

Pielęgniarstwo zindywidualizowane

MAGDALENA ŁOPUSZAŃSKA-WYKROTA

Pielęgniarstwo zindywidualizowane

Pielęgniarstwo zindywidualizowane to podejście do opieki pielęgniarskiej, w którym pacjent traktowany jest jako jednostka niepowtarzalna, a wszystkie działania pielęgniarki są dostosowane do jego indywidualnych potrzeb, problemów, wartości, stylu życia i sytuacji zdrowotnej.

Pielęgniarstwo zindywidualizowane

Pielęgniarstwo zindywidualizowane to taki model opieki, w którym pielęgniarka:

- rozpoznaje specyficzne **potrzeby biologiczne, psychiczne, społeczne i duchowe** pacjenta,
- planuje i realizuje opiekę **według indywidualnego planu**,
- angażuje pacjenta (i jego rodzinę) w proces leczenia i pielęgnacji,
- ocenia efekty opieki i **modyfikuje działania** w zależności od zmieniającego się stanu chorego.

Opieka zindywidualizowana jest najwłaściwszą formą zawodowego pielęgnowania; rozumie się ją jako prawo pacjenta i obowiązek pielęgniarstwa.

Podstawowym założeniem zawodowego pielęgnowania jest zindywidualizowane podejście do odbiorcy usług i całościowe postrzeganie podmiotu opieki.

Indywidualizacja pielęgnowania integralnie wiąże się ze współczesnym wymogiem podmiotowego traktowania odbiorcy świadczeń opiekuńczych.

Cele pielęgniarstwa zindywidualizowanego

- Zapewnienie pacjentowi kompleksowej i holistycznej opieki.
- Wspieranie pacjenta w samodzielności i odpowiedzialności za własne zdrowie.
- Zwiększenie komfortu, bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta z opieki.
- Umożliwienie pielęgniarce świadomego podejmowania decyzji zawodowych i etycznych.

Podstawa teoretyczna

Pielęgniarstwo zindywidualizowane opiera się na procesie pielęgnowania i teoriach pielęgniarstkich (np. Virginia Henderson, Dorothea Orem, Callista Roy), które podkreślają indywidualność i autonomię pacjenta.

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 pielęgniarkę podstawową,
- główny nacisk kładzie się na **ciągłość, odpowiedzialność i relację pielęgniarka–pacjent**.

Model ten został opracowany w latach 60. XX wieku w USA (University of Minnesota, Marie Manthey).

Primary Nursing

Primary Nursing to filozofia pielęgnowania, opierająca się na założeniu: „mój pacjent – moja pielęgniarka”.

Za autorkę pierwszej definicji pojęcia *Primary Nursing* uznaje się **Marię Manthey (USA)**, która w 1970 roku opracowała nowy model opieki nad pacjentem. W modelu tym pacjent pozostaje pod stałą opieką jednej pielęgniarki – **Primary Nurse** – od momentu przyjęcia do szpitala aż do wypisu.

Primary Nurse współpracuje z kilkusobowym zespołem pielęgniarek, z którymi wspólnie realizuje opiekę nad określoną liczbą pacjentów (zazwyczaj od 1 do 10). W czasie swojej nieobecności w oddziale deleguje uprawnienia wybranej przez siebie pielęgniarence z zespołu, którym kieruje.

Model **Primary Nursing** rozwijał się w wielu krajach świata, a pierwsze pisemne opracowania na jego temat powstały w **Stanach Zjednoczonych**.

Termin *Primary Nursing* oznacza **ciągłość opieki pielęgniarskiej**, w której ta sama pielęgniarka sprawuje kompleksową opiekę nad pacjentem (i jego rodziną).

Główne założenia Primary Nursing

- Ciągłość opieki – ten sam pacjent ma jedną pielęgniarkę odpowiedzialną za cały proces pielęgnowania.
- Odpowiedzialność i autonomia – pielęgniarka podstawowa samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące opieki.
- Indywidualizacja opieki – plan opieki jest dostosowany do potrzeb konkretnego pacjenta.
- Bezpośrednia komunikacja – pielęgniarka komunikuje się bezpośrednio z lekarzami i innymi członkami zespołu.
- Kontynuacja opieki po wypisie – często obejmuje także edukację i wsparcie po zakończeniu hospitalizacji.

Zalety Primary Nursing

- Wysoka jakość i **ciągłość opieki**.
- **Silna relacja** pielęgniarka–pacjent (większe zaufanie).
- Wzrost **autonomii i satysfakcji zawodowej** pielęgniarek.
- Lepsza **komunikacja w zespole** terapeutycznym.
- Pacjent czuje się **ważny i bezpieczny**.

Wady Primary Nursing

- Wymaga **odpowiedniego poziomu kwalifikacji i doświadczenia** pielęgniarek.
- **Większa odpowiedzialność** i obciążenie jednej osoby.
- Trudności organizacyjne przy niedoborze personelu.
- Potrzeba dobrze rozwiniętej dokumentacji i komunikacji między zmianami.

Założenia systemu opieki skoncentrowanej na pacjencie:

Indywidualna odpowiedzialność – każda pielęgniarka z zespołu jest odpowiedzialna za pacjenta przez 24 godziny na dobę przez cały okres jego pobytu w szpitalu (od przyjęcia do wypisu).

Autonomia – pielęgniarka, posiadająca autorytet w dziedzinie pielęgnowania, samodzielnie i niezależnie podejmuje decyzje dotyczące opieki nad pacjentem.

Koordynowanie – *Primary Nurse* koordynuje opiekę nad pacjentem, zapewniając płynny i sprawny przepływ informacji pomiędzy osobami uczestniczącymi w procesie opieki, również podczas swojej nieobecności.

Wszechstronność – każda pielęgniarka z zespołu podczas swojego dyżuru sprawuje kompleksową opiekę nad pacjentem, uwzględniając, że każdy człowiek jest indywidualnością pod względem społecznym, fizycznym, psychicznym, duchowym i kulturowym.

Kryteria systemu opieki skoncentrowanej na pacjencie:

- Ciągłość opieki – zapewnienie stałej, nieprzerwanej opieki przez jedną pielęgniarkę (Primary Nurse).
- Partnerstwo – współpraca między pielęgniarką, pacjentem i jego rodziną oparta na wzajemnym zaufaniu.
- Indywidualizacja opieki – dostosowanie działań pielęgniarских do unikalnych potrzeb pacjenta.
- Współodpowiedzialność – wspólne podejmowanie decyzji przez pacjenta i zespół terapeutyczny.
- Profesjonalizm – podejmowanie decyzji na podstawie wiedzy, doświadczenia i etyki zawodowej

Najistotniejsze zadania Primary Nurse to

- ścisła współpraca z pielęgniarką oddziałową,
- kierowanie zespołem podległych jej osób przygotowanych do sprawowania pielęgnowania,
- prezentowanie praw pacjenta na forum zespołu terapeutycznego,
- współpraca z pacjentem, a także z jego rodziną, bliskimi.
- Primary Nurse postępuje zgodnie z założeniami procesu pielęgnowania. Dokumentacja pielęgnarska umożliwia sprawowanie całościowej i ciągłej opieki nad pacjentem.

Korzyści z systemu Primary Nursing:

- ❖ ciągłość opieki
- ❖ odpowiedzialność
- ❖ lepsze komunikowanie
- ❖ promocja humanizacji opieki pielęgniarstwa
- ❖ wyższy poziom satysfakcji dla pacjenta i pielęgniarki.

Cechy jakie powinna posiadać Primary Nurse

- ❖ wysoki poziom wiedzy i umiejętności
- ❖ wysoki poziom kompetencji
- ❖ wysoki poziom odpowiedzialności
- ❖ umiejętność pracy w grupie\zespole
- ❖ umiejętność kierowania grupą\zespołem
- ❖ stanowczość, zdecydowanie, asertywność, wszechstronność.

Porównanie z innymi modelami opieki

Model opieki	Charakterystyka	Odpowiedzialność
Functional Nursing	Podział zadań (np. jedna pielęgniarka podaje leki, inna wykonuje higienę)	Zespół, bez indywidualnej odpowiedzialności
Team Nursing	Opieka zespołowa z liderem	Lider zespołu
Primary Nursing	Indywidualna, kompleksowa opieka nad pacjentem	Pielęgniarka podstawowa

Podstawy prawne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2006 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247 z 2006 r. poz. 1819)

& 10.1. Historia choroby składa się z:

- 1) Formularza historii choroby
- 2) Dokumentów dodatkowych, a w szczególności:
 - a) kart indywidualnej pielęgnacji

& 13.3. Wpisy dotyczące procesu pielęgnowania są dokonywane na bieżąco przez pielęgniarkę, położną sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem i kontrolowane przez pielęgniarkę położną oddziałową.

5. Wpisy w karcie indywidualnej pielęgnacji są dokonywane i podpisywane przez pielęgniarkę, położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Osoba realizująca plan opieki dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarstwa i opatruje ją podpisem.

& 32. 5. Część historii zdrowia i choroby dotycząca opieki środowiskowej zawiera:

- 4) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej obejmujących pacjenta i jego środowisko, a w szczególności: **rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan działania pielęgniarki lub położnej oraz adnotacje związane z wykonaniem czynności**, w tym wynikających ze zleceń lekarskich

Proces pielęgnowania

- ❖ **Proces pielęgnowania** jest określany, według klasycznych definicji, jako koncepcja i naukowa metoda pielęgnowania, której celem jest podniesienie jego poziomu i efektywności, dostosowanie do współczesnych potrzeb człowieka (rodziny, środowiska) w zakresie utrzymywania i umacniania zdrowia oraz jego przywracania [Barczyński, Bogusz, 1993].
- ❖ **Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)** proces pielęgnowania jest to termin odnoszący się do systemu interwencji charakterystycznych dla pielęgniarstwa, a znaczących dla zdrowia jednostki, rodziny i/lub innych społeczności.

Proces pielęgnowania

- ❖ **Proces pielęgnowania** wymaga stosowania naukowych metod w celu zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych jednostki, rodziny lub innych społeczności oraz znajdowania sposobów możliwie najlepszego zaspokajania tych potrzeb [Barczyński, Bogusz, 1993].
- ❖ **Obecnie proces pielęgnowania** jest uznaną metodą, pozwalającą na zapewnienie pacjentowi/rodzinie grupie ciągłej, indywidualnej opieki [Alfaro-Lefevre, 2006]. Umożliwia również podejmowanie badań naukowych ocenę jakości opieki dzięki dokumentowaniu poszczególnych etapów procesu.

Pielęgowanie tradycyjne, a proces pielęgowania

Pielęgowanie tradycyjne i proces pielęgowania to dwa różne, praktykowane współcześnie modele opieki nad pacjentem i środowiskiem. Pod tymi pojęciami kryją się konkretne treści:

I. Model ograniczonego i zależnego pielęgowania – **pielęgowanie tradycyjne**

- model pielęgowania podporządkowany decyzji lekarza
- model podporządkowany specjalizacji czynnościowej pielęgniarki
- model pielęgowania łączący w sobie dwa w/w kryteria

II. Model samodzielnego, całościowego i ciągłego pielęgowania – **proces pielęgowania**

- Model systematycznego stosowania przez pielęgniarkę rozpoznawania stanu bio-psycho-społecznego jednostki i środowiska oraz podejmowanych celowych i planowych działań wynikających z wcześniejszego rozpoznawania, a także oceniania uzyskanych wyników.

Pielęgowanie tradycyjne, a proces pielęgnowania

Pielęgowanie tradycyjne – model podporządkowany lekarzowi

- Pielęgniarka w pracy z pacjentem jest całkowicie zależna od lekarza.
- Punktem wyjścia wszystkich działań jest zlecenie lekarskie, wynikające z wcześniej postawionego rozpoznania i ustalonego programu leczenia dla konkretnego pacjenta.
- Celem podstawowym w tym modelu jest osiągnięcie przez pielęgniarkę biegłości i bezbłędności w wykonywaniu wszystkiego co zostało zaordynowane przez lekarza.
- Im bardziej precyzyjnie rozpisane są zlecenia, tym wymagają od pielęgniarki mniejszego wkładu intelektualnego. Gdyby z jakiegoś powodu zabrakło zleceń lekarskich pielęgniarka nie wiedziałaby, co ma robić z pacjentem.
- Istnieje przekonanie, że pielęgnowanie to wykonywanie zleceń, a pielęgniarka to osoba, która pomaga lekarzowi w pracy.
- W takim układzie pacjent w znaczeniu jedności bio-psycho-społecznej niejako „schodzi” na dalszy plan.

Pielęgowanie tradycyjne – model podporządkowany specjalizacji czynnościowej

- Pielęgniarka zorientowana jest na konkretne zadanie jakie ma do wykonania u pacjenta. Oznacza to, że każda pielęgniarka w oddziale jest odpowiedzialna za pewne z góry ustalone czynności.
- W modelu zadaniowym występują pielęgniarki tzw. funkcjonalne, czyli do wykonywania opatrunków, wstrzyknień, drobnych zabiegów pielęgniarskich
- Pielęgniarka jest profesjonalnie zainteresowana tylko fragmentem, wybraną częścią ciała pacjenta.
- Takie fragmentaryczne podejście do pacjenta nie pozwala na całościowe widzenie go. Nie daje możliwości sprawowania racjonalnej opieki i pozostaje w wyraźnej sprzeczności do zaleceń traktowania pacjenta jako jedności bio-psycho-społecznej.
- W tym modelu opieki pacjent zostaje podzielony na fragmenty mniejsze lub większe, z których każdy stanowi przedmiot zainteresowania innej pielęgniarki.

Pielęgowanie tradycyjne, a proces pielęgnowania

Pielęgowanie tradycyjne – model łączący w sobie dwa powyższe kryteria

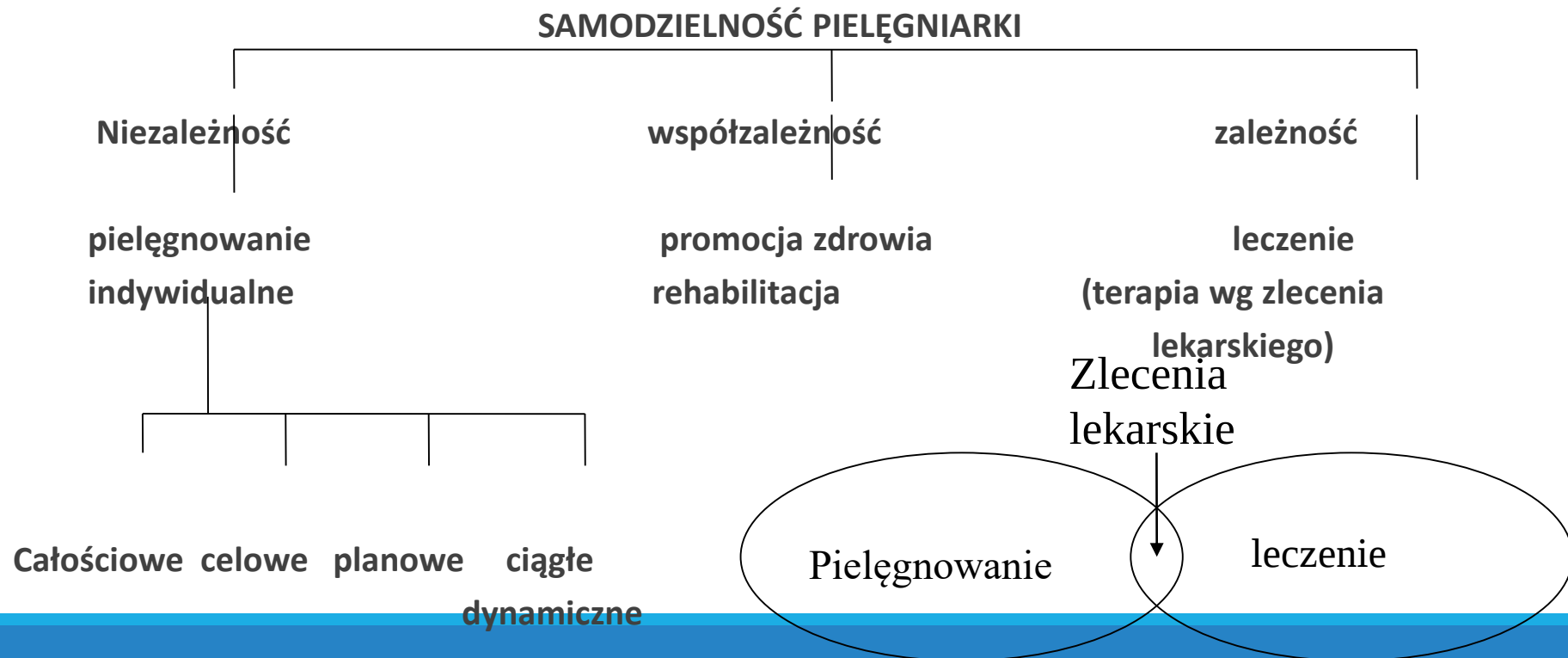
- Najczęstszy model stosowany w naszych warunkach.
- Pielęgniarka wykonuje u każdego pacjenta tylko przydzielone jej zadania. Zadania te wynikają z ustalonego przez lekarza programu leczenia i mają bezpośredni związek z diagnozą lekarską.
- Przydział zadań jest stały lub okresowy i wynika z decyzji podejmowanych przez pielęgniarkę oddziałową.
- Lekarz decyduje o tym co u pacjenta ma być wykonane w zakresie pielęgnowania, natomiast pielęgniarka oddziałowa dokonuje przydziału czynności dla poszczególnych pielęgniarek

- Tradycyjny model pielęgnowania mimo, że wygodny bo nie stawiający zbyt dużych wymagań budzi coraz częstsze niezadowolenie wśród samych pielęgniarek.
- Same pielęgniarki dochodzą, że przy tym stylu pracy horyzonty własnego zawodu i pole samodzielności ulegają znacznemu zawężeniu.

Pielęgowanie tradycyjne, a proces pielęgowania

Proces pielęgowania – model, którym pielęgniarka występuje jako:

- Niezależna od innych profesjonalistów w sprawach związanych z pielęgowaniem pojedynczych osób lub całych grup ludzi oraz
- Współzależna od członków zespołu terapeutycznego w zakresie koordynowania prac podejmowanych na rzecz pacjenta i środowiska.



W procesie pielęgnowania pielęgniarka występuje jako:

Niezależna od innych profesjonalistów w sprawach związanych z pielęgnowaniem pojedynczych osób lub całych grup

Współzależna od członków zespołu terapeutycznego w zakresie koordynowania prac podejmowanych na rzecz pacjenta i środowiska

Cechy procesu pielęgnowania

Wieloetapowość

Ciągłość i dynamika

Logiczność i następstwo czasowe

Całościowe podejście do pielęgnowanego

Szerokie możliwości realizowania procesu pielęgnowania

Wieloetapowość procesu pielęgnowania

Składa się z kilku kolejno następujących po sobie etapów, w skład których wchodzi jeszcze elementy mniejsze.

Etap I-> rozpoznania- to gromadzenie danych o pacjencie i środowisku. Dane te pochodzą z różnych źródeł.

Etap II-> planowanie- to decydowanie o tym co i w jaki sposób powinno być zrobione dla pacjenta, przez pacjenta lub przy pacjencie, by można było osiągnąć stan optymalny.

Etap III-> realizowanie- to zastosowanie w praktyce ustalonego wcześniej planu pielęgnowania. Jeśli z określonych powodów jakaś część z zaplanowanych zadań nie zostanie zrealizowana, to ten fakt musi zostać odnotowany i uzasadniony.

Etap IV-> ocenianie- to wynik porównania stanu rozpoznanego w I etapie z uzyskanym dzięki podjeciu celowych i planowych działań profesjonalnych.

Ciągłość i dynamika

Czteroetapowy proces pielęgnowania to cykl, który może być powtarzany wielokrotnie. Liczba powtórzeń uzależniona jest m. in. Od częstości zmian zachodzących w stanie pacjenta i środowiska oraz skuteczności podejmowanych działań opiekuńczych.

Ciągłe i pełniejsze pielęgnowanie pacjenta i środowiska pozwala mówić o procesie jako o dynamicznym modelu pielęgnowania.

Logiczność i następstwa czasowe w procesie pielęgnowania

Logiczność jest rozumiana jako uzasadnione, konsekwentne przechodzenie od fazy do fazy, od etapu do etapu.

Następstwo czasowe łączy się z kolei w sposób ścisły z logicznością procesu pielęgnowania. Racjonalne przechodzenie od etapu do etapu podlega podlega regułom czasowym. Oznacza to, że są działania wcześniejsze i późniejsze; poprzedzające i następujące po innych.

Całościowe podejście do pielęgnowania pacjenta i jego środowiska

Jeśli zgadzamy się ze stwierdzeniem, że postrzegany człowiek jest istotą złożoną, funkcjonującą w trzech sferach: biologicznej, społecznej i psychicznej, to pielęgnując go musimy przyznać jednakową wagę każdej ze sfer. Stąd w procesie pielęgnowania podstawowego znaczenia nabiera fakt objęcia taką samą opieką każdej ze sfer indywidualnego i społecznego życia człowieka.

Szerokie możliwości realizowania procesu pielęgnowania

Ważną właściwością procesu jest jego uniwersalność- oznacza to, że może być on stosowany w zależności dla indywidualnych potrzeb człowieka, rodziny, a także całego społeczeństwa

Proces planowany w stosunku do rodziny w swoich ogólnych założeniach nie odbiega od realizowanego w odniesieniu do pojedynczego człowieka.

Pielęgowanym w myśl zasad procesu pielęgnowania może być pacjent zaliczany do różnych kategorii medycznych i wiekowych (Np. pacjent przytomny, chory psychicznie)

Proces pielęgnowania można stosować w zdrowiu, w szeroko rozumianej profilaktyce, w chorobie, w stanie umierania człowieka.

Cztery Etapy Procesu Pielęgnowania

1 ETAP: ROZPOZNANIE SYTUACJI PACJENTA/ŚRODOWISKA

- gromadzenie danych o pacjencie i środowisku,
- analizowanie i syntezywanie danych,
- formułowanie i stawianie **diagnozy pielęgniariskiej**, czyli **rozpoznania pielęgniariskiego**

2 ETAP: PLANOWANIE OPIEKI

- ustalenie celów opieki,
- ustalenie priorytetów
- dobieranie osób, metod i środków (dokonywanie wyboru),
- formułowanie planu opieki pielęgniariskiej (obejmującego czynności, czyli interwencje pielęgniariskie i przewidywany okres działania)

Cztery Etapy Procesu Pielęgnowania

3 ETAP: REALIZACJA PLANU OPIEKI

- przygotowanie pielęgniarki,
- przygotowanie pacjenta,
- realizowanie planu (interwencje pielęgniarskie).

4 ETAP: OCENA

- ocenianie (i ocena) przyjętych ustaleń teoretycznych,
- ocenianie (i ocena) zastosowanych rozwiązań praktycznych,
- ocena uzyskanych wyników (w stosunku do założonych celów opieki)

Etapy Procesu Pielęgnowania

W aktualnych opracowaniach proces pielęgnowania definiuje się jako metodę bazującą na badaniach naukowych i wymienia się 5 jego etapów:

- 1.gromadzenie danych (assessment),
- 2.diagnozę pielęgniarzką (diagnosis),
- 3.planowanie opieki (planning),
- 4.realizację planu (implementation)
- 5.ocenę (evaluation) [Ackley, Ladwig, 2017].

Gromadzenie danych niezbędnych do określenia stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta

To pierwsza faza, która rozpoczyna proces pielęgnowania.

Pozyskane przez pielęgniarkę dane stanowią „bank” inf. o pacjencie i środowisku.

W praktyce zakres i charakter gromadzonych danych określają arkusze do nanoszenia danych o pacjencie i środowisku, wykorzystywane przez pielęgniarki realizujące proces pielęgnowania

Bez względu na to, jak ogólne czy też szczegółowe są wspomniane arkusze, to zawsze pozwalają na zgromadzenie danych prezentujących trzy sfery funkcjonowania człowieka: biologiczną , psychiczną i społeczną.

Gromadzenie danych niezbędnych do określenia stanu bio- psycho- społecznego pacjenta Cd.

1. Sfera biologiczna-> powinny znaleźć się w niej informacje o stanie podstawowych układów.
2. Sfera psychiczna-> powinny znaleźć się w niej dane, które pozwolą na określenie m.in. :
 - a) podstawowych możliwości umysłowych podopiecznego
 - b) orientacji co do własnej osoby i najbliższego otoczenia
 - c) stosunku do sytuacji w jakiej się znajduje, stan własnego zdrowia, hospitalizacji, pielęgnowania, leczenia.
3. Sfera społeczna-> są w niej dane, które pozwalają na wywnioskowanie o stanie:
 - a) pacjenta jako członka rodziny
 - b) rodziny, czy też osób bliskich danemu pacjentowi

Źródła danych i metody ich pozyskiwania

1. Źródła danych-> każdy pacjent jest nośnikiem danych mówiących o nim samym. Bardzo wiele możemy wywnioskować obserwując zew. wygląd oraz jego najbliższe otoczenie. Ważną rolę odgrywa tu także rodzina lub też osoby bliskie pacjentowi.
2. Metody pozyskiwania danych-> W celu uzyskania inf. Niezbędnych do sformułowania rozpoznania stanu pacjenta i środowiska można wykorzystać: obserwację pielęgniarzką, wywiad, pomiar oraz analizę dokumentów, z jaką człowiek wchodzi w system opieki zdrowotnej

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH

Proces pielęgnowania rozpoczyna się od **nawiązania kontaktu z pacjentem oraz jego rodziną**, a następnie od **zgromadzenia informacji niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarstwa** i opracowania indywidualnego planu opieki.

Zebrane dane powinny obejmować **informacje zarówno obiektywne, jak i subiektywne**, dotyczące stanu pacjenta i jego najbliższego otoczenia. Analizie podlegają cztery podstawowe obszary funkcjonowania:

- **Sfera biologiczna** – obejmuje ocenę pracy poszczególnych układów i narządów, określenie, czy ich funkcjonowanie mieści się w granicach normy, a także w jaki sposób ewentualne zaburzenia wpływają na codzienne życie pacjenta.
- **Sfera psychiczna** – dotyczy procesów poznawczych (takich jak pamięć, uwaga, myślenie, spostrzeganie), orientacji, obrazu własnej osoby, sposobów radzenia sobie ze stresem oraz postawy wobec choroby i hospitalizacji.
- **Sfera socjoekonomiczna** – obejmuje dane o poziomie wykształcenia, wykonywanym zawodzie, źródłach utrzymania, nałogach, warunkach mieszkaniowych, relacjach rodzinnych, pełnionych rolach społecznych oraz kontaktach z osobami znaczącymi.
- **Sfera duchowa** – odnosi się do wyznania, przekonań i praktyk religijnych pacjenta oraz jego oczekiwań i potrzeb w tym zakresie.

Źródłami danych są przede wszystkim sam pacjent, jego rodzina i osoby bliskie, a także inni członkowie zespołu terapeutycznego uczestniczący w procesie leczenia i opieki.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH

W celu gromadzenia danych wykorzystuje się różne techniki:

➤ **WYWIAD PIELEŃNIARSKI – technika podstawowa**

To technika ukierunkowana na rozmowę, której celem jest profesjonalne nawiązanie kontaktu z pacjentem oraz uzyskanie wiarygodnych danych zarówno obiektywnych jak i subiektywnych.

WYWIAD powinien być przygotowany według przygotowanego wcześniej planu

➤ **OBSERWACJA**

Uważna i wnikliwa percepcja, celowe spostrzeganie ukierunkowane na poszukiwanie określonych właściwości. Pozwala ona na uzupełnienie i weryfikację danych uzyskanych innymi metodami.

➤ **ANALIZA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

➤ **INFORMACJE UZYSKANE OD INNYCH PROFESJONALISTÓW**

➤ **BADANIA FIZYKALNE (SŁUŻĄCE DO OCENY FUNKCJONOWANIA POSZCZEGÓLNYCH NARZĄDÓW)**

➤ **POMIARY PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH (TEMPERATURA CIAŁA, CZĘSTOŚĆ TĘTNA, ODDECHU, RR, STĘŻENIE GLUKOZY WE KRWI)**

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI (założenie karty medycznej)

Dla poprawnego przeprowadzenia wywiadu niezbędne jest:

- ❖ zdobycie zaufania pacjenta,
- ❖ wyraźne sprecyzowanie celu i planu wywiadu,
- ❖ postawa autentyczności, otwartości, zaangażowania, aktywne słuchanie, empatia nieocenianie pacjenta,
- ❖ znajomość zasad komunikowania się (werbalnego i pozawerbalnego),
- ❖ prosty i zrozumiały dla pacjenta język porozumiewania się,
- ❖ odpowiednie warunki przeprowadzania wywiadu (pomieszczenie, czas przeprowadzania wywiadu),
- ❖ właściwe dokumentowanie wywiadu (zwięzłość, obiektywizm, kompletność, systematyczność, klarowność)

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – WYWIAD PIELEŃNIARSKI (założenie karty medycznej)

Dane personalne pacjenta, określane w r.d.m., powinny zawierać:

- 1.Imię (Imiona) i nazwisko
- 2.Datę urodzenia
- 3.Oznaczenie Płci,
- 4.Numer Pesel : jeżeli został nadany; w przypadku noworodka- numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
- 5.Miejsce zamieszkania
- 6.W przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody- Imię (Imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz jego adres zamieszkania

Jeżeli nie można ustalić tożsamości pacjenta w dokumentacji dokonujemy oznaczenia „NN” – z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających jej ustalenie.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI- DANE OGÓLNE

W wywiadzie ogólnym pielęgniarka/położna powinna uzyskać informacje medyczne dotyczące:

Obecnego stanu zdrowia:

- Przyzwyczajenia dietetyczne i diety specjalne, jeśli takie stosuje,
- Leki przyjmowane na stałe, ewentualne suplementy diety
- Uczulenia i alergie(alergeny, pokarmy, środki chemiczne itd..)

Przebycie chorób i pobytów pacjenta w szpitalu

Wywiadu rodzinnego i środowiskowego:

- Sytuacja rodzinna pacjenta,
- Sytuacja socjalna pacjenta
- Obciążenia genetyczne,
- Choroby przewlekłe w rodzinie
- Zgony w rodzinie

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – WYWIAD PIELEŃNIARSKI

WYWIAD PIELEŃNIARSKI- DANE SZCZEGÓŁOWE

Wywiad szczegółowy dotyczący stanu ogólnego pacjenta, powinien móc udzielić personelowi medycznemu informacji dla poszczególnych układów i narządów.

WYWIAD PIELĘGNIARSKI- DANE SZCZEGÓŁOWE

UKŁAD KRAŻENIA

- Wady serca
- Zawały
- Zatory
- Rozrusznik
- Sinica, obrzęki-umiejscowienie, nasilenie objawów
- Omdlenia

UKŁAD ODDECHOWY

- Astma
- PochP
- Kaszel- częstotliwość, pora dnia, charakter- suchy, wilgotny z odkrztuszaniem wydzieliny, napadowy, stały, jak długo trwał, towarzyszący ból.
- Odkrztuszanie wydzieliny- śluzowa, ropna, zapach, kolor, zawartość krwi, gęstość, lepkość- i jej ilość(skąpa bądź obfita), czy pacjent wymaga odsysania.
- Duszność- spoczynkowa, wysiłkowa, wdechowa, wydechowa
- Oddech - ilość, jakość, zapach, rytm oddechowy

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

- Czy pacjent ma lub miał założony cewnik moczowy na stałe czy okresowo
- Oddawanie moczu, częstość, kolor, zapach, trudności w oddawaniu moczu
- Świąd, pieczenie lub inne objawy
- U kobiet leki hormonalne, antykoncepcja
- **DATA OSTATNIEJ MIESIĄCZKI U KOBIET**

UKŁAD KOSTNO-MIĘŚNIOWY I MOŻLIWOŚĆ SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ:

- Osłabienie siły mięśniowej,
- Jeżeli pacjent nie porusza się samodzielnie, pytamy od kiedy używa środków pomocniczych (laska wózek, balkonik)
- Możliwość samoopieki i zdolność wykonywania czynności higienicznych
- Deformacja stawów, ograniczenie zakresów ruchów

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI- DANE SZCZEGÓŁOWE

NARZĄDY ZMYŚŁÓW

- Wzrok- okulary, szkła kontaktowe, zaburzenia widzenia, łzawienie, pieczenie
- Słuch- niedosłuch częściowy, niesłyszący-aparat słuchowy, szumy uszne, pytamy o obecność wydzieliny
- Powonienie- zaburzenia- nadwrażliwość na zapachy, brak czucia
- Smak- nadwrażliwość na smaki lub osłabione odróżnianie smaków

STAN SKÓRY I JEJ PRZYDATKÓW

- Czysta, brudna, blada, zaczerwieniona, sucha, wilgotna
- Zasinienia blizny
- Insekty (wszawica /świerzb)
- Znamiona, naczylniaki, żylaki
- Odleżyny, odparzenia, oparzenia,owrzodzenia

UKŁAD NERWOWY I STAN ŚWIADOMOŚCI

- Przytomny
- Zaburzenia świadomości
- Zawroty głowy
- Zaburzenia czucia
- Drgawki, drżenia

UKŁAD POKARMOWY

- Utrudnienia w połykaniu, łaknienie, pragnienie
- Nagły spadek masy ciała w krótkim czasie,
- Wymioty, zgaga, odbijanie
- Nudności
- Biegunki, zaparcia
- Alergie pokarmowe

UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

- Anemia
- Zaburzenia krzepliwości, podatność na powstawanie siniaków

UKŁAD ENDOKRYNNY I METABOLICZNY

- Niedoczynność lub nadczynność tarczycy
- cukrzyca

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI- DANE SZCZEGÓŁOWE A TAKŻE...

STAN EPIDEMIOLOGICZNY • Szczepienia przeciw WZW i grypie • Przebyte choroby zakaźne, WZW, HIV	STAN PSYCHICZNY I ZABURZENIA PSYCHIATRYCZNE: • Depresje • Anoreksja • Bulimia
UŻYWKI I UZALEŻNIENIA • Alkohol • Tytoń • Narkotyki, dopalacze • Leki	PYTANIE O CIĄŻĘ- obecnie i kiedy ostatni poród, szczególne znaczenia ma to w przypadku badań radiologicznych. Obowiązkowe wykonanie próby ciążowej u dziewcząt, które rozpoczęły życie seksualne i u wszystkich kobiet wieku rozrodczym
CHOROBY PRZEWLEKŁE	IMPLANTY, PROTEZY

Podczas zbierania wywiadu przed planowanym zabiegiem operacyjnym lub na wypadek wystąpienia stanu zagrożenia zdrowia i życia pacjenta warto zapytać
o przekonania religijne i stosunek pacjenta do podawania krwi oraz jej składników.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – **BADANIE PRZEDMIOTOWE**

BADANIE PRZEDMIOTOWE OGÓLNE (BADANIE FIZYKALNE):

Ocena stanu organizmu dokonywana za pomocą zmysłów:

Wzroku, Słuchu, Dotyku, Węchu

Celem jest **ocena stanu organizmu, stwierdzenie zmian w budowie i jego funkcjonowaniu.**

W badaniu przedmiotowym stosowane są cztery podstawowe metody:

- ✓ **Oglądanie**
- ✓ **Dotykanie**
- ✓ **Opłukiwanie**
- ✓ **Osluchiwanie**

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – **BADANIE PRZEDMIOTOWE**

Informacje dotyczące przebiegu badania przedmiotowego należy zamieścić w **dokumentacji medycznej pacjenta**, w części przeznaczonej na **wpisy dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych**. Jest to **kluczowy element dokumentacji**, mający duże znaczenie z punktu widzenia medycznego, ponieważ odzwierciedla faktycznie wykonane świadczenia oraz sposób ich realizacji.

W opisie powinny znaleźć się następujące informacje:

- **Data** przeprowadzenia badania lub udzielonego świadczenia,
- **Dane z wywiadu pielęgniarского**,
- **Rozpoznanie** choroby lub problemu zdrowotnego,
- **Wyniki badań i konsultacji specjalistycznych**,
- **Opis wykonanych czynności i świadczeń zdrowotnych**,
- **Imię, nazwisko oraz podpis osoby udzielającej świadczenia**.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – OBSERWACJA PIELEGNIARSKA

Obserwacja to **uważne i celowe oglądanie** oraz **spostrzeganie elementów wyglądu, zachowania człowieka**, a także **przedmiotów i zjawisk** mających znaczenie dla procesu opieki.

W kontekście pielęgniarstwa **obserwacja pacjenta** oznacza **świadome i systematyczne dostrzeganie zmian** w jego **wyglądzie zewnętrznym, zachowaniu oraz funkcjonowaniu układów i narządów** zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby.

Jej **celem** jest **zgromadzenie informacji niezbędnych do:**

- ustalenia **rozpoznania pielęgniarского**,
- planowania** indywidualnej opieki,
- realizacji zaplanowanych działań**,
- oraz **oceny skuteczności** podejmowanych interwencji pielęgniarских.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – OBSERWACJA PIELEGNIARSKA

Podmiotem obserwacji jest nie tylko sam pacjent, ale również jego **rodzina oraz osoby bliskie**, które mają wpływ na jego stan emocjonalny, psychiczny i społeczny.

Celem obserwacji jest pozyskanie możliwie pełnych informacji o pacjencie, jego funkcjonowaniu, relacjach z otoczeniem oraz o reakcjach osób z jego najbliższego środowiska.

Istotą obserwacji jest **obiektywne i bezstronne spostrzeganie objawów oraz zmian w zachowaniu pacjenta**, które nie mogą być zidentyfikowane poprzez wywiad, analizę dokumentacji medycznej czy pomiary fizjologiczne.

W sytuacjach, gdy **kontakt werbalny z pacjentem jest utrudniony lub niemożliwy**, obserwacja staje się **jedynym źródłem informacji** umożliwiającym rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych oraz ocenę stanu chorego.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – OBSERWACJA PIELEGNIARSKA

RODZAJE OBSERWACJI:

1. Ze względu na kierunek obserwacji wyróżniamy obserwację:

- **celową** - obserwacja określonego objawu, zmiany jego nasilenia, wyglądu;
- **swobodną** - spostrzeganie podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych przy pacjencie, w czasie przeprowadzania wywiadu lub dokonywania pomiaru u pacjenta.

2. Ze względu na rodzaj narzędzi użytych do obserwacji:

- **bezprzrządową** - dokonywanie obserwacji za pomocą narządu wzroku osoby obserwującej;
- **przrządową** - obserwowanie i zapisywanie obserwacji, np. na taśmie video.

3. Ze względu na czas trwania obserwacji:

- **fotograficzną** - ściśle określony czas obserwacji danej cechy lub zjawiska;
- **próbki czasowe** - obserwowanie danej cechy lub zjawiska przez dłuższy okres czasu, np. tydzień, miesiąc,
- **próbki zdarzeń** - w ciągu ustalonego okresu rejestruje się zachowania świadczące o danym objawie występującym u pacjenta, np. bólu, lęku, strachu

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – OBSERWACJA PIELEGNIARSKA

W procesie pielęgnowania **obserwacja pacjenta i jego rodziny** ma na celu uzyskanie jak najpełniejszego obrazu sytuacji zdrowotnej, emocjonalnej i społecznej podmiotu opieki. Zakres obserwacji obejmuje następujące elementy:

- **Wygląd ogólny pacjenta** – budowa i proporcje ciała, stan higieny osobistej, obecność wad postawy, sposób ubierania się oraz sposób poruszania.
- **Mowa ciała i mimika twarzy** – obserwacja gestów, wyrazu twarzy, postawy i ogólnego sposobu komunikacji niewerbalnej.
- **Stan skóry i jej wytworów** – ocena zabarwienia, elastyczności, obecności zmian chorobowych lub patologicznych (np. wysypki, owrzodzenia, obrzęki, zmiany paznokci czy włosów).
- **Zachowanie pacjenta i członków jego rodziny** – analiza cech temperamentu, takich jak wrażliwość, tempo mowy i ruchów, sposób reagowania, impulsywność czy umiejętność słuchania innych.
- **Emocje i reakcje fizjologiczne** – obserwacja napięcia mięśniowego, częstości oddechu, pocenia się, wydzielania śliny, a także ekspresji emocji widocznych w mimice i zachowaniu.
- **Zachowanie w trakcie rozmowy**

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – OBSERWACJA PIELĘGNIARSKA

Cechy obserwacji pacjenta

Skuteczna obserwacja pacjenta powinna charakteryzować się określonymi cechami, które decydują o jej wiarygodności i przydatności w procesie pielęgnowania.

Do najważniejszych cech obserwacji należą:

- **Celowość** – polega na precyzyjnym określeniu celu, zakresu i charakteru prowadzonej obserwacji, dostosowanych do potrzeb pacjenta.
- **Systematyczność** – oznacza planowe i konsekwentne prowadzenie obserwacji w ustalonych odstępach czasu, zgodnie z przyjętym harmonogramem.
- **Obiektywność** – polega na rzetelnym rejestrowaniu i analizowaniu faktów, bez ocen subiektywnych, z uwzględnieniem innych informacji uzyskanych od pacjenta.
- **Selektywność** – koncentruje się na dostrzeganiu i analizie najistotniejszych zachowań pacjenta oraz jego rodziny, które mają znaczenie w aktualnej sytuacji zdrowotnej.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – OBSERWACJA PIELEGNIARSKA

Zasady obserwacji pacjenta

Podczas prowadzenia obserwacji pacjenta pielęgniarzka powinna kierować się określonymi zasadami, które zapewniają rzetelność uzyskanych danych oraz poszanowanie praw osoby obserwowanej.

Podstawowe zasady obserwacji obejmują:

- **Nawiązanie i utrzymanie dwustronnego kontaktu** z pacjentem – zarówno werbalnego, jak i niewerbalnego, sprzyjającego otwartości i współpracy.
- **Jasne określenie celu obserwacji**, dostosowanego do stanu i potrzeb pacjenta.
- **Prowadzenie obserwacji w sposób obiektywny**, bez oceniania i kierowania się własnymi przekonaniem.
- **Zachowanie dyskrecji** i poszanowanie **intymności pacjenta** podczas obserwacji.
- **Weryfikowanie wątpliwych informacji** poprzez zastosowanie dodatkowych metod gromadzenia danych.
- **Dokładne dokumentowanie spostrzeżeń** w indywidualnej dokumentacji pacjenta.
- **Poszanowanie godności i prywatności pacjenta**, niezależnie od jego stanu zdrowia czy sytuacji życiowej.
- **Okazywanie empatii, cierpliwości i życzliwości**, tworzenie atmosfery zaufania i zrozumienia.
- **Zapewnienie ochrony danych osobowych** pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – INTERPRETACJA UZYSKANYCH DANYCH

Analiza dokumentów to metoda pozyskiwania danych, która polega na ilościowym i jakościowym opracowaniu treści zawartych w dokumentacji pacjenta. Celem tej metody jest uzyskanie jak najszerszego zakresu informacji o stanie zdrowia pacjenta, jego przebiegu leczenia oraz sytuacji rodzinnej i społecznej.

W trakcie hospitalizacji dokumentacja pacjenta obejmuje **historię choroby**, na którą składa się główny formularz historii choroby oraz szereg dokumentów uzupełniających, takich jak: **karta obserwacji, karta gorączkowa, wyniki badań diagnostycznych, karta zleceń lekarskich oraz wyniki konsultacji specjalistycznych.**

Zakres prowadzonej dokumentacji może różnić się w zależności od **wieku pacjenta, jego stanu zdrowia, rodzaju leczenia i charakteru opieki pielęgniarstwa.**

Przykładowo:

- u pacjenta po zabiegu chirurgicznym dodatkowo prowadzi się **kartę obserwacji pooperacyjnej,**
- u dziecka – **kartę obserwacji i rozwoju.**

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – INTERPRETACJA UZYSKANYCH DANYCH

Zgromadzone informacje poddaje się analizie i syntezie.

W trakcie **analizy** pielęgniarka oddziela dane istotne od nieistotnych, eliminując informacje, które nie mają znaczenia dla postawienia diagnozy pielęgniariskiej ani dla zaplanowania dalszej opieki. Jednocześnie identyfikuje obszary, w których konieczne jest uzupełnienie brakujących danych.

Synteza natomiast polega na **łączeniu i porządkowaniu informacji** uzyskanych z różnych źródeł i metod w spójne całości, co umożliwia właściwą interpretację stanu pacjenta.

Tak przeprowadzony proces myślowy pozwala na **sformułowanie trafnej i uzasadnionej diagnozy pielęgniariskiej**, stanowiącej podstawę do dalszego planowania opieki.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – **POMIARY**

Metoda bezpośrednia polega na mierzeniu określonej cechy lub wartości u człowieka – z wykorzystaniem przyrządów pomiarowych bądź bez ich użycia – a następnie na odczytaniu wartości liczbowej i natychmiastowej interpretacji wyniku. Zaletą tej metody jest możliwość uzyskania **konkretnej wartości liczbowej** lub **zakresu normy**, co pozwala na **szybką ocenę stanu pacjenta** bez potrzeby odniesienia do wzorców zewnętrznych. Już w chwili wykonania pomiaru można stwierdzić, czy dana wartość mieści się w granicach prawidłowych.

Do metod bezpośrednich zalicza się m.in.:

- pomiar **tętna** (ocena częstości, rytmu i napięcia),
- pomiar **oddechu** (analiza częstości, głębokości, rytmu, charakteru i toru oddychania),
- pomiar **temperatury ciała**,
- pomiar **ciśnienia tętniczego krwi**,
- pomiar **masy ciała i wzrostu**,
- pomiar **obwodów ciała**,
- pomiar **poziomu glukozy we krwi (glikemii)**,
- pomiar **dobowego wydalania moczu**.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE GROMADZENIE DANYCH – **POMIARY**

Metoda pośrednia polega na tym, że uzyskany wynik pomiaru wymaga odniesienia do odpowiedniego wzorca, co umożliwia dopiero właściwe odczytanie i interpretację rezultatu. Przykładem może być **ocena rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży** dokonywana na podstawie pomiaru wzrostu i masy ciała z wykorzystaniem **siatek centylowych**, lub u osób dorosłych – **ocena należyj masy ciała** według **normogramów** bądź **wskaźnika BMI**.

Do metod pośrednich zalicza się również:

- **ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn** – z użyciem skal takich jak **Norton** czy **Douglas**,
- **ocenę stopnia samodzielności pacjenta** – np. za pomocą **skali Barthel**,
- **analizę bilansu wodnego organizmu**,
- **ocenę poziomu świadomości** – np. przy użyciu **skali Glasgow (GCS)**.

Diagnoza pielęgnarska

Sformułowanie diagnozy ma podstawową wartość dla dla indywidualnego i celowego pielęgnowania, bowiem wyraźnie eksponuje z jakim stanem podopiecznego ma do czynienia pielęgniarz. I tak np. może ona rozpoznać różne stany, takie jak: nadwaga, brak motywacji do dotychczasowego sposobu odżywiania się itp.

Stwierdzenie określonego stanu wymaga podjęcia konkretnych działań decyzyjnych. Oznacza to, że pielęgniarz musi zdecydować o tym:

- czy należy dążyć do zmiany rozpoznanego stanu
- czy też utrzymywać go na rozpoznanym poziomie

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

- ❖ Po zebraniu wywiadu i analizie danych ustala się **diagnozę pielęgniarską**, która ma podstawową wartość dla zindywidualizowanego pielęgnowania.
- ❖ Po postawieniu **diagnozy** pielęgniarzka musi zdecydować o tym, czy należy dążyć do zminimalizowania stanu, zlikwidowania go, utrzymania na rozpoznanym poziomie.
- ❖ Prawidłowo postawiona diagnoza wyraźnie sugeruje cele, jakie należy uzyskać w planowanej nad pacjentem opiece

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

NANDA- Północnoamerykańskie Towarzystwo Diagnoz Pielęgniarskich

Podjęcie działań na rzecz uporządkowania i usystematyzowania diagnoz pielęgniarskich, dla potrzeb przetwarzania informacji przy użyciu dostępnych środków elektronicznych.

Termin **DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA** jest to stwierdzenie opisujące reakcję (stan zdrowia lub zmienione aktualnie/potencjalne interakcje) człowieka lub grupy, które pielęgniarka może zgodnie ze swoimi uprawnieniami zidentyfikować i podjąć (ewentualnie zlecić) interwencję w celu utrzymania zdrowia oraz zmniejszenia, wyeliminowania bądź zapobiegania zmianom

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA CECHY

Dobrze sformułowana diagnoza pielęgniarska powinna spełniać następujące kryteria:

- **Być całościowa** – obejmować wnioski wynikające ze wszystkich celowo zebranych informacji o pacjencie.
- **Być logiczna** – oparta na racjonalnym rozumowaniu, zgodna z zasadami poprawnego wnioskowania i ograniczona do interpretacji faktów faktycznie potwierdzonych w danych o stanie pacjenta.
- **Być zwięzła** – sformułowana w sposób krótki i treściwy, bez zbędnych słów.
- **Być jednoznaczna** – zawierać jasne, niesprzeczne stwierdzenia, które nie pozostawiają miejsca na różne interpretacje.
- **Być udokumentowana** – sporządzona w sposób umożliwiający wielokrotne odwoływanie się do niej w trakcie dalszej opieki i weryfikacji efektów działań pielęgniarskich.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Pojęcie diagnozy pielęgniarskiej w literaturze anglojęzycznej występuje w trzech podstawowych znaczeniach:

- jako **drugi etap procesu pielęgnowania**,
- jako **kategoria diagnostyczna**,
- jako **sformułowanie dwu- lub trzyczłonowe**, opisujące reakcję jednostki, rodziny bądź grupy na istniejący lub potencjalny problem zdrowotny.

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Diagnoza pielęgniarska jako drugi etap procesu pielęgnowania jest rezultatem analizy danych zgromadzonych podczas pierwszego etapu. Istotne znaczenie ma przy tym rozróżnienie problemów, które mogą być samodzielnie rozwiązane przez pielęgniarkę i tych, których rozwiązanie wymaga współpracy z innymi profesjonalistami (te ostatnie są określane jako tzw. collaborative problems) [Carpenito, 1989, 2013].

Diagnoza pielęgniarska jest też rozumiana jako kategoria opisująca stan zdrowia pacjenta, który pielęgniarka może zdiagnozować podjąć działania w celu jego poprawy. Takie ujęcie diagnozy służy m.in. określeniu zakresu kompetencji pielęgniarki. Diagnoza obejmuje wówczas zwięzłe określenie objawów podmiotowych i przedmiotowych (jak: lęk, zaburzenia procesów poznawczych) lub czynników ryzyka (np. ryzyka infekcji, ryzyka rozwoju odleżyn)

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA

Inna definicja diagnozy pielęgniarskiej określa ją jako **dwu- lub trzy-częściowe stwierdzenie opisujące reakcję pacjenta lub jego rodziny na sytuację lub problem zdrowotny.**

Diagnoza składająca się z **dwóch części:**

„RYZIKO INFЕКCJI DRÓG MOCZOWYCH SPOWODOWOWANE CEWNIKOWANIEM PĘCHERZA MOCZOWEGO”

Diagnoza składająca się z **trzech części:**

„ ZMNIEJSZENIE TOLERANCJI WYSIŁKU FIZYCZNEGO SPOWODOWANA ZABURZENIAMI WYMIANY GAZOWEJ, OBJAWIAJĄCA SIĘ DUSZNOŚCIĄ WYSIŁKOWĄ I DUŻYM ZMĘCZENIEM. „

Taką strukturę diagnozy określa się akronimem PES (Problem, Etiology, Symptom) [Herdman, Kamitsuru, 2017].

I ETAP: ROZPOZNANIE I ROZPOZNAWANIE DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA

Według NANDA wyróżnia się trzy typy diagnoz, które opisują problem:

⇒**AKTUALNY**- oznacza to, że problem występuje:

- ❖Pielęgniarka podejmuje działania, których celem jest **zredukowanie lub wyeliminowanie problemu**, a także w dalszym ciągu **monitoruje stan pacjenta i jego reakcję na zastosowane postępowanie**

⇒**POTENCJALNY**- istnieje ryzyko/prawdopodobieństwo, że problem wystąpi

- ❖Celem interwencji jest **zapobieganie wystąpieniu problemu przez redukcję czynników ryzyka** jak również **systematyczna ocena stanu pacjenta, pozwalająca na wczesne wykrycie problemu**.

⇒**MOŻLIWY**- problem prawdopodobnie występuje, jednak brak jest dostatecznych danych, aby potwierdzić jego rozpoznanie.

- ❖Wymaga dalszego zbierania danych w celu **potwierdzenia lub wykluczenia jego istnienia**

NANDA

Termin NANDA odnosi się do North American Nursing Diagnosis Association (Północnoamerykańskiego Towarzystwa Diagnostyki Pielęgniarskiej).

Obecnie organizacja funkcjonuje pod nazwą NANDA International (NANDA-I).

NANDA

NANDA-I zajmuje się standaryzacją języka pielęgniarstwa, a w szczególności:

- opracowaniem i aktualizacją klasyfikacji diagnoz pielęgniarstwa,
- ujednoliceniem terminologii stosowanej w dokumentacji pielęgniarstwa,
- wspieraniem procesu pielęgnowania opartego na dowodach naukowych (EBN – Evidence-Based Nursing).

Diagnoza pielęgniarstwa (według NANDA-I)

Diagnoza pielęgniarstwa to kliniczny osąd dotyczący reakcji pacjenta, rodziny lub społeczności na aktualne lub potencjalne problemy zdrowotne / procesy życiowe.

Stanowi podstawę do wyboru interwencji pielęgniarstwa, które mają prowadzić do osiągnięcia pożądaných wyników zdrowotnych.

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA- KLASYFIKACJA NANDA

Zamiast tradycyjnie stosowanych diagnoz aktualnych, potencjalnych i możliwych wprowadzono nowy podział obejmujący:

- **Diagnozy skoncentrowane na problemie (problem-focused nursing diagnoses)** - określane też nadal jako „diagnozy aktualne”,
- **Diagnozy ryzyka (risk nursing diagnoses)**, dawniej określane jako obejmujące problem potencjalny”,
- **Diagnozy związane z promocją zdrowia (health promotion diagnoses, wellness diagnoses)** - rozpoznawane w przypadku gdy osoba zdrowa/rodzina/społeczność przejawiają potrzebę podnoszenia swojego dobrostanu.
- **Diagnozy zespołu objawów (syndrom diagnoses)** - obejmujące zdefiniowane w fachowej literaturze zespoły chorobowe lub zespoły objawów występujące u pacjenta, na które pielęgniarka może wpłynąć poprzez swoje interwencje.
- **Diagnozy możliwe (possible nursing diagnosis)** - wymagające dalszego zbierania danych w celu ich potwierdzenia

STRUKTURA KATEGORII DIAGNOSTYCZNEJ- NANDA I

Każda kategoria diagnostyczna według NANDA-I składa się z 4 komponentów:

- **Tytuł/kategoria diagnostyczna** - opisuje w zwięzły sposób aktualny lub potencjalny problem zdrowotny/reakcję na problem (zazwyczaj jednym słowem lub wyrażeniem).
- **Definicja** - precyzyjnie określa rozumienie tego terminu, co pozwala na jego odróżnienie od innych kategorii diagnostycznych.
- **Cechy charakteryzujące** - określają kryteria (najczęściej kliniczne), na podstawie których można stwierdzić występowanie danego problemu. Kryteriami tymi są objawy podmiotowe i przedmiotowe (wyrażane przez pacjenta lub możliwe do stwierdzenia obiektywnymi metodami), będące reakcją na dany problem zdrowotny.

STRUKTURA KATEGORII DIAGNOSTYCZNEJ- NANDA I

Czynniki charakteryzujące cd. Podzielono je na dwie podgrupy: **cechy główne** (*niezbędne do rozpoznania danego problemu, stwierdzane u znacznej większości pacjentów*) i **dodatkowe** (*istniejące tylko u części pacjentów z rozpoznany problemem*).

- **Czynniki etiologiczne lub czynniki ryzyka** - opisują te sytuacje kliniczne i osobiste pacjentów, które mogą sprzyjać wystąpieniu danego problemu lub bezpośrednio go wywołują.

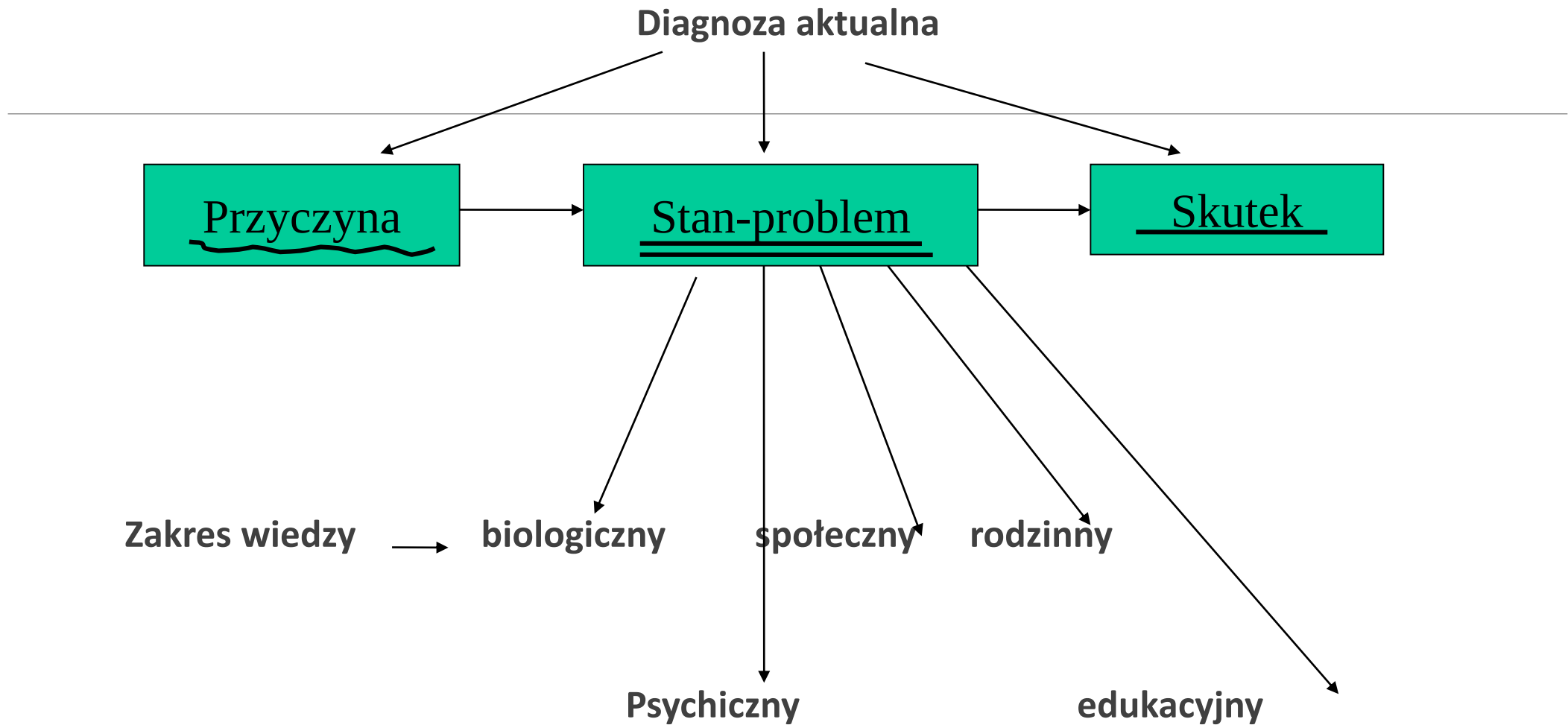
Czynniki te pogrupowano na: **patofizjologiczne** (*uwarunkowane funkcjonowaniem biologicznym i psychicznym*), **związane z leczeniem**, **sytuacyjne** (*osobiste, środowiskowe*) oraz **rozwojowe**.

NANDA wyróżniła następujące kategorie diagnostyczne

1. Promocja zdrowia (Health Promotion).
2. Odżywianie (Nutrition)

3. Wydalanie wymiana (Elimination and Exchange).
4. Aktywność/odpoczynek (Activity/Rest).
5. Percepcja/procesy poznawcze (Perception/Cognition).
6. Percepcja siebie (Self Perception)
7. Role/relacje (Role/Relationship).
8. Seksualność (Sexuality).
9. Radzenie sobie tolerancja stresu (Coping/Stress tolerance).
10. Zasady życiowe (Life principles)
11. Bezpieczeństwo/ochrona (Safety/Protection).
12. Komfort (Comfort)
13. Wzrost/rozwój (Growth/Development) [Herdman 2017).

Struktura diagnozy aktualnej



Zasady planowania opieki

Działania pielęgniarские powinny być planowane w oparciu o następujące zasady:

- **Uwzględnienie podstaw naukowych** – każde działanie powinno mieć uzasadnienie teoretyczne lub być potwierdzone skutecznością w praktyce pielęgniarской jako najkorzystniejsze dla danego stanu pacjenta.
- **Dostosowanie do wyznaczonego celu** – interwencje muszą być ściśle powiązane z zamierzonym efektem opieki.
- **Konkretność i wykonalność** – planowane czynności powinny być jasno określone i możliwe do realizacji w istniejących warunkach.
- **Zrozumiałość dla pacjenta i jego otoczenia** – osoba objęta opieką powinna wiedzieć, jakie działania są podejmowane oraz z jakiego powodu zostały zaplanowane.
- **Innowacyjność** – plan opieki może obejmować nowatorskie rozwiązania, wykraczające poza dotychczas stosowane metody, jeśli są one uzasadnione i korzystne dla pacjenta.
- **Bezpieczeństwo** – każde planowane działanie musi być bezpieczne zarówno dla pacjenta, jak i dla osoby je wykonującej.
- **Możliwość oceny** – zaplanowane interwencje powinny umożliwiać późniejszą ocenę skuteczności i efektywności podjętych działań.

2 ETAP: PLANOWANIE OPIEKI

Planowanie opieki pielęgniarskiej polega na określeniu działań (interwencji), które należy podjąć w celu rozwiązania zidentyfikowanych problemów pielęgniarskich.

W praktyce oznacza to opracowanie **indywidualnego planu postępowania**, obejmującego konkretne zlecenia pielęgniarskie, a także **dobór odpowiednich osób i środków** niezbędnych do realizacji zaplanowanych czynności.

Proces planowania powinien odbywać się **we współpracy z całym zespołem terapeutycznym**, a jeśli sytuacja na to pozwala – również **z udziałem pacjenta i jego rodziny**.

Planowanie rozpoczyna się od **określenia priorytetów działań**. W pierwszej kolejności należy skupić się na problemach o najwyższym stopniu pilności – tych, które wymagają natychmiastowej interwencji, ponieważ ich zaniechanie mogłoby prowadzić do zagrożenia życia lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

2 ETAP: PLANOWANIE OPIEKI

Kolejnym etapem w procesie planowania opieki jest określenie celów, czyli pożądanego stanu zdrowia lub samopoczucia, który planuje się osiągnąć bądź utrzymać w wyniku realizacji działań pielęgniarских. Cele te mogą mieć **charakter krótkoterminowy lub długoterminowy**, w zależności od potrzeb pacjenta i rodzaju problemu zdrowotnego.

Cele opieki powinny być:

- **konkretne i jasno sformułowane**, z określeniem przewidywanego czasu realizacji,
- **dostosowane indywidualnie do pacjenta**, a w miarę możliwości ustalane wspólnie z nim,
- **realne do osiągnięcia**, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz dostępne środki,
- **udokumentowane** w planie opieki pielęgniarskiej.

Przykłady celów:

- Pacjent zdobędzie wiedzę i umiejętność samodzielnego przygotowania oraz podawania insuliny.
- Pacjent odzyska zdolność samodzielnego chodzenia w ciągu dziesięciu dni.
- Nastąpi zmniejszenie lub całkowite ustąpienie duszności.

2 ETAP: PLANOWANIE OPIEKI

Po określeniu priorytetów i wyznaczeniu celów należy opracować plan działania, który powinien obejmować:

- dokładne określenie zadań do realizacji,
- wybór odpowiednich osób oraz środków niezbędnych do wykonania poszczególnych czynności,
- ustalenie ram czasowych dla realizacji zadań,
- zapewnienie spójności i koordynacji z planem leczenia pacjenta.

3 ETAP: REALIZACJA PLANU OPIEKI

Realizacja planu opieki polega na wykonaniu wcześniej zaplanowanych działań przez zespół pielęgniarski.

Interwencje pielęgniarskie obejmują czynności o charakterze opiekuńczym, edukacyjnym i organizacyjnym, a także współpracę z innymi specjalistami w zakresie opieki nad pacjentem.

Na efektywność realizacji planu wpływają m.in.:

- poziom kompetencji zawodowych zespołu pielęgniarskiego (wiedza, umiejętności praktyczne),
- postawy i motywacja personelu,
- dostępność środków i zasobów oddziału,
- właściwa organizacja pracy w zespole,
- możliwość efektywnej współpracy z pacjentem oraz jego rodziną.

Przykładowe działania:

- zmiana pozycji pacjenta co 2 godziny,
- toaleta ciała dwa razy dziennie,
- edukacja pacjenta w zakresie prawidłowej techniki podawania insuliny.

3 ETAP: REALIZACJA PLANU OPIEKI

Realizacja planu opieki może obejmować bezpośrednie działania pielęgniarki, takie jak:

- wykonywanie zabiegów wynikających z terapii oraz zleceń lekarskich,
- realizacja czynności opartych na szczegółowym rozpoznaniu pielęgniarskim,
- przeprowadzanie zabiegów higienicznych,
- pielęgnacja i ochrona skóry pacjenta,
- dbanie o właściwe odżywianie chorego,
- zapewnienie bezpieczeństwa podczas codziennych czynności życiowych,
- kontrola i pomoc w przyjmowaniu leków przepisanych przez lekarza oraz nadzór nad ich stosowaniem.,

3 ETAP: REALIZACJA PLANU OPIEKI

Realizacja planu opieki może obejmować bezpośrednie działania pielęgniarki, polegające na:

- **Przekazywaniu wiedzy i rozwijaniu umiejętności w zakresie samoopieki i samopielegnacji**, w tym informowaniu pacjenta o zasadach dbania o zdrowie, czynnikach sprzyjających jego utrzymaniu oraz zagrożeniach. Obejmuje to również naukę samokontroli stanu zdrowia, rozpoznawania objawów, wykonywania podstawowych czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, a także wskazywanie dostępnych źródeł pomocy i wspieranie w uzyskaniu odpowiedniego wsparcia w zależności od potrzeb.
- **Udzielaniu pomocy w radzeniu sobie z problemami dnia codziennego**, w tym w eliminowaniu przyczyn stresu, jego ograniczaniu oraz w zapewnianiu pacjentowi wsparcia emocjonalnego i społecznego.
- **Wspieraniu utrzymania aktywności fizycznej i społecznej**, poprzez motywowanie do podejmowania i kontynuowania racjonalnego wysiłku fizycznego, zachęcanie do aktywności społecznej oraz inspirowanie do nawiązywania i utrzymywania kontaktów z grupami wsparcia.

Metody i kryteria oceny indywidualnego pielęgnowania

Ocenianie wyników celowego i planowego pielęgnowania zamyka czteroetapowy cykl działań podejmowanych na rzecz pacjenta i środowiska, a określany mianem procesu pielęgnowania.

Racjonalna ocena odzwierciedla to, co w zakresie opieki nad pacjentem i środowiskiem zostało już dokonane.

Ocena o jakiej mowa może być wyrażona w skali procentowej:

- * cel został osiągnięty w całości- 100%
- * cel został osiągnięty tylko częściowo- 50%
- * celu nie osiągnięto- 0%

4 ETAP: OCENA

Ocena obejmuje porównanie obecnego stanu zdrowia pacjenta z jego stanem wyjściowym, czyli tym, jaki został odnotowany przed rozpoczęciem działań pielęgniarских. Uwzględnia się tu przede wszystkim poprawę kondycji zdrowotnej – przywrócenie lub osiągnięcie stanu korzystnego w porównaniu z tym, który w diagnozie uznano za niepożądany, zagrażający lub niekorzystny.

Analizie podlega również stopień eliminacji, ograniczenia bądź zmniejszenia wpływu czynników ryzyka, które mogłyby doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, nawrotu choroby, powikłań, obniżenia samopoczucia, utraty samodzielności lub aktywności chorego.

Ocenia się także wiedzę i umiejętności pacjenta dotyczące samopielęgnacji i samoopieki.

Weryfikacji poddaje się skuteczność zastosowanych metod pracy pielęgniarskiej.

Dokumentacja powinna zawierać ocenę efektów opieki, czyli odpowiedź na pytanie: *czy założony cel został osiągnięty?*

PAMIĘTAJ!

1. Problem pielęgnacyjny nie może być diagnozą lekarską czyli np. zapalenie płuc, marskość wątroby to nie jest problem pielęgnacyjny- jest to rozpoznanie lekarskie- UNIKAĆ!
2. Problem pielęgnacyjny nie może być objawem czyli np. kaszel, duszność, obrzęki, ból- to wszystko są objawy choroby a nie problemy- UNIKAĆ!
3. Problemem pielęgnacyjnym nie może być sytuacja społeczna np. alkoholizm, osierocenie, bezdomność- UNIKAĆ !
4. Problemy pielęgnacyjne powinny być ułożone hierarchicznie czyli- jeśli wasz pacjent ma odleżyny, duszność, obrzęki i cukrzycę- to pierwszym problemem w hierarchii będzie ryzyko wystąpienia niedotlenienia (duszność), następnie możliwość pojawienia się hipo- lub hiperglikemii (cukrzyca) i tak dalej i tak dalej- najważniejszy problem staje na czele procesu- reszta niezagrożająca życiu na koniec

PAMIĘTAJ!

1. **EDUKACJA**- w każdym procesie powinna znaleźć się edukacja chorego- czyli problem będzie brzmiał- deficyt wiedzy dotyczący (i tu wasze zagadnienie)- *należy o tym pamiętać szczególnie na dyplomie.*

Należy tu podać zalecenia żywieniowe bądź ruchowe. Po prostu propozycja zmiany trybu życia.

OBOWIĄZKOWA CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE- jeśli wasz pacjent trafił do szpitala z zapaleniem płuc a ma np. cukrzycę, to należy jeden problem poświęcić na chorobę współistniejącą- w takim wypadku będzie on na pierwszym miejscu ponieważ występuje ryzyko hipoglikemii, które jest zagrożeniem życia.

PAMIĘTAJ!

- 6. **Planowane działania i realizacja działania** to nie to samo- nie przepisujcie jednej tabeli na drugą.
- 7. **Planowane działanie** to te czynności które zrobilibyście w idealnym świecie, gdybyście miały masę czasu i sprzętu. W planowanym działaniu dajecie WSZYSTKIE pomysły jakie wam przychodzą do głowy z działu pielęgniarstwa aby pomóc w rozwiązaniu problemu pielęgnacyjnego- to taka tabelka gdzie popisujecie się wiedzą i pomysłowością.

PAMIĘTAJ!

- 6. Realizacja działania-** tutaj piszecie to co realnie zostało wykonane przy pacjencie, oraz to co wykonali inni pracownicy w związku z problemem. Nie piszemy np. została przeprowadzona rozmowa z psychologiem, kiedy takowego nie ma w szpitalu, tabelka ta informuje o tym co wy i personel zrobiliście z problemem pacjenta- czasem zdarzy się że zaplanujecie 15 działań a wykonacie 5 ponieważ tylko na tyle pozwala stan chorego, wyposażenie szpitala a także zatrudniona kadra. Jeśli w planowanym działaniu wpisaliście np. zbiórka moczu lub pomiar glikemii to koniecznie w realizacji wpiszcie zebrane wartości, uzyskane wyniki. Należy tę tabelkę poprowadzić bardzo rzetelnie. Jeśli wykonaliśmy jakieś badanie napisać godzinę i wynik, jeśli robiliśmy coś przy pacjencie i mamy wynik tego działania należy napisać gdzie go udokumentowaliśmy. Przy podaży leków koniecznie podać nazwę, dawkę oraz godzinę. To te część oceniają najsurowiej wykładowcy więc warto się przyłożyć.

PAMIĘTAJ!

9. Słowa jakich należy używać przy formułowaniu problemu to:

- ❖ Deficyt np. wiedzy, w natlenieniu
- ❖ Możliwość wystąpienia np. obrzęków, przykurczy
- ❖ Dyskomfort pacjenta spowodowany np. pobytem w szpitalu, diagnostyką
- ❖ Ryzyko powstania np. odleżyn
- ❖ Brak umiejętności np. w pielęgnowaniu stomii jelitowej, podawaniu preparatów insulinowych
- ❖ Nieefektywne np. odkrztuszanie
- ❖ Trudności np. w wypełnianiu ról rodzicielskich, zawodowych
- ❖ Ograniczenie np. ruchowe
- ❖ Niestosowanie się np. do zaleceń,
- ❖ Zaburzenia np. hemodynamiczne, hipotensyjne
- ❖ Złe samopoczucie spowodowane np. zawrotami głowy, bólem

PAMIĘTAJ!

10. Napisz co działo się z chorym w domu (co go zaniepokoiło, dlaczego rodzina przywiozła chorego do szpitala, gdzie pacjenta znaleziono)
11. Znajdź w dokumentacji kartę SORu i zobacz co tam wykonano, jakie leki i badania zlecono. Jak pacjent reagował na ich podanie i dlaczego zatrzymano go dalej w szpitalu
12. Napisz co obecnie dzieje się z pacjentem, taki krótki raport najlepiej z dnia obecnego, jakie leki pacjent dostaje, jakie badania ma zlecone, na co się skarża.

PAMIĘTAJ!

13. Znajdź w dokumentacji kartę SORu i zobacz co tam wykonano, jakie leki i badania zlecono. Jak pacjent reagował na ich podanie i dlaczego zatrzymano go dalej w szpitalu
14. Napisz co obecnie dzieje się z pacjentem, taki krótki raport najlepiej z dnia obecnego, jakie leki pacjent dostaje, jakie badania ma zlecone, na co się skarży.

Dokumentacja przebiegu procesu pielęgnowania

W arkuszu do nanoszenia opieki pielęgniarzkiej zostaje odzwierciedlony cały 4-etapowy cykl procesu pielęgnowania.

Dokumentowanie całego procesu pielęgnowania polega m. Inn. na pisaniu wszystkich rozpoznanych stanów na jednej kartce w kolejności ich rozpoznawania.

Plany opieki nigdy nie powinny być niszczone. Stanowią one bezpośrednio istotną wartość dla podnoszenia poziomu opieki pielęgniarzkiej ,a pośrednio- dla rozwoju nauki o pielęgnowaniu.

Dokumentowanie procesu pielęgnowania

- Proces pielęgnowania zgodnie z rozporządzeniem o dokumentacji medycznej musi zostać udokumentowany – a więc zapisany na określonych formularzach (kartach)
- Rozporządzenie nie narzuca określonych wzorów formularzy odnosi się tylko do informacji jakie powinny się w nich znaleźć, a więc:
 - **rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych,**
 - **plan działania pielęgniarzki lub położnej oraz**
 - **adnotacje związane z wykonaniem czynności**

Zasady dokumentacji – wg dr Penny Prophit

- Bądź zawsze zwięzła, precyzyjna, dawaj kompletne opisy
- Pisz zawsze długopisem i czytelnie
- Nie spiesz się i przejrzyj dane przed wpisaniem i zawsze ponownie kontaktuj się z pacjentem w celu wyjaśnienia lub sprawdzenia informacji, która wydaje się niekompletna
- Dbaj o to by rozdzielić informacje obiektywne od interpretacji
- Zawsze dokonuj zapisu w dokumencie, kiedy tylko zaobserwujesz
 - - zmiany kondycyjne lub wystąpienie nowych trudności
 - - brak zmian kondycyjnych
 - - reakcje pacjenta na zabieg
 - - reakcje pacjenta na poinstruowanie
- Zawsze wpisuj do dokumentu początkową ocenę i to możliwie natychmiast po przeprowadzeniu wywiadu, najpierw jednak obserwuj pacjenta i staraj się z nim współdziałać

Zasady dokumentacji – wg dr Penny Proffit

- Zawsze jeśli to tylko możliwe, cytuj bezpośrednio słowa pacjenta
- Zawsze czytaj zapiski odnotowane przez innego zawodowego pracownika zespołu terapeutycznego zanim wpiszesz swoje uwagi
- Każdy zapis opatruj swoim podpisem
- Nigdy nie wprowadzaj zmian do dokumentacji w celu zatarcia swoich pomyłek
- Unikaj przy dokumentowaniu terminologii wyszukanej
- Nie pozostawiaj dłuższych okresów bez żadnego wpisu
- Nie standaryzuj: pamiętaj, że żaden problem nie może być dokładnie taki sam u każdego pacjenta, bo każdy człowiek to indywiduum i zjawisko unikatowe (.....)

Propozycje zwiększenia dokładności dokumentacji

Przed rozpoczęciem dokumentowania zadaj sobie następujące pytania:

- co słyszałaś
 - co widziałaś
 - co o tym sądzisz?
 - co zrobisz?
 - co zrobiłaś?
- Pomyśl, że dokumentacja to kamera, która dokonuje zdjęcia pacjenta
 - Podawaj tyle szczegółów, by każdy kto czyta, był zdolny zobaczyć tę osobę przez twoje słowa
 - Pomyśl o dokumentacji jako o komunikowaniu informacji niezbędnych dla właściwej jakościowo opieki nad pacjentem