabieranie papierosów i zapalniczek**. Jeśli pacjent chce zapalić, musi przyjść do pielęgniarek, które wydadzą mu papierosy pod warunkiem, że wyjdzie na dwór. Nawet zimą, przy minus 10 stopniach. **Nie ma palenia w pomieszczeniach.**

Dlaczego tak rygorystycznie? Wszędzie w szpitalach są **czujki przeciwpożarowe**. Straż pożarna jest zaprogramowana tak, że gdy wyświetli się alarm ze szpitala (nawet trwający 10-15 sekund), wyjeżdża **czterema-pięcioma jednostkami** – wszystkim, co mają na stanie.

Czy można wyłączyć alarm? Teoretycznie tak, ale skrzynki alarmowe są w dwóch miejscach w szpitalu i jest **minuta lub dwie na wyłączenie**. Nie ma szans dotrzeć w tym czasie – trzeba najpierw sprawdzić, czy się pali, potem wrócić do skrzynki. Nie do zrobienia.

Przykład: Ostatnio elektrownia wyłączyła prąd na kilka sekund w całym mieście. Za sześć minut szpital miał cztery jednostki straży pożarnej, bo system pokazał spadek zasilania (mogło to oznaczać pożar lub konieczność ewakuacji pacjentów).

Konsekwencje fałszywych alarmów: Na szczęście szpital w Zabrze nie dostaje kar od straży pożarnej – strażacy rozpisują to jako "ćwiczenia". Ale przyczyny wezwań bywają różne:

- Pacjent palący w łazience
- Zbyt długie grzanie posiłków w mikrofalówce
- Dział techniczny wierzący dziury w ścianie (pył aktywuje czujki)

9. Stan psychiczny

Pytamy o:

- Zaburzenia psychiatryczne (depresja, anoreksja, bulimia)
- Uzależnienia (alkohol, tytoń, narkotyki, leki)

Problem uzależnienia od leków nasennych: Dużo starszych pacjentów jest uzależnionych od leków na spanie. Dawki, które muszą dostawać, są kosmiczne. Często jest tak, że budzą się w środku nocy, są agresywni, nie mogą zasnąć. Rano, gdy w końcu zasną, nie pamiętają, że w nocy byli agresywni. Są po prostu uzależnieni od benzodiazepin i innych leków psychotropowych.

10. Historia ginekologiczna (u kobiet)

Pytamy o:

- Ciąże, poronienia
- Czy była stymulacja, in vitro

Dlaczego pytamy o in vitro? Procedura in vitro wymaga stosowania dużych dawek hormonów. Może to mieć wpływ na zdrowie kobiety w przyszłości.

Przykład: Pacjentka trafia odwodniona do szpitala, ma problemy z jedzeniem, wymiotuje od tygodnia lub dwóch. Okazuje się, że jest w trakcie przygotowywania do in vitro i leki, które przyjmuje, jej nie służą.

11. Choroby przebyte, implanty, protezy

To jest bardzo ważne, szczególnie przy planowaniu badań obrazowych.

Przykład: Planujemy dla pacjenta rezonans magnetyczny (MRI). Okazuje się, że pacjent ma śrubę w nodze. Trzeba pisać do szpitala, w którym pacjent był operowany, aby dowiedzieć się, **jaki to rodzaj śruby**:

- **Tytanowa** – można robić rezonans
- **Metalowa** – **nie można** robić rezonansu, bo pole magnetyczne rozerwałoby pacjentowi kończynę

Bezpieczeństwo pacjenta nieprzytomnego

Pacjent nieprzytomny **nie może nam powiedzieć, co mu dolega**, dlatego musimy **postawić się w jego sytuacji** i myśleć za niego:

- Czy ta ręka nie bolałaby nas, gdybyśmy ją tak położyli?
- Czy ten lód (okłady zimnowysychające) nie odmroziłby nam czegoś?
- Czy nie trzeba włożyć czegoś w ligninkę (osłonkę ochronną)?

Normy zatrudnienia na OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej):

Wytyczne dotyczące ilości personelu pielęgniarskiego są **rygorystyczne** i zapisane w rozporządzeniu:

- **Do norm zatrudnienia:** 2,2 etatu pielęgniarskiego na każde łóżko

Jak to się przekłada na konkretne zmiany?

- **Niewydolność jednonarządowa:** 1 pielęgniarka na 2 łóżka
- **Niewydolność dwunarządowa:** 1 pielęgniarka na 1,5 łóżka
- **Trzy i więcej niewydolności narządowych:** 1 pielęgniarka na 1 pacjenta (stosunek 1:1)

Dlaczego takie normy? Na OIOM-ie pielęgniarki są **wszystkim za pacjenta:**

- Karmią
- Myją
- Pilnują cewników, wkłuć, drenaży
- Sprawdzają, czy pacjent oddał stolec
- Pielęgnują (profilaktyka odleżyn, pozycjonowanie)
- Monitorują parametry życiowe
- Podają leki

To wymaga **ciągłej obecności** przy pacjencie, stąd tak rygorystyczne normy zatrudnienia.

System Primary Nursing - model opieki skoncentrowanej na pacjencie

Czym jest Primary Nursing?

Primary Nursing to system opieki, w którym **jedna pielęgniarka (primary nurse) planuje, koordynuje i nadzoruje opiekę nad pacjentem przez cały czas jego hospitalizacji**. Pozostałe pielęgniarki i personel pomocniczy realizują plan opracowany przez tę pielęgniarkę podstawową.

Powstanie: System powstał w **1970 roku w Stanach Zjednoczonych** (jak większość teorii pielęgniarskich).

Hasło: "Mój pacjent, moja pielęgniarka."

Jak działa Primary Nursing?

Primary nurse (pielęgniarka podstawowa) dowodzi zespołem (np. sześcioma pielęgniarkami). Razem opiekują się określoną liczbą pacjentów (od 1 do 10). Gdy primary nurse nie ma (dzień wolny, urlop), którąś z koleżanek z zespołu zajmuje się pacjentem, ale **według planu stworzonego przez primary nurse**.

Przykład - pielęgniarka opatrunkowa:

Pielęgniarka opatrunkowa ocenia ranę, zleca, co ma być stosowane. Nawet jeśli pacjent zrobi kupę i trzeba wymienić opatrunek na odleżynie na kości ogonowej, sprawdza się w dokumentacji, co zaleciła pielęgniarka opatrunkowa, i kontynuuje się jej plan.

Dwa mechanizmy organizacji pracy w szpitalach:

1. Podział czynnościowy (functional nursing):

- Jedna pielęgniarka robi wszystkie wlewy
- Jedna karmi wszystkich pacjentów
- Jedna rozdaje tabletki doustne

1. Podział salami (team nursing / primary nursing):

- Jedna pielęgniarka odpowiada za 3 sale
- Druga za kolejne 3 sale
- Dostosowane do warunków szpitala, ilości personelu, specyfiki oddziału

Elastyczność systemu: System dostosowuje się do warunków. Może być tak, że jedna pielęgniarka dostanie 5 sal z pacjentami w stanie stabilnym, a druga 5 sal, ale z trzema pacjentami w stanie ciężkim – wtedy trzeba wyrównać obciążenie.

Założenia Primary Nursing

1. Ciągłość opieki

Ten sam pacjent ma jedną pielęgniarkę odpowiedzialną za cały proces leczenia.

2. Odpowiedzialność i autonomia

Pielęgniarka sama decyduje, jak zajmować się pacjentem (w ramach kompetencji).

3. Indywidualizacja

Każdy plan jest dopasowany do konkretnego pacjenta.

4. Bezpośrednia komunikacja

Primary nurse bezpośrednio komunikuje się z całym zespołem (lekarze, fizjoterapeuci, dietetycy).

5. Kontynuacja opieki po wypisie

Wypisując pacjenta, już planujemy kolejne kroki. Pacjent wie, co ma zrobić po wyjściu ze szpitala (np. ma już umówioną wizytę kontrolną, wie, gdzie kupić sprzęt, ma kontakt do poradni).

Zalety Primary Nursing

- **Wysoka jakość i ciągłość opieki**
- **Silna relacja pielęgniarka-pacjent** – pacjent zna "swoją" pielęgniarkę, czuje się bezpiecznie
- **Wzrost autonomii i satysfakcji zawodowej pielęgniarek** – "ja decyduję, ja rządę"
- **Lepsza komunikacja w zespole terapeutycznym**
- **Pacjent czuje się ważny i bezpieczny** – nie jest tak, że co chwilę zmieniają się pielęgniarki

Wady Primary Nursing

- **Wymaga doświadczonych pielęgniarek** – wysokie kwalifikacje, wiedza, umiejętności
- **Duża odpowiedzialność** – jeśli coś pójdzie nie tak, primary nurse może mieć wyrzuty sumienia
- **Obciążenie jednej osoby** – szczególnie przy trudnych pacjentach
- **Trudna do wprowadzenia przy małej liczbie personelu**
- **Wymaga świetnej dokumentacji** – każda informacja o pacjencie musi być dokładnie opisana

Cechy, które powinna posiadać Primary Nurse

- Wysoki poziom wiedzy i umiejętności
- Wysoki poziom kompetencji
- Wysoki poziom odpowiedzialności
- Umiejętność pracy w zespole
- Umiejętność kierowania zespołem
- Stanowczość, zdecydowanie
- Asertywność
- Przestronność (otwartość na nowe rozwiązania)

Wniosek: Nie każda pielęgniarka się nadaje do roli primary nurse – to wymaga doświadczenia, pewności siebie i umiejętności przywódczych.

Porównanie modeli opieki

| Model | Opis | Odpowiedzialność |

|-----|-----|-----|

| **Functional Nursing** | Podział zadań – jedna pielęgniarka podaje leki, inna wykonuje higienę | Cały zespół (brak indywidualnej odpowiedzialności) |

| **Team Nursing** | Opieka zespołowa z liderem | Lider zespołu |

| **Primary Nursing** | Indywidualna, kompleksowa opieka nad pacjentem | Primary nurse (nawet gdy jej nie ma) |

Rzeczywistość polska: Większość szpitali w Polsce funkcjonuje jeszcze na **functional nursing** ze względu na braki personalne i organizację pracy. Brak możliwości przekształceń systemowych.

Proces pielęgnowania - wprowadzenie

Dokumentacja medyczna - podstawy prawne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku (z późniejszymi zmianami) określa, jak powinna wyglądać dokumentacja medyczna.

Każdy pacjent powinien mieć historię choroby, która składa się z:

- Formularza historii choroby
- Dokumentów dodatkowych, w szczególności **karty indywidualnej pielęgnacji**

Wpisy w karcie indywidualnej pielęgnacji:

- Są dokonywane **na bieżąco** przez pielęgniarkę sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem
- Są kontrolowane przez pielęgniarkę oddziałową
- Muszą być **podpisywane** przez pielęgniarkę

Dawniej: Pisano karty raportów, w których opisywano, co było wykonywane przy pacjencie.

Obecnie: System komputerowy (np. AMS) – opisujemy stan pacjenta na każdym dyżurze w systemie. Zaznaczamy diagnozy pielęgniarskie, czynności. System automatycznie rejestruje, kto i kiedy dokonał wpisu.

Osoba realizująca plan opieki dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia/czynności pielęgniarskiej i opatruje ją podpisem. Jeśli odbieramy zlecenia lekarskie – podpisujemy. Jeśli prowadzimy kartę opatrunkową – podpisujemy.

Część historii zdrowia dotycząca opieki środowiskowej

Dotyczy głównie **pielęgniarek POZ-owskich** (podstawowej opieki zdrowotnej), ale proces pielęgnowania odnosi się do wszystkich pielęgniarek.

Zawiera:

- Rodzaj i zakres czynności pielęgniarki obejmujących pacjenta i jego środowisko
- **Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych**
- **Plan działania pielęgniarki**
- **Adnotacje związane z wykonaniem czynności**, w tym wynikających ze zleceń lekarskich

Dlaczego to takie ważne w środowisku zamieszkania? Trudno udowodnić, czy pewne rzeczy miały miejsce, czy nie. Dokumentacja jest kluczowa.

Złota zasada dokumentacji

> **"Możesz przez 12 godzin nie podejść do pacjenta i nic przy nim nie zrobić. Ale jeśli odnotujesz w dokumentacji wszystko jak należy, to nikt się nie zorientuje. A możesz przez 12 godzin nie odejść od łóżka, nie napisać nic w dokumentacji - i będziesz miała problem."**

To brzmi okropnie, ale to prawda. **Papier musi być kompatybilny z tym, co miało miejsce.** Za rok, gdy pójdziecie do sądu (bo ktoś was wezwie), żadna z was nie będzie pamiętała tego pacjenta, tego dnia, tego wydarzenia. Nie ma takiej możliwości.

Przykład: Na oddziale 52-łóżkowym rocznie przewija się około 2000 pacjentów. Niemożliwe zapamiętać wszystkich. Przeglądając dokumentację sprzed kilku miesięcy, można kojarzyć może 40 pacjentów na 160 - i to tylko dlatego, że mieli charakterystyczne nazwiska lub sytuacje.

Wniosek: Piszcie o wszystkim, co was spotka i co się zdarzy. Każdy dokument jest na waszą ochronę.

Proces pielęgnowania - definicje i istota

Definicje procesu pielęgnowania

Według klasycznej definicji:

Proces pielęgnowania to **koncepcja i naukowa metoda pielęgnowania, której celem jest podniesienie jego poziomu i efektywności oraz dostosowanie do współczesnych potrzeb człowieka, rodziny i środowiska** w zakresie utrzymania i umocniania zdrowia oraz jego przywracania.

Według WHO:

Proces pielęgnowania to **termin odnoszący się do systemu interwencji charakterystycznych dla pielęgniarstwa, a znaczących dla zdrowia jednostki, rodziny lub innych społeczności.**

Według Barczyńskiego:

Proces pielęgnowania **wymaga stosowania naukowych metod w celu zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych jednostki, rodziny lub innych społeczności oraz znajdowania sposobów umożliwiających najlepsze zaspokojenie tych potrzeb.**

Proces pielęgnowania jest obecnie uznana, wszechstronnie, na całym świecie stosowaną metodą indywidualnej opieki.

Różnica między pielęgnowaniem tradycyjnym a procesem pielęgnowania

Broń Boże - to nie jest to samo!

| Pielęgnowanie tradycyjne | Proces pielęgnowania |

|-----|-----|

| Podporządkowane decyzjom lekarza | Pielęgniarka jako samodzielny pracownik |

| "Pielęgniarka ma słuchać lekarza i tyle" | Określamy potrzeby pacjenta samodzielnie |

| Brak autonomii | Współpraca z lekarzem na równi |

| Służalność | Lekarz musi słuchać pielęgniarki, pielęgniarka lekarza |

| Brak indywidualizacji | Team - zespół równorzędnych specjalistów |

W procesie pielęgnowania:

- Jesteśmy **niezależni**
- Jesteśmy **specjalistami, profesjonalistami**
- Nie musimy od nikogo zależeć
- Jesteśmy **współzależni**, ale nie jesteśmy poniżej nikogo w zespole

Cechy procesu pielęgnowania

1. Wieloetapowość

Składa się z kilku etapów (zaraz zobaczycie dlaczego "wieloetapowość").

2. Ciągłość i dynamiczność

- **Ciągły** – trwa cały czas w ciągu hospitalizacji pacjenta
- **Dynamiczny** – zmienia się wraz ze zmianą sytuacji zdrowotnej pacjenta

3. Logiczność i następstwo czasowe

Każdy etap wiąże się z poprzednim i następnym. Etapy następują po sobie w określonej kolejności:

1. Wywiad pielęgniarski (gromadzenie danych)
2. Diagnoza pielęgniarska (określenie, co jest nie tak)
3. Planowanie działań
4. Realizacja
5. Ocena

4. Całościowe podejście

- Zauważamy to, co jest **teraz** (aktualny problem)
- Zauważamy to, co **może się zdarzyć** (ryzyko, potencjalny problem)
- Sprawdzamy, czy pacjent nie ma **braków edukacji** (deficyt wiedzy)
- Sprawdzamy potrzeby **duchowe** (kontakt z księdzem, lęk przed śmiercią)

Przykład – potrzeby duchowe:

Problem: Lęk, obawy przed śmiercią

Plan: Kontakt z osobą duchowną

Realizacja: Umożliwienie pacjentowi kontaktu z księdzem

Ocena: Dzięki rozmowie z księdzem pacjentka uspokoiła się

Patrzymy na **ciało, duszę i psychikę** pacjenta – podejście holistyczne.

5. Szerokie możliwości realizacji

Możemy zaproponować w planie rzeczy, które wykraczają poza nasz oddział. W realizacji napiszemy, że nie było możliwości (bo tego nie mamy), ale **wiemy**, bo jesteśmy dobrze wykwalifikowanym zespołem, że możemy takie rzeczy pacjentowi zaproponować.

Przykład: Zaproponowanie konsultacji psychologicznej, dietetycznej, kontaktu z grupą wsparcia – nawet jeśli w naszym szpitalu tego nie ma, pokazujemy, że znamy potrzeby pacjenta i wiemy, co byłoby dla niego dobre.

Etapy procesu pielęgnowania

Schemat pięcioetapowy

Etap 1: Rozpoznanie sytuacji (wywiad pielęgniarSKI)

- Gromadzimy dane o pacjencie i środowisku, w którym żyje
- Analizujemy i syntezujemy dane

Etap 2: Diagnostyka pielęgniarSKa

- Formułujemy i stawiamy diagnozy pielęgniarSKie (rozpoznania pielęgniarSKie)

Etap 3: Planowanie

- Określamy cele opieki
- Ustalamy priorytety (problemy według ważności)
- Dobieramy, kto powinien realizować plan
- Określamy konkretny plan działania

Etap 4: Realizacja

- Przygotowujemy siebie i pacjenta
- Realizujemy interwencje pielęgniarSKie

Etap 5: Ocena

- Oceniamy, czy cel został osiągnięty
- Określamy, czy problem wymaga kontynuacji

Ważne: Jeśli w realizacji i ocenie zauważycie, że nie wszystkie podpunkty zrealizowaliście i nie ma tak dobrze, piszecie: **"Działania pielęgniarSKie wymagają kontynuacji"** lub **"Diagnostyka pielęgniarSKa wymaga kontynuacji"**.

Etap 1: Gromadzenie danych (wywiad pielęgniarSKI)

Gromadzenie danych to pierwszy, fundamentalny etap. Często jest opisywany **poza procesem pielęgnowania** jako osobny dokument.

Jak wygląda opis pacjenta (przykład):

"Pacjent przyjęty w dniu [data] z [jednostką chorobową]. W dniu dzisiejszym jest to jego 15. doba hospitalizacji. Pacjent mieszka sam / z rodziną. Mieszka w bloku / domu, [liczba pokoi]. Do tej pory leczył się w [poradnie]. Obecnie pacjent ma założony wenflon w [ręka], cewnik Foley'a. Nie wstaje / wymaga pomocy / porusza się samodzielnie. Nie ma apetytu / je dobrze."

Musicie opisać wszystko, co jest o pacjencie, żeby później móc postawić diagnozę pielęgniarSKą.

Złota zasada: Nie może być tak, że w opisie pacjenta nie znajdzie się coś, co wskazuje na jego diagnozę (problem).

Przykład błędu:

Opis: "Pani Basieńka jest w szpitalu od 10 dni. Pani Basieńka biega do łazienki. Pani Basieńka świetnie się czuje."

Diagnozy: "Basieńka nie umie spać. Basieńka boi się, że umrze. Basieńka ma lęk, bo zostawiła w domu kota."

To jest bez sensu! Jedno musi wynikać z drugiego.

Gromadzenie danych powinno być naprawdę bardzo szerokie. Dobrze sprawdza się **tabelka**, w której opisujecie poszczególne układy:

| Układ | Opis |

|-----|-----|

| Skóra | Mokra, wilgotna, w odleżynach / czysta, zadbane |

| Układ moczowy | Zacewnikowany, [ilość] moczu za ostatnią dobę / oddaje mocz samodzielnie |

| Układ pokarmowy | Apetyt dobry / brak apetytu, nudności, wymioty |

| Układ krążenia | Obrzęki kończyn dolnych / bez obrzęków, ciśnienie [wartość] |

Jak gromadzić dane?

Część z was jest osobami **otwartymi i wścibskimi** – to ułatwi wam życie. Osoby **asekuracyjne, mniej lubiące kontakt z ludźmi** – będziecie musieli się tego nauczyć.

Dostosowanie stylu do siebie i pacjenta:

- Jeśli pacjent jest wycofany, a wy też nie lubicie rozmawiać – **karta wywiadu** (zadajecie pytania z listy)
- Jeśli jesteście otwarci i pacjent też – **swobodna rozmowa**, potem zaznaczacie odpowiedzi

Pamiętajcie: Wiemy **dużo więcej o pacjentach niż lekarze**. Jesteśmy bliżej nich, jesteśmy codziennie przy pacjencie. Dowiadujemy się różnych rzeczy od pacjenta, od sąsiadów pacjenta. **Gdy dowiemy się czegoś, co może mieć wpływ na stan zdrowia pacjenta, informujemy cały zespół terapeutyczny** (inne pielęgniarki, lekarzy).

Nie może być sytuacji, że chowamy pewne rzeczy przed sobą. Pacjent traci trochę prywatności, ale to służy jego bezpieczeństwu.

Przykład - pacjent alkoholik:

Lekarzowi mówi: "Nie, ja nie piję."

Nam przy rozmowie mówi: "Zdarza mi się pić 2-3 piwa dziennie, ale wie pani, tylko na odstresowanie po pracy."

Przychodzi żona i mówi: "3 piwa i setkę. W żabce po drodze z roboty kupuje."

To już jest alkoholik. W inny sposób będziemy go leczyć. Pewne objawy mogą być związane nie z zaburzeniami neurologicznymi, tylko z alkoholizmem i skróceniem alkoholowym. **Musimy się tego wszystkiego dowiedzieć.**

Strefy, do których się odnosimy podczas wywiadu

1. Strefa biologiczna (fizyczna)

Badamy funkcje organizmu:

- Kiedy pacjent oddaje stolec (czy ma zaparcia, czy krew w stolcu)
- Czy pacjent ma problemy z sercem
- Czy pacjent do tej pory był w stanie wejść na 4. piętro, a obecnie góra na pół piętra (pogorszenie wydolności)

2. Strefa psychiczna

Sprawdzamy:

- Na ile pacjent jest w kontakcie logicznym
- Ile rozumie z tego, co do niego mówimy
- Czy rozumie, gdzie jest
- Jakie są plany względem niego (nasze pielęgniarskie i lekarskie)

Tu często odkrywamy, że pacjent "niby wie, ale nic nie wie" – kolokwialnie: "Pani Basia ma sieczkę w głowie". To jest nasz medyczny język, którego **nigdy nie używamy w obecności pacjentów czy rodzin**, tylko między sobą, w miejscach, gdzie nie możemy być usłyszani.

3. Strefa społeczna

Sprawdzamy:

- Jaką pozycję ma pacjent w rodzinie
- Co robi zawodowo
- Jak rodzina się do niego odnosi

Przykład trudnej sytuacji społecznej:

Przyjmuje się pacjentkę, bo zastała na ulicy. Ma migotanie przedsionków. Twierdzi, że do tej pory się nie leczyła kardiologicznie i nie zamierza się leczyć.

Najpierw wszyscy myślą: "Co za durna baba, jak może się nie leczyć? Udaru dostanie i umrze."

Potem wychodzi, że ta "durna baba" ma w domu:

- Niepełnosprawnego męża leżącego w łóżku
- Upośledzone umysłowo dziecko

Ta "wstrętna baba", która o sobie nie chce zadbać, po prostu **chce wyjść na własne żądanie**, bo musi wrócić do domu i zająć się rodziną.

Co powinniśmy zrobić jako pielęgniarki i lekarze:

- Wystawić skierowania do poradni kardiologicznej, do oddziału kardiologii
- Poprosić, żeby zaplanowała hospitalizację
- Wytłumaczyć konsekwencje wyjścia ze szpitala
- Przedstawić, że **ona też jest ważna** i musi zacząć o siebie dbać
- Zaproponować różne sposoby zadbania o siebie, które będą dla niej dopuszczalne (np. opieka wytchnieniowa dla męża, pomoc MOPS-u)

Dlatego tak ważny jest wywiad – żebyśmy doskonale wiedzieli, co jest w życiu naszych pacjentów, jakie są źródła ich problemów.

Źródła danych i metody pozyskiwania

Źródła danych:

- **Sam pacjent** – może nam powiedzieć wszystko
- **Rodzina** – uzupełnia informacje, czasem koryguje to, co powiedział pacjent
- **Dokumentacja medyczna** – historia chorób, wyniki badań
- **Inni profesjonaliści** – lekarze, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni

Metody pozyskiwania danych:

- **Wywiad** – rozmowa z pacjentem (strukturalna z karty lub swobodna)
- **Obserwacja** – jak pacjent się zachowuje, jak wygląda, jak reaguje
- **Pomiary** – ciśnienie, temperatura, saturacja, poziom cukru
- **Analiza dokumentów** – przeglądanie historii choroby, wyników badań
- **Badanie fizykalne** – osłuchiwanie, opukiwanie, oglądanie, dotykanie

Technika wywiadu pielęgniarskiego

1. Plan

W każdym oddziale jest **karta wywiadu pielęgniarskiego**, dostosowana do warunków i procedur danego szpitala. To ułatwia pracę – nie trzeba wymyślać pytań, wystarczy je zadawać i zaznaczać odpowiedzi.

2. Obserwacja

Obserwujemy pacjenta, jego zachowania przy bliskich, mimikę, gesty.

3. Analiza dokumentacji

Przeglądamy historię choroby, wyniki badań, skierowania.

4. Dane od innych profesjonalistów

Przykład: Pacjenci, którzy "krążą" między oddziałami. Informacje z innych oddziałów przychodzą często szybciej niż pacjent. Jeśli pacjent zachował się w jakiś sposób dziwny na innym oddziale (był agresywny, groził sądem), informacja roznosi się błyskawicznie.

5. Badania fizykalne

Studenci pielęgniarstwa mają przedmiot "**Badania fizykalne**" – uczą się badać pacjentów (osłuchiwanie, opukiwanie, oglądanie, dotykanie). Po ukończeniu licencjatu będą mieli **uprawnienie do wykonywania badań fizykalnych**.

Ważne: Z wykształceniem idzie odpowiedzialność. Pielęgniarka po licencjacie **zarabia więcej**, ale też **może być pociągnięta do odpowiedzialności prawnej** w sytuacjach, w których pielęgniarka po liceum nie może.

Przykład - różnica w odpowiedzialności:

Pielęgniarka po liceum (bez kursu badań fizykalnych):

Pacjent zgłasza: "Nie umiem sikać, boli mnie brzuch."

Pielęgniarka przekazuje informację lekarzowi. Temat się skończył. Ona jest tylko od przekazania informacji.

Pielęgniarka po licencjacie (z uprawnieniami do badań fizykalnych):

Pacjent zgłasza: "Nie umiem sikać, boli mnie brzuch."

Pielęgniarka **musi zbadać pacjenta** – sprawdzić, czy pęcherz jest wypełniony, czy jest wypełniony ponad stan.

Jeśli pęcherz jest całkowicie wypełniony, a pielęgniarka poinformuje lekarza i nic nie zrobi (nie ocenuje pacjenta), i **pęcherz pęknie** (co jest możliwe), to pielęgniarka będzie odpowiedzialna tak samo jak lekarz. Była zobowiązana sprawdzić, co jest

pacjentowi, i w przypadku stanu zagrożenia życia **podjąć działania**.

Pieniądze, które będziecie lepiej zarabiać, są za tą odpowiedzialność prawną.

Jak prawidłowo przeprowadzić wywiad?

1. Zdobyć zaufanie pacjenta

Na szczęście zawód pielęgniarki/pielęgniarsza jest zawodem **wysokiego zaufania publicznego**, więc zdobycie zaufania przychodzi nam dość łatwo.

2. Wiedzieć dokładnie, po co to robimy

Musimy wiedzieć, jaki jest cel wywiadu, jakie informacje są nam potrzebne.

3. Wywiad powinien być zaplanowany

Nie może być chaotyczny. Nie może być tak, że zaczynamy w korytarzu, w trakcie przenosimy pacjenta na salę, tam kontynuujemy. **Wywiad robimy od początku do końca w jednym miejscu.**

4. Być zaangażowanym, autentycznym

Musimy pokazywać pacjentowi **empatę**, nie oceniać.

5. Wiedzieć, jak dużo informacji jest w komunikacji niewerbalnej

Komunikacja niewerbalna to **ponad 50-60% komunikatu**. Najłatwiej w ten sposób odkryć, czy pacjent nas okłamuje.

Sposoby wychwycenia "niedoskonałych kłamców":

- **Pacjent nie patrzy na nas**, szuka punktów w otoczeniu → duże prawdopodobieństwo, że kłamie
- **Pacjent bawi się palcami** podczas mówienia → duże prawdopodobieństwo, że kłamie
- **Pacjent się czerwieni** → rośnie mu ciśnienie → duże prawdopodobieństwo, że kłamie

Uwaga: To są uogólnienia. Trzeba umieć ocenić, czy osoba jest nieśmiała (bo taka jest), czy po prostu kłamie. Rodzice doskonale wiedzą, kiedy ich dzieci kłamią – podobnie będziecie się uczyć "czytać" pacjentów.

6. Dopasowywać język do pacjenta

Nie możemy prowadzić z każdym pacjentem rozmowy na tym samym poziomie.

Przykład - różnice w języku:

Pacjent wykształcony: "A kiedy ostatnio była kupka?" – Pacjent patrzy na nas jak na idiotów.

Lepiej: "Kiedy ostatnio był stolec?"

Pacjent prosty, starszy: "Pani Tosiu, kiedy ostatnio był stolec?" – Pani Tosia może nie znać określenia "stolec".

Lepiej: "Pani Tosiu, kiedy ostatnio była kupka?" lub "Kiedy ostatnio pani chodziła do toalety po dużym?"

7. Pamiętać o warunkach przeprowadzania wywiadu

- Spokojne miejsce
- Bez rozpraszaczy
- Intymność (jeśli pytamy o sprawy osobiste)

8. Dobrze udokumentować

Wszystko, co pacjent powie, musi być zapisane.

Co musi być w wywiadzie (na papierze)?

Dane podstawowe:

- Imię i nazwisko pacjenta
- Płeć
- PESEL
- Miejsce zamieszkania

Jeśli pacjent jest małoletni: Dane przedstawiciela ustawowego (rodzic, opiekun prawny)

Jeśli pacjent jest ubezwłasnowolniony: Dane opiekuna prawnego

Jeśli pacjent nie jest w stanie udzielić wywiadu: Zaznaczamy rzeczy, które widzimy, i dodajemy adnotację: "Pacjent nie jest w stanie udzielić wywiadu pielęgniarskiego. Na podstawie obserwacji pielęgniarskiej" lub "Na podstawie wywiadu z rodziną pacjenta".

Jeśli pacjent to NN (nieznana tożsamość):

- Nie wpisuje się imienia
- Nazwisko: NN

- Numer historii choroby
- Data i godzina rejestracji (aby odróżnić, gdyby było kilku pacjentów NN)

Szczegółowe obszary wywiadu pielęgniarskiego

1. Układ krążenia

- Czy ma wady serca?
- Czy przeszedł zawały?
- Czy miał jakieś zatory?
- Czy ma rozrusznik serca? Jaki? (Rozrusznik czy kardiowerter-defibrylator? To duża różnica w opiece)
- Czy pojawiają się obrzęki?
- Czy ma omdlenia?

2. Układ oddechowy

- Czy choruje na astmę? Czy na POChP?
- Czy miał kiedyś pylicę? (Na Śląsku dużo pacjentów z pylicą – praca w kopalniach, hutach)

Różnica między astmą a POChP:

Astma: Nawet jeśli przez wiele lat nieleczona, przy zapaleniu płuc może być bardzo niebezpieczna.

Przykład: Pacjent 40-paroletni, miał astmę zdiagnozowaną jako dziecko, nie miał wziewów przez lata. Dostał zapalenia płuc, prawie się udusił. Bardzo dobrze, że dojechał do szpitala – gdyby poszedł spać, mógłby się rano nie obudzić.

POChP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc):

Ważne dla pielęgniarek: Pacjent z POChP **nie może mieć dużego przepływu tlenu** na maskach czy kaniulach nosowych. Jeśli dacie więcej, pacjent się udusi. Przy POChP będzie kumulował w ciele dwutlenek węgla przy dużych przepływach tlenu.

Saturacja (wysycenie krwi tlenem):

- Zdrowy człowiek: 98-100%
- Osoby starsze bez tlenu: 93-94% (nie niepokoi)
- Pacjent z POChP: 88-89% (to jest normalne dla niego, nie niepokoi)

Pacjent z POChP **żyje z mniejszą ilością tlenu w organizmie** niż osoby zdrowe. Gdyby zdrowa osoba miała 88%, czułaby duszność i potrzebowałaby tlenu. Pacjent z POChP nie.

Kaszel:

- Jaki pacjent ma kaszel?
- W jakich momentach się nasila?
- Czy jest odkrztuszanie? Jakiej wydzieliny?
- Jak długo trwa? (Tydzień, dwa, pół roku?)

Ważne: Kaszel po zapaleniu płuc może utrzymywać się **nawet do pół roku** po wyzdrowieniu. To jest normalne, nie trzeba tego leczyć.

Wydzielina:

- Czy jest śluz?
- Czy jest ropa?
- Czy jest krew?

Mit: "Jak jest gruźlica, to jest krew." **Prawda:** Gruźlica często objawia się kaszlem z ropą. Krew to już jest późno.

Duszność:

- Czy występuje?
- Kiedy?
- Ile pacjent oddycha? (Częstość oddechów)
- Jaka jest jakość oddechów?
- Czy jest zapach z ust?
- Czy jest rytm oddechowy?

Różnice anatomiczne: Kobiety oddychają klatką piersiową, mężczyźni brzuchem (ze względu na różnicę w rozwoju mięśni).

3. Układ moczowy i płciowy

- Czy pacjent ma cewnik moczowy?
- Jaki cewnik? (Cewnik do cewki moczowej czy cewnik nadłonowy?)

Cewnik nadłonowy: Zakładany na wzgórku łonowym, gdy jest niedrożność dróg moczowych do cewki moczowej.

- Jaki mocz oddaje pacjent? (Kolor, zapach, ilość)
- Czy ma pieczenie przy oddawaniu moczu?

Przykład niezwykły - różowy mocz:

Pacjent po próbie samobójczej – wypił litr olejków do pieczenia. Mocz był różowy i pachniał olejkami. Na całym oddziale przez kilka dni pachniało landrynkami. Pacjent się nimi pocił, sikał – zapach był wszędzie. Przez jakiś czas personel nie kupował słodczy

do pracy, bo kojarzył się z tym pacjentem.

- Czy pacjent czuje świąd, pieczenie?
- Czy ma inne objawy?

U kobiet:

- Czy przyjmuje leki hormonalne, antykoncepcję?
- Czy ma wkładkę domaciczną?

Przykład - zapomniana wkładka:

Pacjentka trafia z ogromnymi bólami podbrzusza. Podejrzenie wyrostka. CRP (marker zapalny) w kosmos. USG, tomografia – nic się nie dzieje, a ona cierpi. Okazuje się, że ma wkładkę od 5 lat i zapomniała o tym powiedzieć. Wkładka jest tak nisko, że badania nie obejmowały tego obszaru. Dopiero ginekolog ją znajduje, usuwa, i za 2 dni pacjentka jest zdrowa.

Data ostatniej miesiączki:

Ważne: To nie jest tak, że jak pacjentka jest w ciąży, to przestaje miesiączkować. Część pacjentek miesiączkuje przez całą ciążę (do 4-5 miesiąca). To nie są normalne miesiączki, ale są pacjentki, które mają krótkie, skąpe miesiączki (2 dni, 2 wkładki), więc jak zachodzą w ciążę i dalej mają podobne krwawienie, wcale ich to nie niepokoi. Przychodzą do szpitala, bo bolą je piersi (rosną), i nawet nie wpadły na pomysł, żeby zrobić test ciążowy.

4. Samodzielne poruszanie się

- Czy pacjent jest osłabiony?
- Czy porusza się samodzielnie?
- Czy potrzebuje środków pomocniczych? (Kule, laska, chodzik, wózek)
- Czy ma swoje, czy musimy dostarczyć?

Przykład - "nie chodzę":

Pacjenci twierdzą: "W domu chodziłam, ale teraz nie mam siły, nie będę chodzić przez tydzień." Wszystkie czynności wykonywane są w łóżku, pacjentka jest dźwigana, myta. Data wypisu – zamawiany jest transport karetką, bo "pacjentka nie zaczęła chodzić". Pacjentka jak zobaczy ratowników: "Ja już wstaję i idę do domu" – i wstaje z łóżka i wychodzi. Takie pacjentki spotkacie w swojej pracy.

5. Deformacje stawów, ograniczenie zakresów ruchów

Jeśli coś nas zaniepokoi, badamy dokładniej. Chodzi przede wszystkim o pacjentów starszych – mogą mieć złamaną kończynę i nie pamiętać (upadek, którego nie pamiętają).

Złamane biodro: Łatwo rozpoznać – stopa leży na boku (w odwiedzeniu), a nie palcami do góry. To boli, jak się tak ułoży zdrową stopę.

6. Narząd wzroku, słuchu, powonienia, smaku

- Wzrok, słuch – oczywiste
- Powonienie, smak – wydawałoby się śmieszne, ale po COVID-19 okazuje się, że **wrażliwość na smaki może być sposobem szybkiego wykrywania chorób**

7. Stan skóry i jej przydatków

- Czy jest czysta, zadbana?
- Czy jest brudna?

Jeśli jest brudna - wpisujecie w wywiad i raport! Nie możemy być mili dla rodzin.

Jeśli wychwycicie jakiegokolwiek zmiany na skórze, brudną bieliznę, włosy - opisujcie wszystko. Dużo rodzin będzie twierdziło: "Przecież mamusia była wczoraj myta, miała świeżą koszulkę, miała oczesane włosy." A u nas ma włosy do obcięcia, nie umiemy ściągnąć, bo nic nie zrobiliśmy.

Każdy dokument jest na waszą ochronę. Pacjenci przyjeżdżają do szpitala naprawdę bardzo brudni, i to pacjenci leżący w domu pod "niby świetną opieką".

Co robić, gdy coś was zaniepokoi:

W szpitalu powinna być **pielęgniarka środowiskowa** lub **pracownik socjalny**. Trzeba zawiadomić taką osobę, że waszym zdaniem jest niedostateczna opieka w domu.

Co dalej? Opieka socjalna robi wywiad środowiskowy, czasem jedzie sprawdzić, jak wygląda w domu. Można wychwycić **znęcanie się nad osobami starszymi**.

Rzeczywistość: Jest dużo przypadków "niby dobrej rodziny", ale jak się przyjrzy, to jest makabryczne zaniedbanie. I są osoby rzeczywiście niezaradne życiowo, które potrzebują pomocy (np. starsza pani z niepełnosprawnością intelektualną, która ma minimalne świadczenia i nie wie, że może prosić o więcej pomocy).

8. Obserwacje pielęgniarские (problemy pielęgniarские)

To jest to, co **wyciągniemy z wywiadu** – problemy, które trzeba naprawić.

Musimy:

- Obserwować wszystko (pacjenta, jego rodzinę)
- Określić, po co to robimy
- Być bezstronnymi

Rodzaje obserwacji:

Ze względu na cel:

- **Celowa** – szukamy konkretnej rzeczy
- **Swobodna** – patrzymy na pacjenta jako całość

Ze względu na narzędzia:

- **Bezprzrządowa** – obserwujemy i tyle
- **Przrządowa** – zapisujemy (np. na taśmie wideo, jeśli to badania naukowe lub nietypowy przypadek, za zgodą pacjenta)

Ze względu na czas trwania:

- **Fotograficzna** – krótka, jak zdjęcie
- **Próbka czasowa** – przez cały tydzień, dwa tygodnie (np. książeczka pomiarów ciśnienia, poziomów cukru)
- **Zdarzeń** – w ciągu ustalonego okresu rejestrujemy zachowania świadczące o danym objawie (ból, lęk, strach)

Przykład - lęk: Pacjent mówi, że czuje lęk, i się uśmiecha od ucha do ucha – będziemy mieli wątpliwości. Sprawdzamy, co dokładnie reprezentuje sobą.

Pomiary - bezpośrednie i pośrednie

Pomiary bezpośrednie

To pomiary, które **wykonujemy bezpośrednio** i możemy zanotować w **konkretnej wartości liczbowej z zakresem norm ustalonym ogólnie**:

- **Tętno** – uderzeń na minutę
- **Oddech** – oddechów na minutę
- **Temperatura ciała** – °C
- **Ciśnienie tętnicze krwi** – mmHg
- **Masa ciała** – kg
- **Wzrost** – cm lub m
- **Obwody ciała** – cm
- **Poziom glukozy we krwi** – mmol/l (jednostka musi być!)
- **Pomiar dobowego wydalania moczu** – ml

Pamiętajcie o jednostkach! To jest rzecz, na którą obsesyjnie część personelu medycznego zwraca uwagę.

Pomiary pośrednie

To pomiary, w których **musimy odnieść uzyskany wynik do odpowiedniego wzorca**, co umożliwia dopiero właściwą interpretację.

Przykłady:

1. Siatka centylowa (dla dzieci)

Odbieramy masę ciała i wzrost dziecka, porównujemy ze standardową siatką centylową dla dziecka w jego wieku. Rodzice dzieci to od razu wiedzą.

2. Wskaźnik BMI (Body Mass Index)

Liczymy BMI na podstawie wzrostu i masy ciała, aby ocenić, czy pacjent ma niedowagę, prawidłową wagę, nadwagę czy otyłość.

3. Skala oceny ryzyka wystąpienia odleżyn

Każdy pacjent zagrożony ryzykiem odleżyn ma tę skalę wypełnioną **każdego dnia** swojej hospitalizacji.

4. Skala Barthel

Ocenia stopień samodzielności pacjenta. Do ZOL-u (Zakład Opiekuńczo-Leczniczy) nie może iść pacjent, który jest za bardzo samodzielny (za zdrowy).

5. Analiza bilansu wodnego organizmu

Porównujemy podane płyny w ciągu doby z płynami, które pacjent z siebie wydał (mocz, stolec, wymioty, pot).

6. Ocena poziomu świadomości - Skala Glasgow (GCS)

Bardzo ważna, stosowana na całym świecie w ten sam sposób. Ocenia poziom przytomności pacjenta (otwieranie oczu, odpowiedź słowna, odpowiedź ruchowa).

Wykład zostanie dokończony na kolejnym spotkaniu, gdzie omówione zostaną szczegółowo: diagnoza pielęgnarska, planowanie opieki, realizacja i ocena - kolejne etapy procesu pielęgnowania.